

CHRONIQUE MENSUELLE

L'accord révisé concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans, du 13 février 1961, a été signé pour la Suisse le 21 novembre 1961 par M. le directeur A. Saxer, par ordre du Conseil fédéral. Il devra encore, pour entrer en vigueur, être ratifié par les quatre Etats riverains du Rhin (République fédérale d'Allemagne, France, Pays-Bas, Suisse) et par la Belgique.

*

Les représentants des commissions AI des cantons d'Appenzell Rb.-E., Appenzell Rb.-I., St-Gall et Thurgovie et de l'office régional AI de St-Gall se sont réunis le 6 décembre 1961 sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Ils ont discuté principalement le problème de la collaboration entre l'office régional et les commissions AI, ainsi qu'avec les services sociaux et d'autres organes, dans le domaine de la réadaptation professionnelle.

*

Une réunion d'étude sur le placement des invalides, organisée par l'OCDE, s'est tenue à Paris, du 11 au 13 décembre. Dix Etats et sept organisations internationales y participaient. La Suisse était représentée par une délégation de l'Office fédéral des assurances sociales et des services de l'aide privée aux invalides.

*

La commission mixte de liaison entre les autorités fiscales et de l'AVS a siégé le 14 décembre 1961 sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a continué la discussion, commencée à la dernière séance, sur des questions de principe et d'administration qui ont été soulevées par la force obligatoire des communications des autorités fiscales aux caisses de compensation.

*

Dans sa séance du 18 décembre, le Conseil fédéral a nommé à la direction de l'Office fédéral des assurances sociales M. Frauenfelder, jusqu'à présent sous-directeur de cet office. En outre, il a nommé M. Kaiser, jusqu'à présent sous-directeur ad personam, « conseiller pour les questions de mathématiques des assurances sociales ».

*

Dans sa séance du 19 décembre 1961, le *Conseil des Etats* a examiné le projet de loi fédérale modifiant la LFA. Il s'est rallié tacitement à la proposition de sa commission de fixer la limite de revenu à 5500 francs et le supplément pour enfant à 500 francs, pour les trois premiers enfants, et à 700 francs pour les suivants. Une proposition tendant à maintenir le taux de la contribution des employeurs à 1 pour cent des salaires a été repoussée par 24 voix contre 11. Lors du vote sur l'ensemble du projet, celui-ci a été approuvé par 36 voix sans opposition. D'autre part, la proposition de ne pas classer les initiatives des cantons de Fribourg et du Valais des 13 juillet 1956 et 6 février 1957 visant à élaborer une loi fédérale généralisant les allocations familiales en faveur des salariés a été rejetée par 17 voix contre 14.

Bienvenue à notre nouveau directeur, M. Frauenfelder

M. Max Frauenfelder, sous-directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, a été nommé par le Conseil fédéral à la succession de M. Arnold Saxer, directeur, qui prend sa retraite.

M. Frauenfelder, originaire d'Opfikon et Henggart, dans le canton de Zurich, est né le 10 juin 1910. Il passa sa jeunesse à St-Gall, dont il suivit les écoles jusqu'à la maturité ès lettres. Il étudia ensuite à Genève, Munich, Heidelberg et Berne ; c'est dans cette dernière ville qu'il fit son doctorat en 1937 avec une thèse très remarquée sur la notion juridique d'argent (« Das Geld als allgemeiner Rechtsbegriff »). Il chercha ensuite une activité pratique et passa à St-Gall l'examen d'avocat, fonctionna quelque temps comme juge d'instruction et devint secrétaire de la préfecture saint-galloise d'Oberreintal.

Le 1^{er} juillet 1941, M. Frauenfelder entra au service de l'Office fédéral des assurances sociales, où il se consacra principalement à l'assurance-maladie et tuberculose. Il ne tarda pas à être promu chef de la section d'assurance-maladie, puis, en 1948, sous-directeur. En outre, le Conseil fédéral le nomma suppléant du président de la commission fédérale de l'assurance-tuberculose.

Bien qu'il se soit occupé surtout de l'assurance-maladie, M. Frauenfelder a toujours manifesté de l'intérêt pour les problèmes de l'AVS, et a eu l'occasion d'entrer personnellement en contact avec les organes de l'AVS. De plus, il a grandement contribué à la création de l'AI, en particulier dans le domaine de la réadaptation professionnelle des invalides, et à la révision actuelle de l'assurance-maladie.

La rédaction de la RCC et ses collaborateurs de la subdivision AVS/AI/APG sont heureux de saluer en M. Frauenfelder un chef dont l'esprit est ouvert à toutes les questions sociales ; ils lui souhaitent une activité féconde non seulement à la direction de l'Office, mais dans les assurances sociales suisses en général.

La « RCC » fait peau neuve

A partir du présent numéro, celle qui se nommait jusqu'à maintenant « Revue à l'intention des caisses de compensation » apparaît sous un nouvel aspect.

La Revue n'en est pas à sa première transformation. Fondée en 1941 sous le titre « Les régimes des allocations pour perte de salaire et de gain », elle était alors consacrée uniquement à cette œuvre sociale du service actif ; plus tard, on y parla également du régime des allocations aux travailleurs agricoles et aux paysans de la montagne. En 1946 fut créé le régime transitoire de l'AVS, dont l'application fut confiée aux caisses de compensation pour perte de salaire et de gain. Cette attribution supplémentaire, ainsi que l'introduction imminente de l'AVS, amenèrent en novembre 1946 un premier changement important : la revue prit alors le nom de « Revue à l'intention des caisses de compensation ». Depuis lors, la revue a accueilli d'autres matières encore dans ses pages : d'abord l'aide à la vieillesse et aux survivants, puis surtout l'assurance-invalidité et l'aide aux invalides. Le régime des allocations aux travailleurs agricoles est maintenant connu sous le nom de régime des allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux paysans de la montagne ; du régime des allocations pour perte de salaire est né, en 1953, le régime des allocations aux militaires pour perte de gain.

Pendant la guerre, la rédaction de la revue fut assumée par l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail ; plus tard, elle fut partagée avec l'Office fédéral des assurances sociales, qui s'en charge entièrement depuis 1948 et l'a confiée à sa section AVS, devenue aujourd'hui la subdivision AVS/AI/APG.

Le cercle des lecteurs de la revue s'est également agrandi au cours de ces dernières années. Alors que les caisses de compensation de l'AVS et leurs agences (en particulier les agences communales des caisses cantonales de compensation) constituaient au début le gros des abonnés, la revue pénètre aujourd'hui, pour une bonne part, dans d'autres milieux. C'est ainsi que la revue destinée aux caisses de compensation est devenue un organe d'information sur l'AVS, l'AI et les APG, auxquelles s'ajoutent encore d'autres œuvres sociales : les allocations familiales, l'aide à la vieillesse, aux survivants et aux invalides, etc. Il fallait tenir compte de cette évolution en modifiant la présentation de la revue ; c'est pourquoi un nouveau titre a été adopté, mettant en évidence les œuvres qui y occupent la plus grande place : l'AVS, l'AI et les APG. L'ancienne abréviation « RCC » est maintenue ; elle figure aussi sur la page de titre. Ainsi, le rôle historique des caisses de compensation n'est rappelé que par une allusion, mais c'est une allusion durable.

L'adaptation au coût de la vie des taux du salaire en nature

Dès le 1^{er} janvier 1962, les taux du salaire en nature en vue du calcul des cotisations ont été augmentés (arrêté du Conseil fédéral du 4 juillet 1961 portant modification du règlement d'exécution de la loi sur l'AVS).

Au cours de l'automne 1959, la Conférence des fonctionnaires fiscaux d'Etat et l'Administration fédérale des contributions publiques se sont adressées à l'Office fédéral des assurances sociales. Elles firent observer que les taux du salaire en nature appliqués dans l'AVS et dans l'impôt pour la défense nationale ne correspondaient plus à la réalité. Dans ses directives pour la période de taxation fiscale 1961/1962, l'Administration fédérale des contributions, après entente avec la Conférence des fonctionnaires fiscaux d'Etat et sur la base d'une expertise établie par M. Elmer, recommanda aux autorités fiscales cantonales d'augmenter, pour les professions non agricoles, le taux de la nourriture et du logement de 5 francs à 5 fr. 50, et pour les professions agricoles de 4 francs à 4 fr. 50 par jour (cf. RCC 1960, p. 337).

La question d'une adaptation se posa dès lors également aux autorités de l'AVS. Pour assurer une évaluation uniforme du salaire en nature dans les différentes branches des assurances sociales fédérales, il fut décidé de se mettre en rapport avec les autorités compétentes. Les associations économiques intéressées au problème furent également consultées.

Bien que la CNA, l'assurance militaire et l'assurance-chômage fussent d'avis qu'il était nécessaire d'évaluer le salaire en nature, dans les professions non agricoles, à six francs par jour au moins, la préférence fut donnée, vu les taux un peu plus bas retenus par les autorités fiscales, et compte tenu d'un désir exprimé dans les milieux de l'hôtellerie et de la restauration, à un taux de 5 fr. 50. La CNA et l'assurance militaire se sont aussi décidées à retenir ce taux à partir du 1^{er} janvier 1962.

L'arrêté du Conseil fédéral du 4 juillet 1961 a modifié le texte des articles 10 et suivants du règlement d'exécution de l'AVS. La nourriture et le logement dans les professions non agricoles sont estimés à 5 fr. 50 par jour. Pour des raisons techniques, dans les professions non agricoles, la répartition du taux par cinquièmes a été abandonnée. Les différents éléments du salaire en nature journalier sont désormais exprimés en montants absolus. Ce système a fait ses preuves. Lorsque la nourriture et le logement ne sont fournis que partiellement, le repas de midi est compté pour deux francs, le petit déjeuner et le logement chacun, comme jusqu'ici, pour 1 franc. Seul le repas du soir est désormais évalué à 1 fr. 50 au lieu de 1 franc. Ce repas était, jusqu'à présent, sous-évalué par rapport à celui de midi. Les taux globaux pour les membres

de la famille travaillant avec l'exploitant dans les professions non agricoles (voir art. 14, 3^e al., RAVS) ont également été adaptés. Ils ont été fixés pour une personne seule à 270 francs (jusqu'ici 200 francs) et pour un membre de la famille marié à 390 francs (jusqu'ici 300 francs). L'augmentation de ces derniers taux a été plus forte, car ceux-ci n'avaient pas été adaptés à l'élévation du coût de la vie, le 1^{er} janvier 1954, et étaient donc restés les mêmes depuis le 1^{er} janvier 1948.

En ce qui concerne les professions agricoles, l'AVS se réfère comme jusqu'ici aux taux de l'impôt pour la défense nationale. Le taux généralement appliqué sera donc celui de 4 fr. 50 par jour. Il sera, comme jusqu'à présent, réparti à raison de deux cinquièmes pour le repas de midi et d'un cinquième respectivement pour le petit déjeuner, le logement et le souper.

L'épilepsie et l'AI

L'épilepsie ou haut mal, appelée jadis *morbus sacer* (maladie sacrée), comprend un groupe important de maladies mentales diverses, caractérisées par des crises, des absences ou d'autres troubles psychiques. Ces troubles peuvent affecter également l'attitude du malade, ses gestes et l'expression de son visage.

La science médicale connaît plusieurs sortes d'épilepsies, qui se différencient en général par leur genèse. Le groupe principal est constitué par ce qu'on nomme l'*épilepsie essentielle*. Elle présente souvent un caractère héréditaire plus ou moins marqué, mais la prédisposition à cette maladie est héréditaire récessive et non pas dominante. On ne peut déterminer à coup sûr, dans les cas individuels, quels facteurs autres que l'hérédité contribuent à provoquer cette maladie ; l'influence de l'hérédité elle-même ne peut pas toujours être démontrée. Les symptômes de cette forme d'épilepsie sont très variés. En général, ce sont, dès l'âge scolaire, des crises de convulsions, pendant lesquelles le malade perd connaissance. Ces crises peuvent être fréquentes ou rares ; elles sont parfois remplacées par des accès de faiblesse (absences), qui représentent assez souvent le seul symptôme de la maladie. Dans les cas d'épilepsie essentielle, on peut observer, en outre, des états crépusculaires, des hallucinations, des dépressions, des idées délirantes, souvent aussi des troubles mentaux.

L'*épilepsie symptomatique* est en quelque sorte à l'opposé de l'épilepsie essentielle. Elle peut, dans certains cas, résulter d'une prédisposition, mais provient en général d'un processus maladif ou d'un accident entraînant une lésion du cerveau. Ce genre d'épilepsie est donc provoqué principalement par des facteurs externes ; il peut ainsi présenter les symptômes et suivre le processus d'une épilepsie essentielle sans remonter aux mêmes causes. Il peut être une infirmité congénitale (art. 2, chiffre 129 b et c, OIC) ou résulter d'une lésion du cerveau (par exemple inflammation, tumeur, ou séquelle d'accident).

L'*épilepsie myoclonique familiale* (art. 2, chiffre 129 a, OIC), rare dans notre pays, est marquée par des contractions myocloniques (palmo-spasmes subits de certains muscles), des crises épileptiques ou des chutes et des raideurs générales sans perte de conscience.

*

Qu'en est-il des prestations médicales de l'AI en faveur des assurés épileptiques?

Aux termes de l'article 12 LAI, l'assurance accorde les 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. Le traitement de l'affection comme telle n'est pas du domaine de l'AI, mais de celui de l'assurance-maladie ou de l'assurance-accidents. Cette règle s'applique également à l'épilepsie. L'AI ne peut prendre à sa charge les mesures médicales nécessaires à la prévention des crises d'épilepsie, puisque de telles mesures représentent le traitement de l'affection comme telle.

En ce qui concerne les *infirmités congénitales*, le législateur a adopté une réglementation moins stricte, car leur traitement ne rentre ni dans le domaine de l'assurance-maladie, ni dans celui de l'assurance-accidents. L'article 13 LAI leur accorde un statut spécial en les faisant bénéficier du traitement de l'affection comme telle (voir aussi RCC 1961, p. 190 ss). Cependant, la prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale (art. 1^{er}, 1^{er} alinéa, OIC). En outre, l'AI ne reconnaît comme infirmités congénitales que celles qui existent à la naissance accomplie de l'enfant et figurent dans la liste de l'article 2 OIC (liste des infirmités congénitales ; voir aussi RCC 1961, p. 174 ss). Sous chiffre 129 de cette liste, on trouve les formes suivantes d'épilepsie :

- a. Epilepsie myoclonique familiale ;
- b. Epilepsie symptomatique due à des affections congénitales du cerveau et des os du crâne ;
- c. Epilepsie symptomatique à la suite de traumatisme obstétrical (lésions cérébrales et crâniennes causées par un traumatisme au moment de la naissance).

Les assurés mineurs atteints d'une de ces formes d'épilepsie ont droit à toutes les mesures médicales nécessaires au traitement. Pour les assurés majeurs, en revanche, l'AI ne prendra en charge aucune mesure médicale — même pendant la période transitoire de cinq ans prévue par l'article 85, 2^e alinéa, LAI —, car la science médicale ne connaît pas de mesure limitée dans le temps propre à guérir ou à atténuer durablement un cas d'épilepsie ; les épileptiques ont besoin d'un traitement médical de durée illimitée.

L'*épilepsie essentielle* ne figure pas dans la liste des infirmités congénitales, car ce n'est pas l'affection qui est héréditaire, mais tout au plus la prédisposition, comme nous l'avons dit plus haut, et même cela ne peut pas être démontré dans tous les cas. C'est pourquoi les mesures médicales ne peuvent être accordées aux assurés atteints de cette affection ni en vertu de l'article 12, ni en vertu de l'article 13 LAI.

L'évaluation de l'invalidité des agriculteurs

Le droit à une rente de l'assurance-invalidité dépend, en principe, de la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée. En fixant cette notion d'invalidité à l'article 4 LAI, le législateur a recherché un critère général convenant spécialement à une assurance sociale destinée à l'ensemble de la population. Ce faisant, il s'est écarté de la réglementation particulière, propre aux assurances de classes et de groupes. Le bien protégé en l'occurrence est la capacité de gain de l'assuré, qu'une atteinte à la santé peut menacer ou diminuer. Si l'on excepte quelques prescriptions spéciales de la loi et de son règlement d'exécution, concernant l'évaluation de l'invalidité de personnes sans activité lucrative ou d'invalides de naissance ou devenus tels dans leur minorité, la loi ne contient pas de réglementation particulière à certaines catégories de personnes ou de professions. Pour évaluer l'invalidité, il ne s'agit pas, en effet, de déterminer quelle est l'incapacité professionnelle spécifique dans un cas déterminé, mais bien, ainsi qu'il est prévu à l'article 28, 2^e alinéa, LAI, de voir dans quelle mesure une atteinte à la santé entraîne une incapacité de gain sur le marché du travail entrant en considération pour l'assuré. A cet égard, on ne saurait ignorer la situation personnelle de l'assuré depuis la survenance de son invalidité ; ainsi, l'on ne tiendra compte du revenu qu'il peut encore obtenir que si ce revenu provient de l'activité que l'on est en droit d'attendre de lui.

Le rappel de ces quelques principes qui ont présidé à l'élaboration de l'assurance-invalidité vise à dissiper d'emblée un malentendu qui pourrait surgir lorsque l'on parle de l'évaluation de l'invalidité des agriculteurs. L'AI ne contient pas, en effet, de statut juridique propre aux agriculteurs ; et il n'est pas question ici d'en créer un. Bien au contraire, l'évaluation de l'invalidité d'un agriculteur disposant d'un domaine propre ou affermé doit être évaluée d'après les règles générales en la matière. Toutefois, l'application des prescriptions de l'AI à leur égard met en évidence certaines particularités que le principe de l'égalité de traitement commande de régler, autant que possible, d'une manière uniforme.

*

L'agriculteur qui, malgré son invalidité, continue à travailler en cette qualité est, du point de vue de l'AI, considéré généralement comme réadapté à la vie économique. Compte tenu en effet de sa situation particulière, notamment des circonstances familiales, on ne saurait guère attendre de lui qu'il embrasse une autre activité, dépendante ou indépendante, à moins que l'intéressé lui-même préfère abandonner, pour des raisons de santé ou autres, sa profession première pour se consacrer à une autre activité lucrative, mieux adaptée à son état. C'est

ainsi qu'un petit paysan peut être amené à prendre une telle décision, du fait que l'engagement d'un personnel auxiliaire constituerait pour lui une charge trop lourde. Il est possible également qu'un paysan disposant d'un important domaine prenne une retraite prématurée par suite d'une atteinte relativement peu importante à sa santé — telle que le vieillissement prématuré, par exemple — alors que, légalement, on doit le considérer comme ayant gardé toute sa capacité de gain.

L'entreprise familiale est la forme d'exploitation la plus fréquente dans l'agriculture. Il en résulte généralement que le chef d'une telle exploitation continue, malgré son invalidité, de vouer ses forces à l'agriculture, aidé qu'il est par ses proches et, le cas échéant, par une main-d'œuvre extérieure, et obtient ainsi un revenu presque ou aussi élevé qu'avant de devenir invalide. Aussi les considérations qui suivent concernent plus précisément les cas-types d'agriculteurs qui continuent à gérer l'exploitation familiale malgré une atteinte importante à leur santé. On notera cependant des particularités importantes, selon les cas, qui proviennent notamment de la nature de l'atteinte à la santé et de l'importance du domaine agricole. C'est ainsi qu'une limitation de la faculté de se mouvoir aura des répercussions diverses selon la situation et l'importance du domaine agricole. Un petit paysan de la montagne ressentira plus vivement une telle infirmité qu'un paysan de la plaine, qui dispose d'un vaste domaine qu'il pourra cultiver lui-même à l'aide de machines agricoles. Il y a lieu dès lors de déterminer la capacité de gain résiduelle en fonction de la collaboration effective ou possible de l'assuré invalide, en examinant, le cas échéant, le nouveau poste qu'il occupe ou qu'on est en droit d'attendre qu'il occupe dans l'entreprise agricole. Ce point a déjà été signalé précédemment (cf. RCC 1960, p. 232).

Outre les modifications ayant trait à la personne même de l'agriculteur, son invalidité oblige souvent ses proches à assumer des tâches qu'il effectuait précédemment. C'est pourquoi il importe de déterminer autant que possible quelle était la répartition du travail entre les différents membres de la famille avant la survenance de l'invalidité du chef de famille, afin de déterminer quelle était la capacité de gain de ce dernier *avant* d'être invalide ; sans quoi, la comparaison des revenus d'une entreprise familiale aboutirait à des erreurs d'appréciation. L'article 25, 2^e alinéa, RAI prévoit expressément 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 ». Cette prescription conduit logiquement à évaluer l'invalidité des agriculteurs de la manière suivante :

Il convient de déterminer tout d'abord quel serait le revenu actuel de l'agriculteur *s'il n'était pas invalide*. Pour cela, on partira du revenu actuel net de l'entreprise ; ce revenu sera majoré, le cas échéant, d'un supplément correspondant à la diminution du revenu due à l'invalidité du chef de l'exploitation, diminution provenant de frais supplémentaires ou d'une limitation du volume de production. C'est ainsi, par exemple, que l'on ajoutera au revenu net le salaire du personnel auxiliaire que l'assuré a dû engager depuis son invalidité. Sur la base du revenu ainsi obtenu, il s'agira ensuite de déterminer, en tenant

compte des circonstances concrètes, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir en bonne santé en fonction de sa collaboration dans l'entreprise. Lorsque l'assuré dirige une entreprise appelée à se développer, le revenu lui revenant en propre sera majoré.

Pour déterminer le revenu que l'agriculteur peut encore obtenir *après la survenance de son invalidité*, on se fondera également sur le revenu actuel net de l'exploitation. Il s'agit également de fixer la part de ce revenu qui revient à l'assuré en raison de sa collaboration. Pour cela, on évaluera l'activité qu'il exerce dans l'entreprise, y compris la direction de celle-ci, en tenant compte de l'accroissement effectif du travail incombant aux membres de sa famille. De par la nature des choses, la détermination du revenu de l'assuré depuis qu'il est invalide ne peut se faire que par approximation des différents facteurs du revenu. Mais cette estimation se fondera sur un examen détaillé de la situation de l'exploitation et ne devra pas reposer seulement sur l'estimation médicale du degré d'incapacité de travail. Il est possible que, grâce à une rationalisation et mécanisation de l'exploitation (par exemple, acquisition d'un tracteur destiné à remplacer un attelage), l'agriculteur parvienne à maintenir, malgré son invalidité, son revenu antérieur. Conformément au principe légal selon lequel on ne tient compte que du revenu résultant d'une activité que l'on est raisonnablement en droit d'attendre de l'assuré, on fera abstraction des prestations de travail qu'un agriculteur gravement atteint dans sa santé pourrait encore effectuer au prix d'efforts excessifs.

Lorsque l'on aura calculé les deux revenus déterminants, le degré d'invalidité de l'agriculteur s'obtiendra par une simple comparaison.

*

Les considérations précédentes montrent que l'évaluation de l'invalidité des agriculteurs dépend d'une série d'éléments qui nécessitent une enquête approfondie. Diverses commissions AI utilisent des questionnaires ou des feuilles de calcul, plus ou moins détaillés, ayant trait au genre et à l'importance de l'exploitation, à la main-d'œuvre utilisée, ainsi qu'à la collaboration de l'assuré avant et depuis son invalidité. Certains de ces questionnaires comportent une appréciation des différentes réponses selon une clé donnée ou d'après un barème de notes.

Un tel questionnaire pourrait, à notre sens, se limiter aux renseignements énumérés ci-après qui, ajoutés aux indications fournies par le dossier, devraient généralement permettre d'évaluer l'invalidité d'un agriculteur.

1. Quel est le genre et l'importance de l'exploitation agricole ?
2. Quel est le montant actuel du revenu net de l'entreprise ?
3. Ce montant serait-il plus élevé sans l'invalidité de l'assuré ?
4. L'invalidité de l'assuré a-t-elle pour conséquences :
 - d'accroître le travail des membres de la famille sans rémunération particulière ?

- de nécessiter l'engagement de personnel auxiliaire en dehors des membres de la famille ? Quelle est sa rémunération ?
5. L'assuré est-il encore en mesure de diriger lui-même l'exploitation ?
 6. Quelle est l'importance de la collaboration de l'assuré (pour les travaux agricoles, d'écurie, ménagers) ?
 7. L'assuré a-t-il, en plus, une occupation accessoire
 - avant d'être atteint dans sa santé ?
 - actuellement ?

Il va sans dire qu'un tel questionnaire peut être complété sur d'autres points, afin de mieux tenir compte des particularités régionales. Il ne doit cependant pas être trop détaillé, car une accumulation de questions risquerait de provoquer des réponses douteuses ou mettrait l'accent sur certains points secondaires n'offrant guère d'intérêt pour le cas d'espèce. Pour des motifs analogues, on se gardera d'évaluer d'une manière trop schématique les différentes réponses selon un barème de notes ou de points. Un tel mode d'évaluation permet certes une appréciation systématique des cas selon un modèle donné, mais il ne saurait dispenser les caisses d'évaluer dans chaque cas l'invalidité de l'agriculteur d'après les revenus hypothétiques entrant en considération.

Subsides et contributions aux frais d'administration dans l'AVS

La durée de validité de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur concernant les frais d'administration dans l'AVS, du 19 janvier 1955, qui réglementait l'octroi de subsides pour frais d'administration prélevés sur le Fonds de compensation de l'AVS en faveur des caisses cantonales de compensation, a été prolongée pour la dernière fois — sans limitation dans le temps — le 30 décembre 1959, ce qui fait que l'ordonnance a pu être appliquée au calcul des subsides pour les exercices 1960 et 1961. Le Département fédéral de l'intérieur a édicté le 17 novembre 1961, avec effet au 1^{er} janvier 1962, une nouvelle ordonnance, qui règle le versement des subsides pour frais d'administration au cours des prochains exercices.

Le but visé par la clef de répartition, assurer aux caisses cantonales de compensation la couverture de leurs dépenses administratives, a été atteint. En 1960, tous les comptes d'administration ont pu être clos avec un excédent de recettes, et l'on peut s'attendre au même résultat pour 1961. En outre, les déficits provenant des années précédentes ont pu être entièrement comblés, et les caisses ont augmenté leur fortune propre. Le budget administratif plus

Suisse, hors du territoire genevois, sont également soumis aux dispositions légales en raison des salariés qu'ils occupent en permanence dans ce canton et qui y sont domiciliés. Ne sont pas assujetties les personnes morales de droit public fédéral et les institutions nationales suisses, dont les salariés ont droit aux allocations familiales prévues pour le personnel fédéral et les institutions assimilées. Il en va de même des employeurs étrangers et des organisations internationales ou intergouvernementales exemptés de l'obligation de payer des cotisations en vertu de la LAVS.

Les employeurs assujettis sont tenus de s'affilier à une caisse admise à pratiquer la compensation en matière d'allocations familiales. Toutefois, les employeurs domiciliés ou résidant hors du canton et qui n'ont pas d'établissement dans le canton de Genève sont dispensés de cette obligation lorsqu'ils sont déjà assujettis à une autre loi cantonale en matière d'allocations familiales et que les salariés domiciliés dans le canton de Genève, occupés par eux en permanence dans ce canton, reçoivent des allocations au moins égales à celles prévues par la loi genevoise. Sous le régime de la loi ancienne, il n'était pas exigé que les allocations fussent égales à celles de la loi genevoise. Les salariés en question devaient simplement bénéficier déjà d'allocations familiales en vertu d'une autre loi cantonale. Les employeurs occupant du personnel féminin de maison ne sont pas tenus de s'affilier à une caisse en raison de ce personnel s'ils sont astreints au paiement de certaines contributions (voir à ce propos le chiffre 5 ci-après).

2. Les allocataires

Les conditions d'octroi des allocations sont les mêmes que jusqu'ici, à savoir l'établissement en Suisse du salarié et l'assujettissement de son employeur à la loi. Selon le règlement d'exécution révisé, est considéré comme établi en Suisse le salarié qui réside effectivement et de manière durable sur territoire suisse. Tout salarié étranger qui, au bénéfice d'un titre de séjour, réside d'une manière ininterrompue depuis un an en Suisse a droit aux allocations familiales, même s'il n'est pas au bénéfice d'un permis d'établissement, pour autant qu'il fasse ménage commun en Suisse avec sa famille. Sous l'empire de la loi ancienne, la question du droit aux allocations des étrangers avait été tranchée différemment par l'autorité de recours selon le statut auquel lesdits salariés étaient soumis en matière de séjour. Seuls les étrangers au bénéfice d'une autorisation d'établissement (livret C) pouvaient avoir droit sans plus aux allocations.

Sont réputées salariées les personnes qui exercent une activité lucrative dépendante au sens de la LAVS, y compris les salariés exonérés du paiement des cotisations en raison de leur âge, mais à l'exception des personnes salariées par leur conjoint. Les personnes exerçant à titre principal une activité lucrative indépendante au sens de la LAVS n'ont pas droit aux allocations familiales, même si elles occupent un ou plusieurs emplois en qualité de salariés. Cette réglementation correspond à l'ancienne. Une nouvelle disposition prévoit que si un salarié travaille pour le compte de plusieurs employeurs, l'allocation familiale est due en totalité par la caisse de compensation à laquelle se rattache l'employeur au service duquel le salarié exerce son activité principale.

3. Les allocations familiales

La nouvelle loi prévoit, à l'instar de l'ancienne, le versement d'une allocation pour enfant, d'une allocation de formation professionnelle et d'une allocation de naissance.

Le montant de l'allocation pour enfant demeure gradué selon l'âge de l'enfant. L'allocation s'élève aujourd'hui à :

25 francs par enfant jusqu'à 5 ans révolus ;

30 francs par enfant entre 5 et 10 ans révolus ;

35 francs par enfant entre 10 et 15 ans révolus ;

35 francs par enfant entre 15 et 20 ans révolus, si l'enfant fait des études ou un apprentissage ou est, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité constatée de se livrer à un travail salarié ou se trouve à la charge totale ou partielle du salarié quand bien même il exerce une activité lucrative.

Sous le régime des anciennes dispositions, le salarié domicilié dans le canton de Genève avait droit à une allocation complémentaire de formation professionnelle de 300 francs par an, payable par mensualités, si l'enfant, ayant achevé sa scolarité obligatoire et dont l'âge était compris entre 15 et 20 ans révolus, était en apprentissage en Suisse ou y poursuivait ses études. Aux termes de la nouvelle loi, l'allocation ordinaire de 35 francs versée pour un étudiant ou un apprenti de 15 à 20 ans ayant achevé sa scolarité obligatoire est remplacée par une allocation de formation professionnelle de 70 francs par mois, lorsque le salarié est domicilié sur territoire genevois ou à proximité de ce territoire (communes vaudoises faisant partie du district de Nyon). Le règlement d'exécution détermine les cas où l'allocation de formation professionnelle peut être versée pour un enfant qui poursuit son apprentissage ou ses études à l'étranger. Est également considéré comme apprentissage l'apprentissage accompli en conformité des normes légales et réglementaires françaises dans les départements français limitrophes du canton. En ce qui concerne les études, une nouvelle disposition prévoit que sont également considérées comme telles les études faites en Europe, selon un programme comportant au moins 20 heures d'enseignement par semaine, dans une institution d'enseignement secondaire ou supérieur reconnue gouvernementalement. D'autre part, les enfants faisant des études ou un apprentissage donnent droit à l'allocation de formation professionnelle jusqu'à l'âge de 25 ans révolus s'ils sont à la charge totale ou partielle du salarié. L'apprenti ou l'étudiant âgé de plus de 20 ans n'est plus considéré comme étant à la charge totale ou partielle du salarié, lorsque son revenu atteint 300 francs par mois.

L'allocation de naissance a été portée de 175 à 225 francs. Pour le mois de la naissance, il est en outre versé une allocation pour enfant de 25 francs dont le montant ne peut être réduit, quelle que soit la durée du travail accompli pendant ce mois. Le salarié reçoit ainsi une allocation globale de 250 francs pour le mois de la naissance.

En ce qui concerne la notion d'enfant, la loi de 1944 se réfère à la législation applicable en matière d'allocations pour perte de salaire aux mobilisés. La

nouvelle loi définit cette notion d'une manière analogue aux autres lois cantonales.

S'inspirant des principes établis par la jurisprudence sous l'empire des dispositions anciennes, la nouvelle loi fixe l'ordre dans lequel les salariés peuvent, à l'exclusion les uns des autres, faire valoir un droit aux allocations familiales. Cet ordre est le suivant :

- a. le père ;
- b. la mère ;
- c. le conjoint de la mère remariée et non salariée lorsque les enfants de celle-ci font ménage commun avec lui ;
- d. le frère ou la sœur qui entretient un frère ou une sœur ;
- e. le parent nourricier, lorsqu'il s'agit d'un enfant recueilli.

Toutefois, en cas de divorce ou de séparation judiciaire de parents tous deux salariés, le droit à l'allocation appartient, comme jusqu'ici, par priorité à celui qui a la garde de l'enfant. D'autre part, pour combler une lacune de la législation ancienne et tenir compte de la pratique des caisses, la loi précise que l'allocation est due par priorité à la mère salariée lorsqu'il s'agit d'un enfant naturel reconnu sans suite d'état civil. Le même principe est appliqué lorsque le père d'un enfant naturel reconnu avec suite d'état civil n'assume pas complètement son entretien.

Lorsque deux conjoints sont salariés et que le père travaille chez un employeur non assujéti à la loi (administration fédérale ou organisation intergouvernementale), la mère salariée ne peut pas faire valoir de droit aux allocations familiales, ce contrairement à la loi ancienne qui admettait le cumul en pareil cas.

La nouvelle loi règle de manière plus précise que l'ancienne la question de la fin du droit aux allocations. Ce droit subsiste, mais au plus 3 mois au total par année civile, pendant les absences du salarié qui sont dues à une maladie ou à un accident. Il subsiste également sans limitation pendant les écoles de recrues, les cours de répétition et de complément dans l'armée suisse, les vacances annuelles payées, ainsi que pendant le temps consacré à l'exercice d'un mandat public qui ne peut être refusé. Si, au moment du décès, le salarié n'a pas épuisé son droit aux allocations par suite de maladie ou d'accident, les allocations continuent à être versées pendant 3 mois au conjoint survivant, à moins que ce dernier n'ait lui-même droit aux allocations en raison d'une activité salariée. Le droit aux allocations subsiste également lorsque l'interruption de travail due aux couches n'excède pas les limites fixées par la loi fédérale sur le travail dans les fabriques.

4. L'organisation

Jusqu'ici, de nouvelles caisses ne groupant pas les deux tiers au moins des employeurs et la moitié au moins des salariés de la profession ou du métier ne pouvaient être admises à opérer la compensation que si 20 employeurs au moins

y avaient adhéré régulièrement. Les conditions d'admission de nouvelles caisses ont été rendues plus sévères. Celles-ci devront grouper 50 employeurs au moins, et, lorsque ce nombre ne sera pas atteint, au moins 20 employeurs occupant un nombre minimal de 300 salariés. Toutefois, les caisses de compensation professionnelles ou interprofessionnelles existant le 12 février 1944, de même que les caisses créées entre le 12 février 1944 et le 24 juin 1961, peuvent continuer à opérer la compensation aussi longtemps qu'elles comptent 20 employeurs au moins et à la condition qu'elles présentent toute garantie d'un bon fonctionnement de la compensation. La nouvelle loi prévoit, à l'instar de l'ancienne, que la gestion des caisses de compensation professionnelles ou interprofessionnelles doit être assurée par un conseil paritaire comprenant un nombre égal d'employeurs et de salariés.

Les employeurs qui ne sont pas affiliés à des caisses professionnelles ou interprofessionnelles doivent adhérer à la caisse cantonale genevoise de compensation, service des allocations familiales. Ce service continuera, d'autre part, à assurer le versement des allocations familiales au personnel féminin de maison.

5. Le financement

Comme jusqu'ici, les allocations familiales aux salariés sont en principe couvertes par les cotisations des employeurs. Quant aux allocations pour le personnel féminin de maison — engagé au mois ou non —, elles étaient autrefois financées exclusivement au moyen de centimes additionnels perçus chaque année en supplément de l'impôt sur les domestiques, impôt que seuls les employeurs de personnel féminin de maison engagé au mois, nourri et logé, étaient tenus de payer. La perception de ces centimes additionnels est maintenue dans la nouvelle loi, mais dorénavant, les employeurs non soumis à l'impôt sur les domestiques participeront également à la couverture des allocations de leur personnel payé à l'heure ou à la journée, la nouvelle loi prévoyant en effet un supplément sur la valeur nominale des timbres-vacances vendus auxdits employeurs par le service des vacances payées qui est rattaché à la caisse cantonale genevoise de compensation.

II. Les nouvelles prescriptions sur les allocations familiales en faveur des agriculteurs indépendants

En date du 24 juin 1961, le Grand Conseil a adopté une loi modifiant celle du 2 juillet 1955 sur les allocations familiales aux agriculteurs indépendants. Le but des nouvelles dispositions légales est d'adapter les montants des allocations servies aux agriculteurs indépendants à ceux qui sont prévus par la loi du 24 juin 1961 sur les allocations familiales en faveur des salariés. Nous renvoyons par conséquent à ce qui est dit sur les prestations versées aux salariés, chiffre I, 3, ci-dessus. D'autre part, le Conseil d'Etat a édicté, le 9 août 1961, un règlement modifiant le règlement d'exécution du 25 novembre 1955 de la loi du 2 juillet 1955. Il s'agit là aussi d'une adaptation des dispositions d'exécution à celles applicables aux salariés. Les nouvelles dispositions légales sont entrées en vigueur le 1^{er} juillet 1961.

atteint à coup sûr si le droit aux subsides s'éteignait, comme jusqu'à présent, lorsque la moyenne annuelle des contributions perçues de 3,5 pour cent — jusqu'ici 4 pour cent — n'est pas atteinte durant deux exercices consécutifs. C'est pourquoi l'ordonnance du 17 novembre ne contient plus aucune disposition restrictive de ce genre. Cela signifie que les subsides sont accordés pour *chaque année*, entiers ou réduits, aussi longtemps qu'une caisse perçoit des employeurs, indépendants et non-actifs payant plus que la cotisation minimale des contributions d'au moins 2,5 pour cent. D'autre part, selon l'article premier, 2^e alinéa, de la nouvelle ordonnance, les contributions seront fixées dans les limites des taux maximaux, de façon qu'avec les subsides pour frais d'administration et les autres recettes, elles suffisent en tout cas à couvrir les frais d'administration.

Il incombera aux organes compétents de réexaminer leur budget administratif à la lumière de la nouvelle réglementation, et d'envisager éventuellement une gradation des contributions qui convienne mieux aux besoins financiers des caisses de compensation.

La revision de la législation genevoise sur les allocations familiales

I. La nouvelle loi sur les allocations familiales en faveur des salariés, du 24 juin 1961

Le 24 juin 1961, le Grand Conseil du canton de Genève a adopté une loi sur les allocations familiales en faveur des salariés qui remplace celle du 12 février 1944. Les dispositions anciennes, qui se réfèrent encore aux prescriptions sur les allocations pour perte de salaire aux mobilisés, ont été harmonisées avec celles valables en matière d'AVS. D'autres dispositions ont été adaptées à la jurisprudence et à la pratique des caisses. En outre, la nouvelle loi prévoit une amélioration sensible des prestations. En date du 9 août, le Conseil d'Etat a édicté un règlement modifiant le règlement d'exécution du 17 juin 1944. La loi et le nouveau règlement sont entrés en vigueur le 1^{er} juillet 1961. Etant donné que le régime genevois des allocations familiales présente diverses particularités, nous allons étudier les détails de cette revision.

1. Le champ d'application

Le champ d'application est délimité selon des critères analogues à ceux contenus dans la loi ancienne. Sont d'abord assujettis à la loi tous les employeurs domiciliés ou résidant dans le canton ou y ayant un siège, une succursale, un établissement ou une autre installation, en raison des salariés qu'ils occupent et qui travaillent ou sont domiciliés dans le canton. Les employeurs établis en

élevé des caisses cantonales de compensation permet donc de régler désormais d'une manière plus souple l'octroi de subsides tirés du Fonds de compensation.

La sous-commission des frais d'administration de la Commission fédérale AVS/AI, qui a étudié ces questions, a estimé qu'il fallait envisager l'adaptation de la clef de répartition aux conditions nouvelles, eu égard, notamment, au champ d'activité toujours accru des caisses de compensation. Or, ceci implique une analyse détaillée des comptes d'administration et une délimitation exacte des frais occasionnés par les diverses œuvres sociales qui sont confiées à chaque caisse cantonale de compensation. En outre, les travaux nécessités par cette enquête doivent, afin que les résultats soient valables pour une durée assez longue, s'étendre à une année dite normale ; or, il faudra attendre pour cela l'exercice 1962, qui pourra probablement être considéré comme telle.

Néanmoins, la sous-commission conclut qu'il fallait, dès maintenant, procurer aux caisses cantonales une réglementation des contributions aux frais d'administration mieux adaptée à leurs besoins. Les propositions présentées par la sous-commission et approuvées par la commission fédérale AVS/AI ont donc été prises en considération dans la nouvelle ordonnance du 17 novembre 1961.

Le taux maximum des contributions des affiliés aux frais d'administration ne doit pas dépasser 5 pour cent des cotisations AVS/AI/APG, comme c'était déjà le cas. Les caisses cantonales reçoivent du Fonds de compensation de l'AVS, comme jusqu'à présent, des subsides pour frais d'administration de 6 millions de francs au plus par année. En revanche, la contribution aux frais d'administration perçue par les caisses de compensation pour l'octroi de subsides non réduits doit atteindre désormais, en moyenne annuelle, non plus 4 pour cent, mais seulement 3,5 *pour cent*. D'autre part, la contribution aux frais d'administration demandée aux employeurs, aux indépendants et aux non-actifs payant plus que la cotisation minimale ne doit pas être inférieure à 2,5 *pour cent* — jusqu'à présent 3 pour cent —. Ces taux sont déterminants pour le paiement des subsides de l'exercice suivant. Les subsides pour les frais d'administration de 1962 sont ainsi accordés en entier, si des contributions aux frais d'administration d'au moins 3,5 pour cent, en moyenne, et 2,5 pour cent, dans les cas pris séparément, ont été perçues des affiliés pendant l'exercice 1961.

Les subsides pour frais d'administration calculés selon les anciens principes continuent à être *réduits* si la contribution aux frais d'administration perçue se situe, en moyenne annuelle, *entre 3,5 et 2,5 pour cent*. La réduction reste limitée à la *moitié* des subsides. D'après les anciennes dispositions, elle devait déjà être effectuée lorsque la moyenne oscillait entre 4 et 3,5 pour cent, et atteignait 10 pour cent pour chaque dixième de pour cent au-dessous du taux moyen de 4 pour cent. Désormais, les subsides pour frais d'administration ne seront réduits que d'un demi pour cent pour chaque centième de pour cent qui se trouve au-dessous de la moyenne annuelle de 3,5 pour cent. Si cette moyenne est par exemple de 3,28 pour cent, les subsides sont réduits de 11 pour cent, et pour une moyenne de 2,99 pour cent, la réduction est de 25,5 pour cent.

Le but de la nouvelle réglementation, qui est de permettre aux caisses cantonales de compensation de mieux adapter les contributions aux frais d'administration à leurs besoins financiers effectifs, ne serait toutefois pas

La législation, les conventions internationales et les instructions de l'Office fédéral des assurances sociales en matière d'AVS, d'AI et d'APG ¹

Etat le 1^{er} janvier 1962

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 sur l'AI, du 19 juin 1959 (art. 82) (RO 1959, 857).

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 3 octobre 1958 (RO 1959, 81).

Loi fédérale sur les APG, du 25 septembre 1952 (RO 1952, 1046), modifiée par la loi du 6 mars 1959 (RO 1959, 589).

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

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,

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

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).

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).

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).

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

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 et 1961, du 16 décembre 1960 (RO 1960, 1690).

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

Règlement d'exécution de la loi sur l'AI, du 17 janvier 1961 (RO 1961, 29).

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).

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).

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 de feu M. A. Isler », du 9 mars 1956 (RO 1956, 630).

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 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 (subsides 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).

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).
- Réfugiés** Convention internationale relative au statut des réfugiés, du 28 juillet 1951 (RO 1955, 461).
- 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).
- Danemark** Convention relative aux assurances sociales, du 21 mai 1954 (RO 1955, 290).
Arrangement administratif, du 23 juin 1955 (RO 1955, 790).

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 sociales ¹

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).

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.
Supplément du 31 octobre 1960.

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

¹ Cette liste ne comprend pas les circulaires et communications qui ne sont valables que provisoirement, notamment les directives sur l'AI, qu'il est prévu de remplacer par des circulaires ou directives spéciales. La présente liste n'est donc pas définitive.

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

Directives concernant les rentes, quatrième édition, juin 1958 (318.302). Complétées et en partie modifiées par :

Circulaire concernant le calcul des rentes à partir du 1^{er} janvier 1960, du 26 décembre 1959 ;

Circulaire concernant les rentes et les allocations pour impotents de l'AI, du 30 janvier 1960 ;

Circulaires sur l'application de la revision de l'AVS dans le domaine des rentes, du 4 et du 21 avril 1961.

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).

Prescriptions sur la comptabilité et les mouvements de fonds des caisses de compensation, édition du 1^{er} février 1960, modifiée par circulaire du 2 janvier 1961 (318.103).

Circulaire sur le contentieux, du 15 juillet 1960.

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 concernant les répercussions de l'AI sur l'AVS dans le domaine des rentes, du 2 novembre 1960.

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.

Circulaire concernant le remboursement des frais de voyage dans l'AI, du 1^{er} septembre 1961 (318.507.01). Feuilles collants du 1^{er} janvier 1962 (318.507.011) *

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). *

* A paraître prochainement.

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

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.)
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.
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.
Supplément du 28 juillet 1960.
- 40 d La préparation des formules de communication fiscale AVS, du 13 mars 1959.
- 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.
Supplément du 10 octobre 1957.

* A paraître prochainement.

- 57 Le remboursement aux étrangers et aux apatrides des cotisations versées à l'AVS, du 17 mars 1952.
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.
- 66 La convention internationale relative au statut des réfugiés conclue le 28 juillet 1951, du 21 mai 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.

Problèmes d'application de l'AVS

La situation dans l'AVS des personnes participant à l'encouragement de la culture fruitière

Des enquêtes ont été effectuées auprès de la Régie fédérale des alcools et de la Centrale suisse pour la culture fruitière à Oeschberg en vue de garantir l'assujettissement uniforme à l'assurance des personnes participant aux campagnes de transformation et d'amélioration des vergers. En voici le résultat :

Parmi les personnes visées, il faut distinguer plusieurs catégories : les dirigeants des centrales cantonales pour la culture fruitière, les dirigeants de cours, les arboriculteurs chargés de la surveillance des vergers et les entrepreneurs qui participent aux travaux d'abattage.

Les dirigeants des centrales cantonales pour la culture fruitière (maîtres d'arboriculture dans les écoles d'agriculture ou salariés ayant en outre un petit domaine agricole) exercent leurs fonctions dans une situation dépendante. *Les dirigeants de cours* (arboriculteurs patentés, petits ou moyens agriculteurs ou employés de coopératives agricoles), qui se chargent en particulier de la formation des arboriculteurs, exercent eux aussi leurs fonctions en tant que salariés. En revanche, les *arboriculteurs*, qui se voient confier leurs tâches directement par les agriculteurs et sont rétribués par eux, exercent là une activité indépendante. L'arboriculteur n'est un salarié que s'il est appelé par la centrale cantonale à fonctionner comme chef des travaux lors d'une campagne d'abattage. Les indemnités versées par les centrales cantonales aux *entrepreneurs* qui sont mis à contribution lors des campagnes d'abattage et fournissent leurs propres machines, ainsi que leurs ouvriers, en se faisant rétribuer selon un tarif, font également partie du gain de l'activité indépendante.

Nom de famille des ressortissants espagnols

Lorsque des ressortissants espagnols présentent leur demande d'affiliation à l'AVS, il arrive fréquemment que l'on ne sache pas exactement quel nom de famille est déterminant pour former le numéro d'assuré AVS.

Les ressortissants espagnols portent légalement un nom de famille double, dont le premier terme indique l'ascendance paternelle et le second l'ascendance maternelle. Cette règle vaut pour les personnes célibataires et mariées des deux sexes. C'est pourquoi, même après le mariage, la femme continue à porter son

nom de jeune fille. Elle peut toutefois, sans y être tenue, ajouter à son nom de jeune fille le premier nom de famille du mari. Le fils José des parents Pablo Rodriguez Garcia (père) et Maria Pradera Rivas (mère) porte par conséquent le nom José de Rodriguez Pradera. Son épouse Maria peut faire suivre son nom de famille légal de Perez Lòpez par le premier nom de famille de son mari et s'appelle alors Maria Perez Lòpez *de Rodriguez*.

Lors de l'établissement du certificat d'assurance ou de la décision de rente, est déterminante la manière d'écrire le nom adoptée officiellement en Espagne et ressortant des pièces d'identité suisses établies sur la base des pièces d'identité espagnoles.

Il y a toutefois lieu de relever que, dans l'usage courant, le premier nom de famille est souvent le seul utilisé et que les femmes mariées portent aussi le nom de famille de leur mari.

Pour éviter que les paiements de rentes soient effectués à double, il faut prêter une attention toute particulière à la concordance entre les indications figurant dans la formule d'inscription et celles ressortant des pièces d'identité officielles. Lorsqu'il s'agit de personnes mariées, l'identité du conjoint doit aussi être déterminée avec précision. Si un ressortissant espagnol ne paraît pas avoir indiqué son nom d'une manière exacte, une enquête complémentaire doit être effectuée. Dans les cas où les cotisations versées par une femme mariée doivent être prises en compte pour fixer une rente, le rassemblement de ses CIC doit, le cas échéant, être effectué non seulement sous son nom de jeune fille (par exemple Maria Perez Lòpez), mais aussi sous le nom de son mari (par exemple Maria Rodriguez).

Garantie d'un montant minimum lors de l'octroi d'une rente simple d'invalidité à l'épouse du bénéficiaire d'une rente de vieillesse

Le principe du minimum garanti posé à l'article 42, 1^{er} alinéa, LAVS, ne s'applique pas toujours sans quelques difficultés, comme l'illustre le cas suivant :

Une femme, née en 1916, a épousé en 1959 le bénéficiaire d'une rente extraordinaire, né le 31 mars 1883. Comme cette femme a été reconnue invalide à 50 pour cent, et que, durant son célibat, elle a cotisé à l'AVS, bien que d'une manière irrégulière, elle avait droit en principe à une demi-rente ordinaire simple d'invalidité, calculée sur la base du montant et de la durée de ses propres cotisations. Etant donné cependant que la demi-rente ordinaire était inférieure à la demi-rente extraordinaire, cette dernière entrait seule en ligne de compte à titre de minimum garanti. Mais comme deux rentes simples extraordinaires (ou deux ordinaires) ne peuvent être accordées à un couple, c'est en définitive une rente extraordinaire de vieillesse pour couple qui a été octroyée en l'espèce (art. 22, 1^{er} al., LAVS).

La caisse se demandait cependant si cette dernière solution n'était pas paradoxale en ce sens que, si l'épouse avait régulièrement cotisé comme personne

sans activité lucrative, elle aurait été mise en 1960 au bénéfice d'une demi-rente ordinaire d'invalidité de 38 francs par mois, qui, ajoutée à la rente de vicillesse extraordinaire du mari, aurait donné un montant inférieur à la rente extraordinaire pour couple (108 francs au lieu de 113 fr. 40). A notre sens, toutefois, la rente de vicillesse extraordinaire pour couple devrait également être accordée en ce cas en vertu de la garantie d'un montant minimum.

Problèmes d'application de l'AI

Calcul de la rente AI dans les cas de demande tardive

Selon l'article 48, 2^e alinéa, LAI, les rentes AI ne sont allouées qu'à partir du mois dans lequel la demande a été présentée, lorsque l'assuré exerce son droit à la rente plus de six mois après la naissance du droit. Comment une telle rente doit-elle être calculée ?

Dans l'AI — comme dans l'AVS — la date à laquelle l'événement assuré se réalise est d'une importance primordiale. Dans l'AVS, l'événement assuré se réalise lorsque la limite d'âge est atteinte ou lors du décès du soutien. En ce qui concerne l'AI, il faut se fonder sur la date à laquelle est survenue une invalidité d'un degré suffisant pour donner droit à la rente. Cette date, qui doit être fixée par la commission AI, est notamment déterminante pour juger des conditions d'assurance (art. 6 LAI), de la durée minimale de cotisations donnant droit à la rente ordinaire (art. 36, 1^{er} al., LAI), ainsi que des cotisations et durées de cotisations déterminantes pour le calcul de la rente. De même, pour le supplément AI à ajouter à la cotisation annuelle moyenne, il faut se fonder sur l'âge de l'invalidé au moment de la réalisation de l'événement assuré.

Si donc un assuré invalide né en 1925, complètement incapable d'exercer une activité lucrative depuis plusieurs années, ne fait valoir son droit à des prestations de l'AI que le 15 août 1961, le calcul de la rente doit être effectué comme suit : En vertu de l'article 85, 1^{er} alinéa, LAI, l'invalidité est réputée survenue le 1^{er} janvier 1960. La cotisation annuelle moyenne doit donc être calculée d'après les cotisations versées durant les années 1948 à 1959 et d'après les durées de cotisations correspondantes, tout en appliquant les tables valables le 1^{er} janvier 1960 pour déterminer la cotisation annuelle moyenne et le supplément AI. Pour déterminer le supplément AI applicable, il faut partir du fait que, le 1^{er} janvier 1960, l'assuré avait déjà accompli sa trentième année, mais n'avait pas encore atteint 35 ans. Après avoir fixé de cette façon les éléments de calcul déterminants pour la rente AI, qui aurait pu être octroyée avec effet au 1^{er} janvier 1960, le nouveau montant de rente, augmenté en vertu de la cinquième révision de l'AVS, doit être déterminé de la manière habituelle, et la rente octroyée dès le 1^{er} août 1961.

BIBLIOGRAPHIE

Depuis 1960, nous signalons régulièrement sous cette rubrique des monographies récentes et des articles de revues qui traitent de l'AVS, de l'AI, du régime des APG ou de sujets apparentés. Cette rubrique sera continuée, mais mentionnera désormais *toutes* les nouvelles publications qui nous seront connues dans ces domaines, sans toutefois donner, en général, des précisions sur leur contenu. Elle n'aura donc qu'une valeur purement bibliographique. Le contenu d'un ouvrage et les ouvertures qu'il offre sur la pratique ne seront indiqués qu'à titre tout à fait exceptionnel.

Parallèlement à cette rubrique, l'OFAS établira un *catalogue de documentation AVS/AI/APG*. Celui-ci ne servira, pour le moment, qu'à l'usage interne, mais il est possible qu'il soit mis une fois à la disposition d'autres intéressés, comme on l'a fait pour le Recueil de jurisprudence AVS/AI/APG.

Petit guide de l'AVS pour les assurés. Edité par l'Union syndicale suisse. Edition 1961.

Die Eidgenössische Invalidenversicherung und das psychisch kranke Kind, par l'Office fédéral des assurances sociales. Supplément de « Kinderpsychiatrie », guide à l'intention des médecins, éducateurs, assistants sociaux et juges pour l'étude et la pratique, par Jakob Lutz, professeur. 1961. Editions Rotapfel, Zurich. (En allemand seulement.)

Hugo Güpfer : **Steuer und Sozialversicherung.** Revue suisse d'assurances, novembre 1961, p. 297.

Hans Lorenzen : **Lehrbuch des Versehrtenports.** Stuttgart 1961.

Francis Sandmeier : **Die berufliche Eingliederung der jugendlichen Invaliden in der Schweiz.** « Praxis », revue suisse de médecine, 1961, N° 39.

Die Schweiz. Ein Wegweiser für Deutsche und Österreicher, die in der Schweiz eine Stelle antreten. Publié par l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail. 1961. (Contient un chapitre sur les assurances sociales.)

PETITES INFORMATIONS

- Postulat Schuler du 22 juin 1961** Le postulat Schuler, du 22 juin 1961 (RCC 1961, p. 321), a été accepté par le Conseil national le 6 décembre 1961.
- Tribunal fédéral des assurances** Le 14 décembre 1961, l'Assemblée fédérale a nommé à la présidence du TFA, pour 1962 et 1963, M. *Louis Prod'hom*, et à la vice-présidence M^e *Hans Wüttrich*.
- Tribunal arbitral de la Commission AVS/AI** M. C. *Beck*, suppléant, a été nommé membre du tribunal, où il succède à M. W. *Salzmann*, décédé. M. E. *Tanner* a été nommé suppléant.
- Organisation de la subdivision AVS/AI/APG** Quelques modifications ont été apportées à la répartition du travail au sein de la subdivision AVS/AI/APG (voir RCC 1960, p. 157, et 1961, p. 27) ; voici les plus importantes :
- La section des *Cotisations* s'occupera désormais des contrôles d'employeurs, ainsi que de la responsabilité et des décomptes des employeurs ;
 - La section des *Rentes et indemnités journalières* étudiera également les questions de certificat d'assurance et de CIC ;
 - La section de l'*Organisation* reçoit le domaine des subventions aux institutions et organisations de l'AI (subventions pour la construction, l'exploitation, etc.) ;
 - La section des *Affaires administratives générales* sera compétente pour les questions touchant la revision des caisses de compensation.
- Errata RCC 1961** A la page 422, numéro de novembre, la cause E. H. est du 23 juin 1961 et non du 12 avril. A la troisième ligne du résumé, lire *dans le délai*.
- A la page 436, numéro de décembre, au milieu de la page, il faut lire *article 34 quinquies*.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 31 mai 1961, en la cause H. M.

Article 209, 1^{er} alinéa, RAVS. Les employeurs doivent prendre toutes mesures utiles pour faciliter les contrôles d'employeurs. Un employeur qui tient son propre contrôle des salaires versés doit présenter les pièces justificatives au reviseur, même s'il n'est pas astreint à tenir une comptabilité (considérant 1).

Article 38 RAVS. La caisse de compensation est habilitée à effectuer une taxation d'office des salaires si des indices sérieux lui font admettre que le relevé de compte de l'employeur ne comprend pas tous les salaires et si les salaires non déclarés à la caisse ne peuvent être estimés que par appréciation (considérant 2).

Article 38 RAVS. Pour effectuer une taxation d'office, la caisse de compensation doit élucider les faits avec soin et établir, sur cette base, une estimation qui reste dans les limites de son pouvoir d'appréciation. Elle ne doit pas fixer les salaires sans avoir des données assez sûres (considérant 2).

Article 8, 2^e alinéa, de l'ordonnance concernant l'organisation du TFA. La partie qui obtient gain de cause n'a droit au remboursement de ses frais et dépens que lorsque les circonstances le justifient. Tel n'est pas le cas si elle a provoqué le litige par sa faute (considérant 3).

Articolo 209, capoverso 1, OAVS. I datori di lavoro devono prendere tutti i provvedimenti atti a facilitare il controllo dei datori di lavoro. Un datore di lavoro che, pur non essendo soggetto all'obbligo di tenere una contabilità, annota i salari versati, deve presentare dette registrazioni al revisore (considerando 1).

Articolo 38 OAVS. La cassa di compensazione ha la facoltà di emanare una tassazione d'ufficio allorchè seri indizi lasciano supporre che il datore di

lavoro non ha conteggiato per tutti i salari e se i salari non dichiarati alla cassa possono essere solo stimati (considerando 2).

Articolo 38 OAVS. Prima di emanare una tassazione d'ufficio, la cassa di compensazione deve esaminare attentamente la fattispecie e, in base a questa, procedere a una stima nei limiti del suo potere discrezionale. Essa non può stabilire i salari soggetti a contributo senza avere indicazioni sufficienti (considerando 2).

Articolo 8, capoverso 2, DO. La parte che vince la causa ha diritto al rimborso delle spese processuali soltanto quando le circostanze lo giustificano. Ciò non è il caso quand'essa ha colposamente provocato la lite (considerando 3).

L'assuré exploite en qualité de fermier un domaine agricole consacré à des essais. Le 29 mars 1960, la caisse de compensation procéda chez lui à un contrôle d'employeur pour les années 1956 à 1959. Bien que tenant une comptabilité, il refusa de présenter ses comptes et livres de salaires au reviseur que la caisse avait chargé de ce contrôle. Il alléguait que n'étant pas tenu d'avoir une comptabilité, il n'avait pas l'obligation de soumettre cette comptabilité au représentant de la caisse. Il persista dans son refus, mais fit parvenir à la caisse, par la suite, une liste de salaires versés à des journaliers, dont le montant s'élevait à 10 443 francs, mais qu'ils n'avaient pas annoncés. Le 12 juillet 1960, la caisse de compensation procéda à une taxation d'office des salaires non déclarés pour les années 1956 à 1959. Elle les fixa par appréciation à 25 000 francs par année.

Son recours ayant été rejeté par la commission de recours, l'assuré porta la cause devant le TFA, qui statua ce qui suit.

1. En procédant au contrôle des déclarations de salaires établies par l'appelant, la caisse de compensation ne faisait que se conformer aux prescriptions légales. Les caisses de compensation doivent en effet procéder à des contrôles afin de vérifier si les employeurs s'acquittent correctement de leurs obligations et, en particulier, s'ils ont bien payé toutes les cotisations dues sur les salaires qu'ils ont versés (art. 68, 2^e al., LAVS ; art. 162 et 163 RAVS).

C'est pourquoi les employeurs sont tenus de tout mettre en œuvre pour faciliter le contrôle ; ils doivent notamment, ainsi que le statue l'article 209, 1^{er} alinéa, RAVS, « permettre aux bureaux de revision et de contrôle de prendre connaissance de leurs livres et pièces et leur donner tous les renseignements nécessaires pour que puissent être remplies les tâches de revision et de contrôle ». Cette disposition vise tous les employeurs, qu'ils soient ou non astreints à tenir une comptabilité. Il suffit donc qu'un employeur possède effectivement des livres de paie pour qu'il soit tenu de les présenter au contrôleur AVS. Dans l'arrêt J. et A. H. du 30 novembre 1959 (ATFA 1959, p. 241 = RCC, p. 67 ss), le TFA a relevé à ce sujet que la caisse de compensation est autorisée, chaque fois que les intérêts de l'AVS et des assurés l'exigent, à demander à l'employeur les pièces qui permettront de déterminer quels salaires sont soumis à cotisations, et cela aussi bien lorsqu'il s'agit d'un employeur astreint à tenir une comptabilité que d'un employeur qui ne l'est pas. Même un agriculteur qui n'est pas astreint à tenir une comptabilité — précise cet arrêt — contrevient aux prescriptions légales s'il omet de fournir des renseignements sur les personnes auxquelles les salaires ont été versés. Ces principes sont applicables en l'espèce, contrairement à ce que pense l'appelant.

L'appelant ne s'est certainement pas conformé aux prescriptions légales et aux principes jurisprudentiels énoncés ci-dessus. Il ressort au contraire des pièces du dossier qu'il n'a rien fait pour faciliter la tâche de la caisse de compensation et qu'il s'est obstiné, même après sommation, à refuser de lui présenter les pièces justificatives qu'il possédait. Le motif invoqué à l'appui de sa manière de faire — à savoir que ses livres de caisse ne constituaient pas une comptabilité professionnelle, mais d'ordre privé et qu'ils renfermaient des indications sur ses dépenses familiales auxquelles il attribuait un caractère confidentiel — ne résiste pas à l'examen. Tout comme les fonctionnaires du fisc, les personnes chargées d'appliquer la LAVS sont tenues de garder le secret et, en cas de violation de cette obligation, elles sont punissables (art. 50 et 87, 4^e al., LAVS).

Vu l'attitude adoptée par l'intéressé et son refus de fournir les pièces comptables requises, la caisse de compensation a conclu que l'assuré ne lui avait pas annoncé tous les salaires versés et qu'il se justifiait de procéder à une taxation d'office. En fait, il existait des indices suffisamment sérieux pour autoriser la caisse de compensation à considérer que l'intéressé n'avait pas déclaré la totalité des salaires versés à son personnel et que le complément de salaires à lui réclamer ne pouvait être fixé que par appréciation. Comme le relève l'OFAS, la taxation d'office effectuée par la caisse de compensation était donc justifiée en principe.

2. Reste à savoir si la taxation d'office doit être confirmée quant à son montant. Lorsqu'un employeur ne tient pas de comptabilité ou qu'il ne présente au contrôleur que des documents comptables insuffisants pour permettre les vérifications et investigations nécessaires, la caisse de compensation ne peut que fixer par appréciation le montant des cotisations qui n'ont pas été payées. La taxation par appréciation n'est toutefois pas une peine infligée à l'assuré qui ne satisfait pas à ses obligations et destinée à le contraindre à les accomplir mais un moyen d'appliquer la loi de façon appropriée et partant d'obtenir d'un assuré les cotisations qu'il est tenu d'acquitter. Qu'il s'agisse de l'article 39 RAVS — dont l'application est subordonnée à la condition que la caisse de compensation a « connaissance du fait qu'une personne soumise à l'obligation de payer des cotisations n'a pas payé de cotisation ou n'en a payé que pour un montant inférieur à celui qui était dû... » — ou qu'il s'agisse de la procédure suivie par la caisse de compensation à l'égard d'un assuré qui ne lui permet pas de le contrôler (art. 68, 2^e al., LAVS ; art. 162 et 163 RAVS) et qui l'oblige à procéder à une taxation d'office (art. 14, 3^e al., LAVS, et art. 38 RAVS), la situation n'est pas différente : dans l'un et l'autre cas, la caisse de compensation doit élucider les faits avec soin et s'efforcer de réunir tous les éléments utiles afin que son estimation repose sur des données contrôlables et qu'elle reste dans les limites de son pouvoir d'appréciation. Il est inadmissible, en revanche, qu'une caisse de compensation procède à une taxation d'office alors qu'elle ne dispose d'aucun élément assez sûr pour déterminer le montant des cotisations non payées en partant de l'idée que le juge pourra ordonner en procédure de recours toutes les mesures d'éclaircissement, puis fixer définitivement le montant à payer.

En l'espèce, l'appelant a refusé de produire ses livres de caisse et il s'est obstiné dans son refus malgré les explications qui lui furent données et la condamnation pénale qui lui fut infligée (amende de 30 francs). Considérant comme absolument indispensable que son contrôleur prît connaissance de ces livres de caisse pour constater quels salaires le prénommé avait effectivement versés à son personnel, la caisse de compensation est arrivée à la conclusion qu'elle ne pouvait plus, dans ces conditions, que taxer d'office le montant des cotisations à payer sur les salaires qui ne lui avaient pas été déclarés. Elle paraît toutefois n'avoir procédé à aucune

mesure d'instruction avant de rendre sa décision de taxation d'office. Partant de l'idée que l'exploitation agricole de l'intéressé avait un caractère très particulier, vu les conditions d'exploitation spéciales de ce domaine expérimental et la main-d'œuvre importante qui y est occupée, et qu'elle ne pouvait être comparée à une exploitation ordinaire, elle a estimé, dès lors, qu'il n'était pas exagéré de fixer à 25 000 francs par an les salaires non déclarés, sans toutefois préciser sur quoi se fondait ce calcul. Le juge délégué à l'instruction de la cause lui ayant demandé si le montant retenu découlait d'une libre appréciation ou s'il avait été fixé au moyen de normes expérimentales tenant compte de la superficie et du genre de culture, le représentant de la caisse répondit ceci : « Faute d'une documentation qui nous a été refusée à répétées reprises par H. M., la somme de 25 000 francs fixée pour chaque année représente une simple appréciation de notre part ».

La Cour de céans ne saurait confirmer une décision de taxation d'office qui a été rendue dans de telles conditions. Il est vrai, certes, que les livres de caisse de l'intéressé auraient permis à la caisse de compensation de vérifier si celui-ci avait correctement rempli ses obligations et, le cas échéant, de déterminer avec précision les salaires non déclarés ainsi que le montant des cotisations à lui réclamer. Cependant, après avoir constaté que l'intéressé s'obstinait à refuser la production de ses livres de caisse, il incombait à la caisse de compensation de prendre toutes les mesures utiles pour être en mesure de déterminer le montant global des salaires versés par cet employeur et le montant des cotisations à lui réclamer.

C'est ainsi qu'elle aurait pu demander à l'autorité fiscale quel était le montant des salaires déclarés par le contribuable comme frais d'obtention du revenu pendant la période en cause. Les taxations fiscales ne sont déterminantes, certes, que pour la fixation du revenu d'une activité lucrative indépendante, mais elles ne lient pas les caisses de compensation pour la détermination des salaires sur lesquels le contribuable doit retenir les cotisations AVS en sa qualité d'employeur. La taxation fiscale aurait néanmoins fourni des renseignements très utiles à la caisse de compensation. Si les salaires avaient été fixés par l'autorité fiscale sur la base des normes expérimentales, applicables d'une manière générale aux exploitations agricoles, la caisse de compensation avait cependant la possibilité d'adopter des chiffres différents pour tenir compte du caractère particulier de l'exploitation agricole de l'intéressé. On ne voit pas, néanmoins, pourquoi elle s'est écartée des montants retenus par le fisc et pourquoi, dans sa taxation d'office, elle a estimé à 25 000 francs par an les salaires qui n'avaient pas été déclarés, soit donc à un montant presque égal à celui des salaires indiqués par l'intéressé. Une taxation fixant des cotisations aussi élevées et s'écartant à tel point de la taxation fiscale aurait dû certainement être motivée. La caisse ne pouvait se borner à invoquer le caractère très particulier de l'exploitation agricole et l'importance de la main-d'œuvre occupée sur ce domaine.

En outre, la caisse aurait pu faire procéder à une estimation technique. Un examen, même sommaire, des particularités de ce domaine (superficie, cultures, méthode d'exploitation) aurait probablement fourni des renseignements précieux et aurait permis à la caisse et au tribunal de vérifier si et dans quelle mesure l'intéressé avait omis de déclarer des salaires, et d'établir par conséquent la taxation d'office sur des bases solides.

La caisse de compensation aurait donc pu réunir de nombreux éléments qui lui auraient permis de fixer le montant des cotisations à payer par l'intéressé. En procédant de la sorte, elle n'aurait fait d'ailleurs que se conformer aux prescriptions légales. L'article 38, 2^e et 3^e alinéas, RAVS prévoit expressément que « la caisse est autorisée à recueillir sur place les renseignements utiles à l'établissement de la

taxation d'office » et que les frais occasionnés par cette instruction peuvent être mis à la charge de l'intéressé. Lorsque, comme en l'espèce, la caisse de compensation n'a pas la possibilité, par la faute de l'employeur, de vérifier si celui-ci s'acquitte correctement de ses obligations et s'il déclare bien la totalité des salaires qu'il verse à son personnel, elle n'a pas seulement le droit mais l'obligation d'ordonner les mesures d'instruction prévues à l'article 38, 2^e alinéa, RAVS, si ces mesures représentent pour elle le seul moyen d'obtenir les données utiles à l'établissement de la taxation d'office.

Il en résulte que, quant à son montant, la taxation d'office ne saurait être confirmée. La cause doit, partant, être renvoyée à la caisse de compensation pour instruction et nouvelle décision. Il ne saurait être question, en revanche, de libérer l'appelant du paiement des frais réclamés par la caisse de compensation, puisque ces frais ont été occasionnés par son comportement.

3. Cette solution correspond aux conclusions subsidiaires formulées par l'appelant. La question se pose, dès lors, de savoir si ce dernier peut prétendre obtenir une indemnité comme contribution aux frais et dépens de la procédure. Selon l'article 8, 2^e alinéa de l'ACF du 3 mai 1960 concernant l'organisation et la procédure du TFA dans les causes relatives à l'assurance-vieillesse, « la partie qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens, ainsi qu'à ceux de son mandataire, dans la mesure fixée par le tribunal ». La première phrase de cette disposition, qui concerne l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite, précise en revanche que ce bénéfice ne doit être accordé que « lorsque les circonstances le justifient ». Il ne s'ensuit pas, toutefois, que l'assuré qui a obtenu gain de cause ait droit, dans tous les cas, au remboursement de ses frais et dépens, même dans les cas où il a occasionné par son comportement des frais importants et où il aurait pu, en faisant preuve de bonne volonté, faciliter la tâche de la caisse de compensation et éviter une procédure judiciaire. Dans le domaine des assurances sociales, le juge doit au contraire examiner chaque fois « si et dans quelle mesure » (termes qui figurent à l'art. 91 AO) l'intéressé qui obtient gain de cause peut prétendre au versement d'une indemnité pour ses frais et dépens.

Etant donné les circonstances, il serait certainement choquant d'obliger la caisse de compensation à rembourser à l'appelant ses frais et dépens. Vu l'obstination dont celui-ci a fait preuve en refusant, sans motif valable, la production de ses livres de caisse et les complications qu'il a provoquées par son comportement, il ne saurait être question de lui reconnaître un droit à une indemnité, si minime fut-elle, pour le seul motif qu'il a obtenu partiellement gain de cause (il a été débouté en effet de ses conclusions principales et subsidiaires, et seul le chef de conclusions pris à titre très subsidiaire a été admis).

Assurance-invalidité

GÉNÉRALITÉS

Arrêt du TFA, du 8 mars 1961, en la cause F. B.

Article 6, 2^e alinéa, LAI. Les étrangers et les apatrides ont généralement droit aux prestations de l'AI s'ils remplissent l'une des conditions prévues par cette disposition.

Articolo 6, capoverso 2, LAI. *Gli stranieri e gli apolidi hanno generalmente diritto alle prestazioni dell'AI se soddisfano a una delle condizioni previste da questa disposizione.*

L'assuré, né en 1897, ressortissant italien, domicilié en Suisse depuis 1913, a travaillé comme ouvrier maçon jusqu'à fin 1954, En 1955, il demanda le transfert en Italie des cotisations payées à l'AVS de 1948 à fin 1954, afin d'obtenir une rente d'invalidité des assurances sociales de ce pays. Depuis lors, il a continué à verser des cotisations à l'AVS en tant que personne sans activité lucrative. En mars 1960, l'assuré présenta une demande de prestations de l'AI. Tant la caisse de compensation que la commission de recours refusèrent de faire droit à cette demande.

Le TFA a, pour les motifs essentiels suivants, admis l'appel interjeté par l'assuré :

L'appelant, après avoir demandé et obtenu le transfert en Italie des cotisations AVS qu'il avait payées de 1948 à 1954, n'a pas perdu sa qualité d'assuré. Il a continué en effet à vivre en Suisse, où il était domicilié depuis 1913, et de ce fait il a été astreint au paiement de cotisations (dès 1955, il n'a toutefois plus été affilié en qualité de salarié, mais en tant que personne sans activité lucrative, et ses cotisations ont été fixées au minimum légal conformément à l'article 10 LAVS). La convention italo-suisse ne s'oppose pas d'ailleurs au maintien de la qualité d'assuré après le transfert des cotisations ; elle prévoit au contraire expressément que le ressortissant italien qui a versé des cotisations pendant dix années entières au moins, depuis le jour du transfert de ses cotisations, peut à nouveau prétendre une rente ordinaire de l'AVS suisse.

Lors de la survenance de l'événement assuré, que l'appelant invoque en réclamant des prestations — soit le 1^{er} janvier 1960, conformément à l'art. 85, 1^{er} al., LAI —, le prénoté remplissait donc les conditions de l'article 36 LAI, puisqu'il avait qualité d'assuré et qu'il avait payé des cotisations pendant plus d'une année entière. L'article 6, 2^e alinéa, LAI fait cependant dépendre le droit des étrangers aux prestations de l'AI de conditions plus sévères : ceux-ci ne peuvent y prétendre que s'ils sont domiciliés en Suisse et que si, « lors de la survenance de l'invalidité, ils comptent au moins dix années entières de cotisations ou quinze années ininterrompues de domicile en Suisse ».

Il ne fait aucun doute, en l'espèce, que la condition relative au paiement des cotisations pendant au moins dix années entières n'est pas remplie. L'assuré ayant demandé le transfert en Italie des cotisations qu'il avait payées jusqu'à fin 1954, ces cotisations ne peuvent plus être prises en compte. C'est ce que précise d'ailleurs la convention italo-suisse à l'article 5, 5^e alinéa, in fine, aux termes duquel « le ressortissant italien dont les cotisations ont été transférées aux assurances sociales italiennes ne peut plus

faire valoir de droits à l'égard de l'AVS suisse en vertu desdites cotisations ». Or, depuis que ce transfert est intervenu, l'assuré n'a payé des cotisations que pendant cinq années... Il est établi en revanche qu'il est domicilié en Suisse depuis 1913 et qu'il remplit ainsi la seconde condition posée à l'article 6, 2^e alinéa, LAI, qui concerne le domicile en Suisse pendant quinze années ininterrompues.

... Il en résulte que le jugement cantonal et la décision attaquée, selon lesquels les conditions posées à l'article 6, 2^e alinéa, LAI n'étaient pas remplies, doivent être annulées. La cause doit partant être renvoyée à la Commission cantonale AI, qui aura à déterminer si le requérant est atteint d'une invalidité lui donnant droit à des prestations de l'AI, ce qui, d'après le dossier, ne paraît pas prouvé.

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 2 novembre 1961, en la cause E. K.

Article 9, 1^{er} alinéa, lettre g, RAI. Chez les mineurs atteints dans leur santé mentale par suite d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, toute anomalie psychique et tous les troubles graves du comportement nécessitant une formation scolaire spéciale sont considérés comme une invalidité mentale au sens de l'article 4 LAI (considérant 3).

Article 8, 2^e alinéa, RAI. L'AI n'accorde pas de prestations pour la fréquentation des classes de développement (considérant 4).

Articolo 9, capoverso 1, lettera g, OAI. Per i minorenni che hanno subito un danno alla salute psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, ogni specie d'anomalia psichica (disontogenia) e di gravi disturbi del comportamento che richiede una formazione scolastica speciale è considerata invalidità mentale giusta l'articolo 4 LAI (considerando 3).

Articolo 8, capoverso 2, OAI. L'AI non assegna prestazioni per la frequentazione di classi differenziali (considerando 4).

L'assuré, né en 1950, fut admis peu après sa naissance dans un home d'enfants, où il demeura jusqu'à l'âge scolaire (printemps 1957). Il fut recueilli alors par une famille et fréquenta l'école publique de son lieu de domicile. En décembre 1958, par suite de difficultés scolaires et d'éducation, il fut mis en observation, ce qui permit de constater qu'il avait un caractère extrêmement difficile et qu'il ne pouvait nullement satisfaire aux exigences de la classe de deuxième année. Il devait donc être placé dans une école de développement ; ce qui fut fait en avril 1959, où l'assuré fut admis dans un village d'enfants.

En mars 1960, des subsides de l'AI pour la formation scolaire spéciale de l'assuré furent demandés. Le psychiatre de l'école déclara que l'assuré avait un quotient d'intelligence selon Binet-Kramer de 85. Sur la foi de ce rapport, la commission cantonale AI décida de refuser les subsides demandés.

Sur recours du tuteur, la commission cantonale de recours ordonna à l'assurance d'allouer les subsides prévus par la loi. L'OFAS fit appel contre cette décision et proposa de considérer « que les conditions donnant droit à l'allocation de subsides pour la formation scolaire spéciale n'étaient pas remplies ». A son avis, seuls les assurés dont la débilité mentale atteint un degré élevé ont droit à des subsides pour la forma-

tion scolaire spéciale ; si le quotient d'intelligence dépasse 75, la déficience est si peu considérable que l'on ne saurait parler de débilité mentale d'un degré élevé.

Le TFA demanda une expertise à MM. Probst, professeur, et Haffter, privat-docent. Ces spécialistes déclarèrent que le quotient d'intelligence de l'assuré était de 77 selon Binet-Simon-Probst et de 99 selon Hamburg-Wechsler, et que les troubles constatés dans son comportement étaient relativement bénins et influencés par des facteurs sociaux. L'enfant pourrait être élevé dans sa propre famille ou dans une famille nourricière et pourrait suivre les classes de développement dans une école publique. Le fait que l'enfant n'a pas de famille propre et qu'il n'y a pas de classes de développement dans la région nécessite son éducation dans un home ; mais on ne peut de ces faits conclure à une invalidité.

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

1. Aux termes de l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI, des subsides sont alloués pour la formation scolaire spéciale des mineurs aptes à recevoir une instruction mais qui, « par suite d'invalidité », ne peuvent fréquenter l'école publique ou dont on ne peut attendre qu'ils la fréquentent. Les mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils sont atteints dans leur santé physique ou mentale (par suite d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident) et que cette atteinte à leur santé aura vraisemblablement pour conséquence une incapacité de gain (art. 4 et 5, 2^e alinéa, LAI). L'article 19, 3^e alinéa, LAI autorise le Conseil fédéral à préciser les conditions nécessaires à l'octroi des subsides ; le Conseil fédéral en a fait usage à l'article 9 RAI, applicable à tous les cas non encore liquidés (art. 117, 1^{er} al., RAI). Cet article 9 prévoit l'allocation de subsides en faveur des mineurs débiles mentaux dont le quotient d'intelligence ne dépasse manifestement pas 75 (art. 9, 1^{er} al., lettre a, RAI). En outre, des subsides peuvent être alloués, à des conditions qui sont précisées, aux mineurs aveugles, de faible acuité visuelle, sourds-muets et sourds, durs d'oreille, atteints de difficultés d'élocution, ainsi qu'à ceux qui, à cause d'une « autre infirmité physique ou mentale », ne peuvent suivre l'école publique ou dont on ne peut attendre qu'ils la suivent (art. 9, 1^{er} al., lettres b à g, RAI). Les mineurs que plusieurs déficiences empêchent de suivre l'école publique bénéficient également des subsides, aux termes de l'article 9, 2^e alinéa, RAI, même si, prises isolément, ces déficiences ne répondent pas aux conditions posées. L'article 8, 2^e alinéa, RAI précise que l'on entend par école publique tout enseignement du cycle de la scolarité obligatoire, y compris l'enseignement dans des classes spéciales ou de développement.

2. Des articles 19, 1^{er} alinéa, LAI et 9, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI, il ressort que la débilité mentale peut représenter une invalidité au sens des articles 4 et 5, 2^e alinéa, LAI, ce que le tribunal a reconnu dans son arrêt du 6 mai 1961 en la cause H. S. (ATFA 1961, p. 160 ss = RCC 1961, p. 382). Néanmoins, pour que l'AI puisse allouer des subsides, la déficience mentale doit atteindre un degré tel que le mineur ne puisse pas suivre l'enseignement de l'école publique (générale ou spéciale). L'article 9, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI exige une déficience qui puisse être déterminée par un test (le quotient d'intelligence ne doit pas dépasser 75). Or, selon un rapport demandé par la commission AI, le quotient de l'assuré est de 85 selon Binet-Kramer. L'expertise de MM. Probst et Haffter a donné un quotient de 77 selon Binet-Simon-Probst et de 99 selon Hamburg-Wechsler. Ces spécialistes expliquent la différence entre ces deux résultats en constatant que la maladresse de l'assuré en écriture et en lecture n'est manifeste que dans le premier test, non dans le second. Dans une expertise qu'ils ont faite à propos d'un autre cas, ils estiment en outre que la prise en charge d'un cas d'invalidité par l'assurance ne devrait pas être liée à des critères rigoureux, vu qu'il

n'existe pas de test uniforme en Suisse et que des psychiatres expérimentés peuvent arriver à des résultats différents en appliquant le même test à un assuré. Les résultats des différents tests ne peuvent être ramenés à une échelle commune, car chaque série de tests utilise des mesures et des valeurs qualitativement différentes les unes des autres. Les experts ont également discuté la question des tests d'intelligence dans une expertise sur des problèmes fondamentaux de l'AI ; il incombera à l'administration de tirer les conclusions de tous ces commentaires. En l'espèce, il suffit de constater que le quotient d'intelligence de l'assuré dépasse nettement 75 dans *tous* les genres de tests effectués, si bien que les conditions énoncées à l'article 9, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI ne sont pas remplies.

3. Or, si le quotient d'intelligence de l'assuré dépasse 75, celui-ci n'a droit, selon l'article 9, 2^e alinéa, RAI, en raison de sa débilité mentale de faible degré, à des subsides pour une formation scolaire spéciale que s'il est encore atteint d'une autre infirmité (et qu'il est empêché par ces infirmités de suivre l'école publique). La seule question est alors de savoir si l'assuré souffre d'une infirmité mentale au sens de l'article 9, 1^{er} alinéa, lettre g, RAI, puisque les infirmités énumérées sous lettres b à f n'entrent pas en ligne de compte ici.

Par « infirmité mentale », on ne peut entendre qu'une atteinte à la santé mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, selon l'article 4 LAI, car la réglementation spéciale des articles 19 LAI et 9 RAI est subordonnée à la définition légale de l'invalidité. Comme l'a exposé le tribunal (ATFA 1961, p. 163 = RCC 1961, p. 383), cette « atteinte à la santé mentale » est une notion juridique fixée par la LAI pour permettre à l'assurance d'atteindre son but ; c'est sous cette perspective qu'il convient de décider si une déficience doit être considérée comme une atteinte à la santé mentale au sens de la LAI. Dans leur expertise sur des problèmes fondamentaux de l'AI, MM. Probst et Haffter déclarent que dans les cas d'éducation difficile, on ne peut en général tracer une limite entre la maladie psychique et de simples anomalies de caractère. Toute évolution psychique est, dès l'origine, le résultat de deux facteurs qui agissent constamment sur elle : la prédisposition et les influences extérieures. Les cas de troubles psychiques manifestes, pouvant éventuellement donner droit à des subsides de l'AI, n'ont jamais pour point de départ une simple prédisposition, mais une altération du développement psychique, c'est-à-dire une infirmité. Ne sont déterminantes que la gravité des troubles et leurs répercussions sur l'aptitude à recevoir une instruction et une formation scolaire, non leurs causes. La question est donc de savoir si la santé mentale de l'enfant est atteinte à tel point qu'il ne peut être élevé dans sa famille ou dans une famille nourricière, ni suivre une école publique (générale ou spéciale). En outre, tout débile mental présente des anomalies intellectuelles et affectives (ou de caractère), dont il faut tenir compte lorsqu'on envisage de l'envoyer dans une école publique. Il faut éviter toute discrimination de certains critères psychopathologiques ou étiologiques (tels que psychopathie, anomalies de caractère, difficultés d'éducation, mauvaise influence du milieu, abandon, perversion, manies). En se fondant sur cette expertise, dont il y a lieu d'approuver les conclusions dans l'ensemble, il faut considérer toute malformation psychique nécessitant une formation scolaire spéciale comme « infirmité mentale ». Ce n'est que grâce à une telle précision de la notion d'invalidité que le but visé par la LAI peut être atteint.

Or, en l'espèce, l'assuré n'est pas invalide au sens de la LAI, si l'on se réfère à l'expertise de MM. Probst et Haffter. Les troubles remarqués dans son comportement sont relativement bénins et l'on ne peut parler d'atteinte à la santé mentale. L'assuré a été élevé dans un home, mis prématurément à l'école et n'a pu suivre une école de

développement, faute d'un tel établissement au domicile de ses parents nourriciers ; il en a été influencé défavorablement, sans qu'on puisse parler toutefois de malformation psychique. Son admission dans un autre home a été rendue nécessaire surtout par sa situation sociale et par les conditions locales. L'avis du tuteur et de la direction du home ne peut infirmer le rapport des experts, qui nient l'invalidité. Or, s'il n'y a pas d'invalidité au sens des articles 4 et 19 LAI, l'assuré ne peut prétendre des subsides pour une formation scolaire spéciale.

4. Indépendamment de cela, les subsides doivent être refusés parce que l'assuré n'est pas incapable de suivre une école publique. Il fréquente une école de développement qui est assimilée à une école publique par l'article 8, 2^e alinéa, RAI. Il est vrai que sa classe de développement fait partie du home où il reçoit gîte et couvert. De l'avis des experts, il pourrait cependant fréquenter sans plus une école publique de développement en habitant chez ses parents ou chez des parents nourriciers ; à la rigueur, il pourrait même suivre une école publique ordinaire, avec un retard de deux classes, ce qu'on avait naguère tenté de faire, mais trop tôt. Puisque l'échec de l'éducation privée n'est pas dû à l'invalidité et qu'il n'existe pas de classes de développement au domicile des parents nourriciers, il n'y a pas à se demander, pour le moment, si l'on pourrait encore parler d'aptitude à fréquenter l'école publique au cas où l'assuré pourrait suivre une école de développement, mais, par suite d'invalidité, seulement dans un home.

Arrêt du TFA, du 8 novembre 1961, en la cause E. M.¹

Article 2, chiffre 129, OIC. L'épilepsie essentielle n'est pas une infirmité congénitale reconnue par l'AI (considérant 2).

Article 12, 2^e alinéa, LAI ; article 2, 1^{er} alinéa, RAI. L'épilepsie essentielle, qui nécessite un traitement médical permanent, ne donne pas droit à des « actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée » aux frais de l'AI (considérant 3).

Article 22 LAI. L'assuré qui n'a pas droit à des mesures de réadaptation n'a pas droit non plus à des indemnités journalières (considérant 4).

Articolo 2, cifra 129, OIC. L'epilessia essenziale non è un'infermità congenita riconosciuta dall'AI (considerando 2).

Articolo 12, capoverso 2, LAI ; articolo 2, capoverso 1, OAI. Siccome la cura dell'epilessia essenziale richiede un trattamento medico permanente, non è dato diritto a interventi unici o ripetuti in un periodo determinato a carico dell'AI (considerando 3).

Articolo 22 LAI. L'assicurato che non ha diritto a dei provvedimenti d'integrazione non ha neppure diritto alle indennità giornaliere (considerando 4).

L'assurée, née en 1935, souffre d'épilepsie essentielle, pour laquelle elle est en traitement médical depuis son enfance. En 1957, après un séjour à l'hôpital, elle essaya de travailler comme aide-infirmière ; elle ne put cependant exercer cette activité que par intermittences, jusqu'en janvier 1959, où son état obligea l'hôpital à la congédier. Elle s'occupa ensuite du ménage chez elle et dans une autre famille. En novembre 1959,

¹ Voir aussi l'article p. 5.

son état ayant empiré, elle fut admise à l'institut pour épileptiques de Zurich, où elle resta jusqu'au 11 mars 1960. A la fin d'août 1960, elle reprit du travail comme aide-infirmière, mais continua à avoir de brèves crises à intervalles irréguliers. Le 23 mai 1961, elle retourna à l'institut de Zurich, « les remèdes actuels ne faisant plus d'effet ».

En février 1960, l'Assurée avait demandé à l'PAI de lui accorder des mesures médicales. La commission AI refusa, « vu que ces mesures n'étaient pas limitées dans le temps ». Ce prononcé fut attaqué avec succès, et la commission cantonale de recours chargea la caisse de compensation « de verser du 1^{er} janvier au 11 mars 1960 les prestations prévues à l'article 85, 2^e alinéa, second terme de l'alternative, LAI (traitement médicamenteux, hôpital et indemnités journalières) ».

L'OFAS porta ce jugement devant le TFA, en proposant de confirmer la décision de la caisse. Selon lui, on n'avait pas affaire à une infirmité congénitale ; l'PAI ne pouvait donc accorder des prestations en vertu des articles 13 et 85, 2^e alinéa, LAI ; de plus, les conditions d'octroi de prestations en vertu de l'article 12 LAI n'étaient pas remplies.

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

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. En outre les assurés mineurs ont droit, selon l'article 13 LAI, à toutes les mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales qui, vu leur genre, peuvent entraîner une atteinte à la capacité de gain. Le Conseil fédéral, chargé par ce même article d'établir une liste de ces infirmités, a arrêté le 5 janvier 1961 l'OIC contenant ladite liste. Cette ordonnance est applicable, comme le TFA l'a exposé dans son arrêt du 15 juin 1961 en la cause H. Sch. (RCC 1961, p. 334), tout comme le règlement d'exécution de la LAI, du 17 janvier 1961, à toutes les demandes de prestations non encore liquidées. Enfin, l'article 85, 2^e alinéa, LAI dispose que les assurés majeurs ont droit aux prestations prévues à l'article 13 de ladite loi pendant cinq années à compter de l'entrée en vigueur de ladite loi, si l'infirmité congénitale peut être supprimée ou durablement atténuée par des mesures médicales de courte durée.

2. Dans son jugement, le tribunal de première instance admet que l'épilepsie essentielle des assurés majeurs est une infirmité congénitale, et que le traitement suivi en l'espèce par l'assurée, du 1^{er} janvier au 11 mars 1960, à l'institut pour épileptiques, a atténué durablement cette infirmité. Les frais de ce traitement doivent donc être pris en charge par l'PAI.

La liste des infirmités congénitales établie par le Conseil fédéral mentionne, sous chiffre 129, les formes suivantes d'épilepsies :

- a. Epilepsie myoclonique familiale ;
- b. Epilepsie symptomatique due à des affections congénitales du cerveau et des os du crâne ;
- c. Epilepsie symptomatique à la suite de traumatisme obstétrical.

Selon le rapport demandé à l'institut pour épileptiques pendant la procédure d'appel, l'épilepsie essentielle, dont souffre l'assurée, n'est identique à aucune de ces trois formes. Ces formes, d'ailleurs, ne sont pas de simples variantes de l'épilepsie essentielle, mais s'en distinguent foncièrement (cf. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 123^e à 153^e édition, p. 236 ss). L'énumération qui figure dans la liste du Conseil fédéral étant définitive, l'épilepsie essentielle ne peut être considérée comme une infirmité

congénitale. Contrairement à l'opinion exprimée par l'autorité de première instance dans une démarche auprès du TFA, il ne faut pas donner aux noms des infirmités congénitales de la liste une interprétation étymologique générale, mais les expliquer d'après la signification spécifique que leur donne la science médicale. Le juge doit donc se borner à établir ce que la médecine entend par les expressions utilisées dans cette liste et se demander si l'on est en présence, dans un cas d'espèce, d'une infirmité de ce genre. Il est donc absolument superflu de se demander ce que signifie exactement le mot « essentiel ».

Du moment qu'on n'a pas affaire à une infirmité congénitale, les mesures prévues à l'article 13 LAI n'entrent pas en ligne de compte. Indépendamment de cela, l'assurée n'aurait pas droit à des prestations en vertu de cette disposition, même si l'épilepsie essentielle était reconnue comme infirmité congénitale. L'assurée étant majeure, elle ne pourrait obtenir que des mesures médicales de courte durée, capables de supprimer l'épilepsie ou de l'atténuer durablement (art. 85, 2^e alinéa, LAI). Or, on sait qu'il n'existe aucune mesure médicale pouvant supprimer l'infirmité de l'assurée. De plus, le dossier montre que le traitement appliqué pendant les premiers mois de 1960 n'a pas réussi à atténuer l'épilepsie durablement, puisque l'assurée a dû se faire soigner de nouveau à l'institut dès le mois de mai 1961, les remèdes utilisés jusqu'alors n'étant plus efficaces. D'ailleurs, le traitement au début de 1960 ne représentait pas une mesure « de courte durée », mais n'était qu'une phase, un épisode d'un traitement permanent.

3. Reste à examiner si l'assurée aurait droit à des mesures médicales en se fondant sur l'article 12 LAI. Comme l'a exposé le TFA dans son arrêt du 28 mars 1961 en la cause A. Sch. (RCC 1961, p. 207), lorsqu'il s'agit de mesures médicales, il importe en premier lieu d'établir si elles ont pour objet le traitement de l'affection comme telle (qui n'est pas à la charge de l'AI). Lorsque ce n'est pas le cas, et alors seulement, on considère si ces mesures sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain.

Les mesures médicales prises dans les premiers mois de 1960 ont eu pour objet, manifestement, le traitement de l'affection comme telle et n'étaient pas directement nécessaires à la réadaptation professionnelle. Dans l'arrêt du 21 octobre 1961 en la cause F. J. (cf. prochain numéro de la RCC), le TFA a retenu en outre qu'il fallait entendre par mesures de réadaptation des prestations exactement définies, adaptées au but à atteindre ; quand le Conseil fédéral, se fondant sur l'article 12, 2^e alinéa, LAI, précise à l'article 2 RAI que les mesures accordées sont « des actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée », cette précision ne dépasse pas le cadre de la définition générale de l'article 12 LAI. En l'espèce, il ne peut être question d'actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée, puisque l'épilepsie essentielle dont souffre l'assurée exige un traitement permanent. Ainsi, les conditions d'octroi de prestations selon l'article 12 LAI ne sont pas remplies.

4. Si l'assurée ne peut prétendre des mesures médicales de réadaptation ni en vertu de l'article 12, ni en vertu de l'article 13 LAI, elle n'a pas droit non plus à des indemnités journalières ; car, selon l'article 22 LAI, celles-ci ne sont allouées que « pendant la réadaptation ». En revanche, on peut se demander si l'assurée ne remplit pas les conditions d'octroi d'une rente ; l'OFAS a écrit à la commission cantonale AI que cette question méritait un examen. Il est donc recommandé à l'assurée de faire à la commission AI une nouvelle demande visant, cette fois, l'allocation d'une rente d'invalidité.

RENTES ET ALLOCATIONS POUR IMPOTENTS

Arrêt du TFA, du 24 février 1961, en la cause R. W.

Articles 42, 1^{er} alinéa, LAI et 39, 2^e alinéa, RAI. Est impotent celui qui doit avoir recours à l'aide d'autrui pour les actes ordinaires de la vie et les soins du corps.

Articoli 42, capoverso 1, LAI e 39, capoverso 2, OAI. Impotente è chi necessita dell'aiuto altrui per compiere gli atti ordinari della vita e per fare i suoi bisogni.

L'assuré, né en 1939, est interné depuis 1952 pour cause d'idiotie et devra probablement rester hospitalisé. La caisse de compensation lui a accordé une rente d'invalidité entière, tout en refusant l'octroi d'une allocation pour impotent. Sur recours, le juge cantonal reconnut l'assuré impotent aux deux quarts. Le représentant de l'assuré porta le litige devant le TFA aux fins de voir fixer le degré d'impotence aux trois quarts. L'OFAS fir valoir dans son préavis qu'un invalide est impotent s'il doit recourir à l'aide d'autrui pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Du fait que l'assuré n'avait besoin d'une telle aide que pour se vêtir et se dévêtir, pouvant lui-même, sous surveillance, accomplir les autres actes ordinaires de la vie, il n'y avait lieu d'admettre qu'une impotence de degré faible.

Le TFA a modifié le jugement cantonal dans ce sens en motivant sa décision comme suit :

1. Aux termes de l'article 42, 1^{er} alinéa, LAI, les assurés invalides qui sont dans le besoin et « qui sont impotents à tel point que leur état nécessite des soins spéciaux et une garde » ont droit à une allocation pour impotent. Cette notion d'impotence, qui doit être définie de manière précise afin que les invalides soient tous traités de la même manière, figure déjà dans les lois sur l'assurance-accidents obligatoire et sur l'assurance militaire (art. 77, 1^{er} al., LAMA et art. 42 LAM). L'AI entend ainsi tenir compte, comme le font l'assurance-accidents obligatoire et l'assurance militaire, de la situation particulièrement pénible des impotents, en leur accordant des prestations spéciales. Il est donc indispensable de reprendre dans l'AI, pour définir l'impotence, les mêmes critères que dans les deux autres assurances. Il convient de rechercher l'unité du droit des assurances sociales dans la mesure où la nature d'une certaine branche d'assurance n'exige pas un régime spécial.

Selon la jurisprudence du TFA en matière d'assurance-accidents obligatoire et d'assurance militaire, un assuré est impotent lorsqu'il doit avoir recours à l'aide d'autrui pour les actes ordinaires de la vie et les soins du corps. Il faut entendre par là essentiellement se vêtir, se dévêtir, prendre ses repas et aller aux toilettes (voir par exemple : pour l'assurance-accidents obligatoire, ATFA 1951, p. 217 ; 1955, p. 79 ; 1958, p. 155 ; pour l'assurance militaire, l'arrêt du 17 janvier 1957 en la cause B. et la jurisprudence citée par Schatz dans son Commentaire, p. 213).

L'évaluation du degré d'impotence incombe, en vertu de l'article 42, 3^e alinéa, LAI, aux commissions AI. Le Règlement d'exécution de la LAI, du 17 janvier 1961, entré en vigueur selon son article 117, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1961, régit tous les cas qui n'ont pas encore été liquidés ; il prévoit simplement trois degrés d'impotence sans les distinguer selon des critères précis : aux termes de l'article 39, 2^e alinéa, RAI, le montant annuel de l'allocation pour impotent équivaut au montant minimal de la

rente ordinaire de vieillesse simple (rente complète) lorsque le degré d'impotence est grave, aux deux tiers de ce montant s'il est moyen et au tiers s'il est faible. Une telle réglementation laisse une large place au pouvoir d'appréciation lorsqu'il s'agit de déterminer l'impotence dans un cas particulier.

2. Il ressort du certificat médical que l'assuré n'a besoin de l'aide d'autrui que pour se vêtir et se dévêtir, soit pour accomplir des actes certes quotidiens, mais bien délimités dans le temps. Son impotence sur ce point n'est donc pas totale ; en outre, il va seul aux toilettes, où il suffit de l'envoyer. Du fait que le médecin n'y fait pas allusion, on est en droit d'admettre que l'assuré est en mesure de se nourrir lui-même, abstraction faite de la surveillance générale dont sont l'objet les pensionnaires de l'établissement. Même si l'on tient compte de son incontinence nocturne occasionnelle, on ne saurait, tout bien pesé, admettre que l'impotence de l'assuré excède un degré faible, ouvrant droit au tiers de l'allocation entière. En tout état de cause, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation formulée par l'OFAS. Conformément à la réglementation qui a été instaurée par le RAI et a fait l'objet d'une réserve expresse dans les directives de l'OFAS, le jugement cantonal doit dès lors être modifié au détriment de l'appelant.

CHRONIQUE MENSUELLE

Le Conseil fédéral a approuvé, dans sa séance du 19 janvier, le *message à l'appui d'un projet d'arrêté fédéral concernant le statut des réfugiés dans l'AVS et l'AI*, qui a été publié dans la Feuille fédérale du 1^{er} février.

*

Les *gérants des offices régionaux AI* ont siégé le 24 janvier sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales, avec les représentants de plusieurs *centres de réadaptation*, et ont discuté la question des rapports entre ces organes et institutions. Avant la séance, ils ont eu l'occasion de visiter la Centrale de compensation.

M. Robert Bratschi, conseiller national, quitte la présidence du conseil d'administration du Fonds de compensation de l'AVS

A la fin de l'année dernière, M. Robert Bratschi a quitté la présidence du conseil d'administration et du Comité de direction du Fonds de compensation de l'AVS, dont il avait été vice-président depuis 1948 et président depuis la mort du conseiller fédéral Nobs en mars 1957. Le Fonds de compensation joue un rôle important dans l'économie de notre pays, grâce aux placements considérables qui y sont faits chaque année. Dans ce collège appelé à prendre d'importantes décisions financières, M. Bratschi a eu le mérite de placer tous les problèmes dans leur contexte économique et politique et de les traiter d'un point de vue toujours élevé.

En marge de son activité au conseil d'administration, M. Bratschi a également œuvré pour l'AVS, à l'introduction de laquelle il a beaucoup contribué. En été 1940, déjà, il avait proposé d'affecter un jour au financement de l'AVS la cotisation de 4 pour cent du régime des allocations pour perte de salaire et de gain. Membre influent de la commission d'experts pour l'introduction de l'AVS, il présida en 1946 la commission du Conseil national qui étudia cette nouvelle

œuvre sociale. Chargé de rapporter devant le Conseil national, il contribua grandement, avec son collègue romand, M. Guinand, et avec le conseiller fédéral Stampfli, au succès des délibérations parlementaires sur le projet de loi. Il siégea dans toutes les commissions du Conseil national qui eurent à préparer les revisions successives de l'AVS dès 1951 ; lors de la 4^e revision, il fut de nouveau président et rapporteur. Il fit partie également des commissions du Conseil national pour l'introduction du régime des APG et de l'AI.

En outre, M. Bratschi a été très actif, depuis l'entrée en vigueur de l'AVS jusqu'à fin 1960, au sein de la Commission fédérale de l'AVS et AI. Il s'est vivement intéressé à l'AVS, mais aussi à la nouvelle AI et au régime des APG. Lors de la séance du conseil d'administration, le 24 janvier 1962, le conseiller fédéral Tschudi, au nom du Conseil fédéral, et le nouveau président du Conseil d'administration, M. Küng, directeur, au nom des autorités du Fonds, le remercièrent des services considérables qu'il avait rendus aux assurances sociales.

Aujourd'hui, le démissionnaire est encore en pleine activité, comme conseiller national et directeur de la Compagnie de chemin de fer BLS. Puisse-t-il avoir le même succès dans tout ce qu'il entreprendra encore, et jouir ensuite, à l'heure de la retraite, d'un repos bien mérité.

La psychopathie et la débilité mentale dans l'AI

Résumé d'une conférence du Dr Peter Mohr, directeur de l'Hôpital cantonal de psychiatrie de Königsfelden (Argovie), prononcée le 30 juin 1961 lors d'une séance d'information sur l'AI.

Le présent exposé a pour but de mieux définir les notions de psychopathie et de débilité mentale et de montrer leurs rapports avec l'AI.

La psychopathie

Notre principal sujet sera l'aptitude au travail. Examinée de près, l'aptitude au travail est une notion extrêmement complexe, dépendant des facteurs les plus divers. On peut laisser de côté ici les facteurs physiques, bien que les éléments physiques et psychiques s'influencent réciproquement et doivent même s'intégrer en un tout cohérent pour qu'on puisse parler d'aptitude au travail. C'est l'homme inapte au travail que l'AI aura à examiner ; car il est évident que toute inaptitude ne peut être reconnue et donner droit à des prestations. Les organes de l'AI devront donc, dans chaque cas, établir pourquoi l'homme est inapte au travail ; ils auront recours à l'avis des spécialistes,

sans que leur liberté de décision en soit influencée. Dans le domaine de la psychiatrie, il est essentiel qu'ils parlent le même langage que les spécialistes, car ils n'ont pas à juger seulement la partie de l'individu que les spécialistes consultés considèrent comme leur domaine propre, mais doivent tenir compte aussi d'autres éléments. Ces divers jugements doivent se rejoindre sur le terrain social, dans la question de l'aptitude au travail. Le seul fait de l'inaptitude au travail ne peut pas donner droit à un traitement médical. La notion d'inaptitude au travail est d'ailleurs très complexe ; elle ne peut être éclaircie que par un examen qui permettra d'établir s'il y a lieu d'appliquer un traitement médical.

Prenons pour exemple, parmi de nombreux cas où il a fallu déterminer l'aptitude au travail, cinq personnes. Ces cinq personnes présentaient plusieurs traits communs : elles étaient irascibles, peu sûres et bizarres dans leur comportement ; on les considérait toutes comme inaptes au travail. L'examen des causes a donné les résultats suivants :

L'un des patients souffrait de schizophrénie ; des hallucinations et des idées délirantes l'obsédaient à tel point qu'il ne pouvait fournir un travail réel. L'invitation à travailler lui apparaissait comme une ingérence inadmissible dans sa vie privée et l'irritait. Le deuxième patient était un psychopathe qu'un rien pouvait exciter et qui, dès son enfance, se querellait fréquemment avec son entourage. A l'école, et plus tard dans sa vie professionnelle, il avait eu des difficultés disciplinaires ; il en était conscient, mais, fait caractéristique, rejetait toujours la faute sur autrui. Le troisième patient était un débile mental qui n'avait pu suivre l'école que jusqu'à la quatrième année. Sa débilité mentale n'était pas apparente ; il parlait bien et cherchait à compenser ainsi son infirmité. On dut constater, cependant, qu'il n'était pas à la hauteur du travail demandé et qu'il cachait son incapacité en faisant l'excité. Le quatrième patient était simplement un paresseux, qui fuyait le travail et n'aimait pas les efforts physiques ou mentaux. Il savait très bien inspirer la pitié de son entourage, mais nous n'avons pu le considérer comme un malade, aussi bien de corps que d'esprit. On avait évidemment négligé de lui donner, dans sa jeunesse, une saine conception du travail ; aussi éprouvait-il toute incitation à travailler comme une offense personnelle. Le cinquième patient, âgé de 46 ans, souffrait d'un syndrome psychoorganique et de vieillissement précoce. Pour des raisons d'ordre psychique, il ne pouvait plus accomplir son travail, car il oubliait ce qu'il devait faire et était devenu si sensible que le moindre reproche l'irritait.

Ces quelques exemples auront suffi à montrer le rapport entre l'inaptitude au travail et la cause de cette inaptitude.

Du point de vue purement théorique, l'accomplissement d'un travail représente le processus suivant : L'invitation à accomplir un travail suscite d'abord un phénomène psychique. La réaction de l'homme est affective, son attitude envers cette invitation est positive (et alors elle sera acceptée) ou négative (elle sera refusée). Ensuite, l'homme essaiera de concevoir la tâche selon ses aptitudes, selon son caractère et ses propres désirs, selon ses dispositions intellectuelles. L'étude des causes révèle ce processus psychique, montre comment

L'homme reçoit cette invitation au travail, comment il la refuse ou l'accepte. Alors seulement se produit l'action proprement dite, que nous voyons et qui nous apprend si l'homme veut ou non donner suite à cette invitation et comment il accomplira son travail.

Il est superflu de souligner l'importance toute spéciale du rôle que joue ici l'attitude affective de l'individu. Ces réactions sont dirigées, semble-il, depuis un point central et ne peuvent jouer sans entraves que si ce commandement n'est pas dérangé. S'il se produit des dérangements maladifs, il n'y aura jamais d'action uniforme, car les diverses tendances ne seront pas dirigées par un commandement unique. Nous parlons, dans ce cas-là, d'équilibre mental. Cet équilibre peut être perturbé par des impressions pour un temps plus ou moins long. Il arrive aussi que l'équilibre puisse, par suite d'une disposition congénitale, être perturbé plus facilement qu'en règle générale ; autrement dit, chez ces individus, le niveau de perturbation de l'équilibre mental est plus bas que d'habitude. C'est le cas, précisément, des psychopathes (selon la définition biologique de la psychopathie, qui se fonde notamment sur les idées de Binder). La perturbation d'équilibre dans le cas de la psychopathie se différencie donc non seulement quantitativement, mais aussi qualitativement, de celle de la psychose. La psychopathie, selon Schneider, est généralement définie comme le mal dont souffrent ceux qui vivent dans l'anomalie et dont l'entourage souffre également de cette anomalie. Cette définition correspond certainement aux principaux éléments de la psychopathie ; mais les psychiatres ne s'en servent pas souvent, parce qu'elle a quelque chose d'absolu et que précisément la société, qui souffre de l'anomalie, est une notion relative.

Il est superflu, sans doute, d'expliquer plus en détail pourquoi la psychopathie n'est pas, en règle générale, une maladie qui donne droit aux prestations de l'AI. L'aptitude au travail n'est d'ailleurs généralement pas influencée par la psychopathie au point que l'on puisse parler d'inaptitude au travail ou d'invalidité. En revanche, il y a des cas de psychopathie si prononcés qu'ils équivalent pratiquement à des cas de maladie mentale. Ces patients-là sont, pour la plupart, invalides et inaptes au travail ; à mon avis, l'AI devrait intervenir dans de tels cas. Nous admettons cependant que c'est une question d'appréciation, puisqu'il y a perturbation quantitative de l'équilibre mental lorsque la psychopathie entraîne l'inaptitude au travail. Ce sont là de ces cas-limite, où il est tout aussi difficile de tracer la limite entre la psychopathie et la psychose.

La débilité mentale

On entend généralement par débilité mentale une faiblesse ou une déficience de l'intelligence. Or, l'intelligence est une chose extrêmement complexe, qui implique la coïncidence de nombreux facteurs : la pensée logique, la mémoire, le don d'observation, l'imagination, le sens critique, des éléments affectifs, etc. Wechsler, par exemple, a défini l'intelligence de la manière suivante : c'est « la capacité globale ou complexe de l'individu d'agir dans un but déterminé,

de penser d'une manière rationnelle et d'avoir des rapports utiles avec son milieu ». Cette définition révèle cependant combien il est malaisé de déterminer la débilité mentale. En effet, certains de ces facteurs peuvent fonctionner normalement, alors que d'autres sont insuffisants, si bien que l'on peut avoir affaire à un cas de débilité mentale qui n'est pas absolument manifeste. Je rappellerai simplement les notions d'intelligence pratique et théorique, pour montrer ce qu'il faut entendre par là.

Pour voir clair dans ce problème compliqué, on a adopté un critère, celui du quotient d'intelligence (QI). On entend par là la comparaison entre l'âge mental et l'âge réel. Si ces deux valeurs sont identiques, on obtient un QI égal à 100 ; les déviations sont calculées sur cette base. Pour l'examen d'intelligence, on donne au candidat des problèmes qui sont à la portée d'individus normalement intelligents du même âge. Bien entendu, les questions d'appréciation jouent un grand rôle dans de tels examens. Remarquons aussi que le QI ne donne, en général, qu'un aperçu de l'âge réel. En Suisse, on utilise en général le test suisse (Biäsch), qui vient d'être modifié et sera l'objet d'une nouvelle publication. L'AI a eu de bonnes raisons pour fixer à 75 la limite du QI. Toutefois, on a dû constater que cette règle n'avait rien d'absolu, car on voit par exemple des enfants qui, avec un QI de 90 à 100, ne parviennent pas à suivre l'école, alors que d'autres, qui n'ont que 75 ou même moins, se tirent d'affaire beaucoup mieux, d'abord à l'école, puis surtout dans le métier qu'ils choisissent plus tard. Cela s'explique sans doute par le fait que les divers facteurs constituant l'intelligence ne sont pas touchés de la même manière par une atteinte à la santé mentale ; certains d'entre eux peuvent même dépasser la moyenne, malgré la débilité mentale. On a donc cherché à effectuer, parallèlement à la détermination du QI, des « tests à profil », que l'on a appliqués séparément à l'examen des divers facteurs. Le nouveau test suisse comprend deux groupes pour les tests verbaux (V₁, V₂) et un groupe pour la pensée opératoire (O) (Piaget) ; un autre groupe est formé par des tests non verbaux, de conception visuelle (G), un autre encore étudie l'utilisation rationnelle du matériel (M), un autre enfin la situation (S).

Dans l'exemple N° 1 ci-dessous, nous montrons le cas d'un enfant dont le QI est de 100, mais qui ne parvient pas à suivre l'école. Les mauvais résultats des tests verbaux sont compensés par la bonne solution des autres. Des examens ultérieurs ont finalement révélé que l'enfant souffrait de dyslexie (difficulté d'identifier, comprendre et reproduire les symboles écrits). Le deuxième exemple montre un enfant qui est intellectuellement en danger ou dont on demande trop (les résultats des tests verbaux dépassent de beaucoup la moyenne), mais qui n'a aucun sens des rapports et déductions pratiques ; il est donc à craindre qu'il ne pourra jamais se tirer d'affaire dans la vie.

Ceci montre quels problèmes spéciaux peuvent se poser. L'AI doit les résoudre et déterminer dans quels cas elle doit accorder ou refuser des prestations ; mais lorsqu'il faut établir des règles et tracer des limites, il peut en résulter des injustices ou des cas pénibles. Le « test à profil » a montré l'importance de l'intelligence pratique et de l'intelligence purement intellectuelle. Dans chaque test, il y a des éléments subjectifs, qui sont réduits au minimum

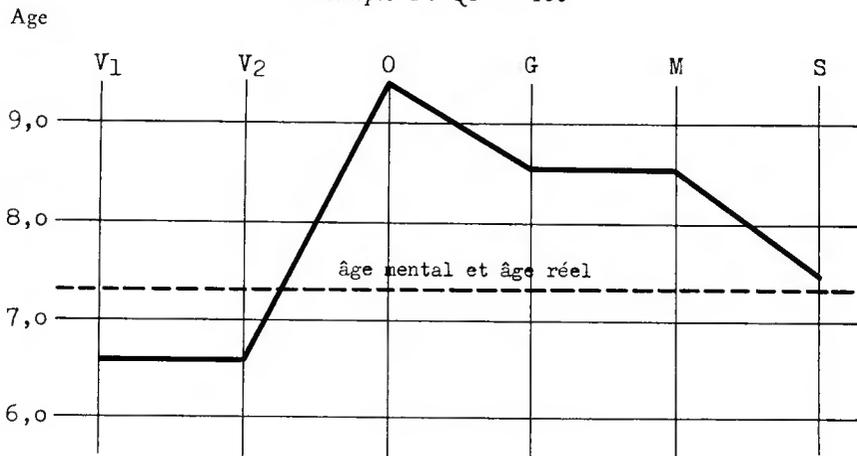
dans le test suisse. Enfin, il importe qu'un test d'intelligence soit lu correctement, car le QI seul est trop général. On peut se demander, en conséquence, qui doit effectuer le test ; si le test doit être confié à de nombreux groupes d'examineurs ou seulement à certains d'entre eux. La création de groupes bien déterminés d'examineurs aura pour avantage de mieux garantir un jugement uniforme. Il est recommandé de tenir compte, non seulement du QI, mais aussi du « profil ». De plus, il ne faut jamais oublier qu'à côté des dispositions intellectuelles, l'éducation joue un grand rôle et peut permettre à l'enfant de déployer toutes ses facultés intellectuelles ou de combler des lacunes grâce à un effort persévérant.

Exemples de « profils » avec le nouveau test suisse (Biäsch et Fischer)

Légende :

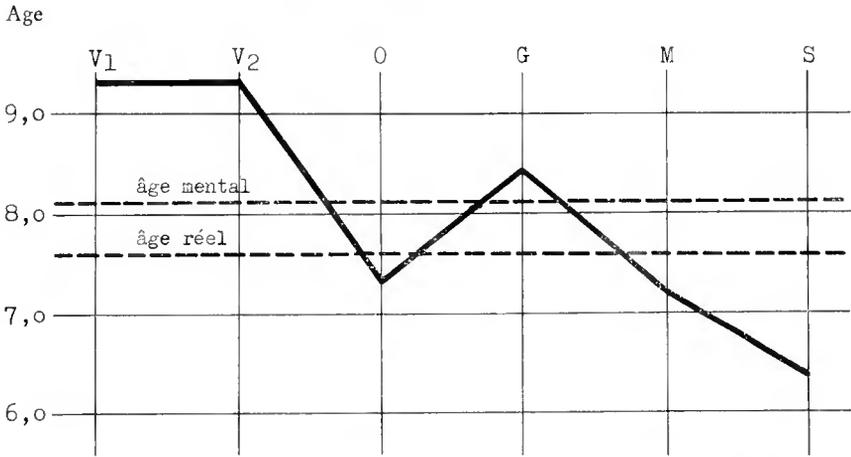
- QI quotient d'intelligence
- V₁ } tests verbaux
- V₂ }
- O pensée opératoire (Piaget, etc.)
- G tests non verbaux, de conception visuelle
- M utilisation rationnelle du matériel
- S questions de situation

Exemple 1 : QI = 100



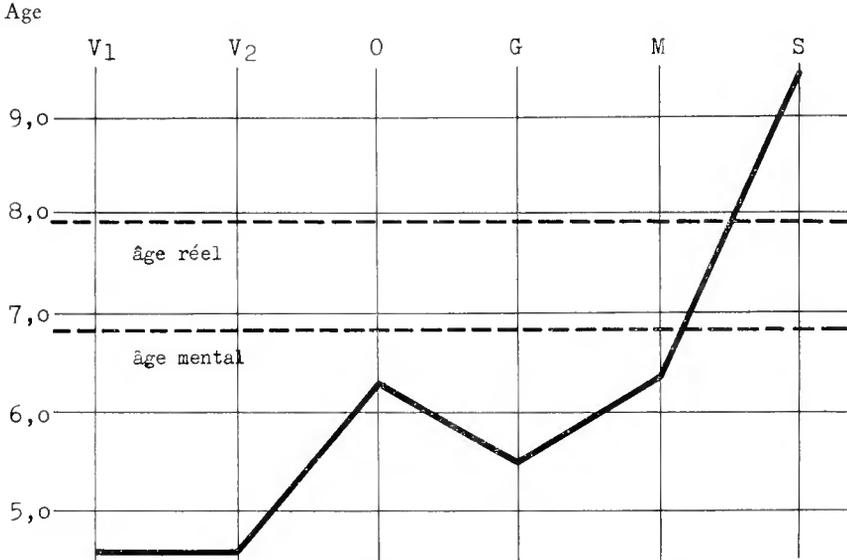
Intelligence normale, mais d'un rendement verbal insuffisant. Un examen approfondi a révélé un cas de dyslexie (difficulté d'identifier, comprendre et reproduire les symboles écrits).

Exemple 2 : $QI = 105$



Enfant qui est intellectuellement en danger ou dont on demande trop. Pas de sens des rapports pratiques.

Exemple 3 : $QI = 77$



Intelligence bien au-dessous de la moyenne, mais semble capable de se tirer d'affaire dans l'existence (se débrouille dans la vie quotidienne, etc.).

Régime des APG et protection civile

Dans la RCC 1961, p. 398, ont été exposés sous ce titre — dans la mesure où ils ont de l'importance pour l'application du régime des APG — les principes fondamentaux du projet de loi sur la protection civile, du 17 avril 1961, élaboré par le Département fédéral de justice et police. De plus, il fut relevé que le *projet du Conseil fédéral* avec le message y relatif avait été publié le 6 octobre 1961.

De même que le projet du Département, celui du Conseil fédéral prévoit que des *allocations pour perte de gain* devront être versées pour des jours de service accomplis dans le cadre de la protection civile. A ce sujet, on s'est demandé comment l'application de ce principe devait être réglée du point de vue législatif. Il aurait été possible d'insérer les dispositions y relatives dans la loi même sur la protection civile. Etant donné toutefois que ces dispositions ne devront pas être appliquées par les organes de la protection civile, mais par ceux du régime des APG, soit de l'AVS, il a paru plus indiqué de ne poser, dans la loi sur la protection civile, que le principe de l'application du régime des APG à la protection civile et de régler tous les détails — par des dispositions finales de la loi sur la protection civile — dans la LAPG. Par conséquent, l'article 46 du projet de loi sur la protection civile a la teneur suivante :

« Quiconque participe à des cours, exercices et rapports, ou fait du service de protection en temps de service actif ou est appelé à porter des secours urgents a droit à une indemnité conformément aux dispositions sur les allocations pour perte de gain qui lui sont applicables. »

L'application du *droit matériel* du régime des APG à la protection civile s'impose parce que, d'une part, les membres de la protection civile subissent, lorsqu'ils accomplissent un service de protection, une perte de gain tout comme les militaires faisant du service et parce que, d'autre part, les deux groupes de personnes bénéficient, pendant le service, d'une solde ou d'une rétribution analogue à la solde et sont nourris et logés gratuitement. C'est pourquoi il doit être uniquement prévu dans le droit matériel que les personnes appelées à servir dans la protection civile ou à porter des secours urgents en cas de catastrophes sont également bénéficiaires de prestations du régime des APG. La réglementation spéciale prévue pour les recrues (art. 9, 2^e al., 2^e phrase, LAPG) et pour les militaires accomplissant un service d'avancement (art. 11 LAPG) ne peut toutefois pas trouver application ici, étant donné que, dans la protection civile — contrairement à ce qui se passe dans l'armée — les cours d'introduction et d'avancement ne sont que de courte

durée. De même que les militaires ne peuvent prétendre une allocation pour perte de gain que pour les jours de service soldés, les personnes servant dans la protection civile ou appelées à porter des secours urgents ne peuvent bénéficier d'une telle allocation que pour les jours pour lesquels elles reçoivent une indemnité conformément à la loi sur la protection civile. Ainsi, l'article 91 du projet de loi prévoit que *l'article premier de la LAPG* doit être complété par un 2^e alinéa dont la teneur est la suivante :

« Les personnes qui servent dans la protection civile ont également droit à une allocation pour chaque jour entier pour lequel elles reçoivent une indemnité conformément à l'article 45 de la loi sur la protection civile. Elles sont assimilées aux militaires au sens de la présente loi ; toutefois, les articles 9, 2^e alinéa, 2^e phrase, et 11 ne leur sont pas applicables. »

L'article 45 du projet de loi est ainsi formulé :

« ¹ Quiconque participe à des cours, exercices et rapports ou sert dans la protection civile en temps de service actif ou est appelé à porter des secours urgents a droit à une indemnité dès qu'il est mis à contribution pendant au moins trois heures.

² Le Conseil fédéral fixe le montant de l'indemnité dans les limites de la solde militaire. »

En ce qui concerne *l'organisation* et l'application du régime des APG dans la protection civile, les organes seront les mêmes que pour le régime des APG, soit la Centrale de compensation, les caisses de compensation et les employeurs, sauf le comptable de troupe qui sera remplacé par les comptables des organismes de protection. Par conséquent, et conformément à la disposition finale précitée du projet de loi, *l'article 21, 1^{er} alinéa, LAPG* doit être complété par la 2^e phrase suivante :

« Pour la protection civile, l'exécution a lieu en collaboration avec les comptables des organismes de protection. »

Enfin, lors de l'élaboration du projet de loi, le *financement* des allocations pour perte de gain versées aux personnes servant dans la protection civile ou appelées à porter des secours urgents a également été examiné. Le projet du département prévoyait, en conformité avec le rapport de la commission des experts, que les cantons, communes et entreprises devraient supporter tous les frais entraînés par l'application et l'administration de leur protection civile — donc aussi les frais résultant du versement des allocations pour perte de gain — et que la Confédération verserait une contribution de 50 pour cent en moyenne. Cette réglementation aurait eu pour conséquence que les pouvoirs publics et entreprises devant supporter les frais auraient dû rembourser au fonds de compensation les allocations pour perte de gain touchées par leur personnel. Etant donné toutefois que la protection civile, comme l'armée, fait partie de la défense nationale et que, d'autre part — et contrairement à des estimations antérieures — les dépenses annuelles sont évaluées à 2-3 mil-

lions de francs, le Conseil fédéral a estimé que celles-ci pourraient être supportées par le Fonds de compensation du régime des APG. A ce sujet, le message relève ce qui suit :

« Ces dépenses (pour les allocations pour perte de gain) devront être couvertes par les moyens financiers du régime des allocations aux militaires, notamment par le supplément prélevé sur les cotisations AVS en faveur de cette institution sociale. On ne prévoit donc pas que les pouvoirs publics participeront à ces frais. Il est vrai que les comptes du régime des allocations aux militaires, qui se sont encore soldés par un bénéfice de 13,9 millions de francs en 1960, ne seront plus qu'à peu près équilibrés ces prochaines années, notamment parce que les classes nombreuses atteindront l'âge d'entrer au service, ce qui aura pour conséquence une augmentation sensible du nombre de jours de service pour lesquels il faudra verser une allocation. On estime d'autre part à 2-3 millions de francs par an le montant des allocations pour perte de gain qui devront être versées au personnel de la protection civile. Tant que la charge supplémentaire ne dépassera pas ces limites modestes, elle devrait être supportable pour le régime des allocations aux militaires, dont le Fonds de compensation atteignait 102 millions à fin 1960, ce qui représente une certaine réserve. »

La commission du Conseil national instituée en vue de l'introduction de la loi sur la protection civile, ainsi que le Conseil national, qui a traité cet objet au cours de la session d'hiver 1961, ont approuvé les dispositions concernant l'application du régime des APG dans la protection civile.

L'appel aux services sociaux de l'aide aux invalides dans les cas de réadaptation professionnelle

Bien avant que l'on parle d'une assurance-invalidité fédérale, des institutions privées et publiques se sont penchées sur le sort de l'invalidé et se sont efforcées de lui venir en aide, matériellement et moralement. Des services sociaux ont ainsi été créés dans les différentes régions du pays, non seulement pour soulager la misère des infirmes, mais encore pour leur permettre, par une réadaptation professionnelle, d'exercer une activité économique et de retrouver leur place dans la société. Certaines de ces institutions ont acquis une connaissance approfondie des besoins des invalides et une expérience étendue des moyens propres à faciliter leur réadaptation professionnelle : orientation professionnelle, établissement de plans de réadaptation, placements dans des entreprises, aménagement de postes de travail, etc. Tantôt elles s'occupent des invalides en général,

tantôt elles se consacrent plus spécialement à certaines catégories d'entre eux : aveugles, sourds-muets, tuberculeux, par exemple.

Quand vint le moment d'élaborer une loi sur l'assurance-invalidité, l'on se préoccupa de fonder cette œuvre nouvelle sur des bases déjà établies. C'est ainsi que l'on a greffé l'AI sur l'organisation administrative de l'AVS et que l'on a confié une tâche essentielle aux offices régionaux AI, dont quelques-uns existaient déjà avant l'entrée en vigueur de la LAI. Il était naturel que l'on fit aussi appel aux services sociaux de l'aide aux invalides. Si ceux-ci n'ont finalement pas été nommés expressément à l'article 53 LAI, c'est qu'il est apparu préférable de ne pas leur attribuer le caractère d'organes de l'AI, afin qu'ils puissent continuer à exercer d'autres activités que l'application pure et simple de la loi.

Cependant, alors même qu'il renonçait à conférer aux services sociaux de l'aide aux invalides le caractère d'organes de l'assurance, le législateur prenait soin de prévoir expressément dans la loi la collaboration régulière de ces institutions lors de l'examen de candidats à la réadaptation ou de l'application de mesures de réadaptation. Telle est l'origine de l'article 71 LAI.

*

L'article 71 LAI dispose ce qui suit : « Pour l'examen des candidats à la réadaptation et l'application des mesures de réadaptation, les offices régionaux feront appel aux services sociaux de l'aide publique ou privée aux invalides. L'assurance remboursera aux services sociaux les frais supplémentaires qu'ils auraient du fait de leur collaboration ».

Il ressort de ce texte que le législateur n'a expressément prévu l'appel aux services sociaux que dans le domaine de la *réadaptation professionnelle*. Cela ne signifie certes pas que la collaboration avec ces institutions soit exclue dans d'autres domaines (par exemple : enquêtes ou examens spéciaux destinés à fournir à la commission AI certains éléments dont elle a besoin pour déterminer le droit de l'invalidé à une rente, une allocation pour impotent ou une contribution aux frais de pension de mineurs inaptes à recevoir une instruction), mais ces mandats-là sortent du cadre de l'article 71 LAI. Ils sont nés de la pratique et sont seulement mentionnés à l'article 95, 2^e alinéa, RAI, relatif au remboursement des frais des services sociaux.

*

En vertu de cette disposition légale, c'est l'office régional AI qui est compétent pour faire appel à un service social. La commission AI peut bien désigner le service social auquel l'office régional AI devra faire appel (art. 72, 2^e al., RAI), mais celui-ci seul peut confier un mandat valable à l'institution proposée, pour autant qu'il s'agisse de réadaptation professionnelle.

L'office régional doit examiner dans chaque cas d'espèce s'il peut avoir recours à un service social de l'aide privée ou publique aux invalides, même lorsque la commission AI ne désigne pas, dans son mandat, le service social auquel il convient de s'adresser. En effet, le législateur a voulu instituer, par

l'article 71 LAI, une collaboration *régulière* entre l'office régional et les services sociaux de l'aide aux invalides. Il a clairement manifesté sa volonté sur ce point en biffant du texte proposé par le Conseil fédéral (art. 70 du projet de LAI) les mots « autant que faire se pourra ». Ainsi, l'appel aux services sociaux de l'aide aux invalides doit intervenir non seulement lorsque l'office régional n'est pas capable de traiter lui-même un cas, mais *chaque fois qu'un service social est qualifié pour s'occuper d'un cas d'espèce* et est disposé à accepter un tel mandat.

Quand peut-on affirmer qu'un service social est qualifié pour traiter un cas ? Il faut tenir compte avant tout de l'intérêt qu'a l'invalidé à être examiné par un personnel compétent et capable de lui indiquer tout l'éventail des possibilités de réadaptation qui s'offrent à lui. Cette condition est souvent remplie par des services sociaux spécialisés dans la réadaptation et le placement d'infirmes souffrant d'une invalidité déterminée (aveugles, sourds-muets, tuberculeux, etc.). Ils disposent d'un personnel instruit, expérimenté dans le domaine de l'orientation professionnelle et bien au courant des possibilités de placement. L'office régional peut et doit alors avoir recours à eux, pourvu, bien entendu, que l'invalidé ne s'y oppose pas pour des motifs valables. Le service social de l'aide aux invalides est et reste une institution privée, même s'il travaille dans le cadre de l'AI ; c'est pourquoi l'invalidé doit toujours avoir la possibilité de s'opposer à ce que sa demande soit transmise à un tel organisme.

*

En même temps que le mandat d'examen ou d'application, le service social sollicité reçoit les pièces et renseignements dont il a besoin pour s'acquitter de sa tâche. Il s'agit d'un mandat de droit public qu'il est libre d'accepter ou de refuser, mais qui, s'il l'accepte, doit être exécuté conformément aux dispositions légales et réglementaires, ainsi qu'aux directives de l'office régional et de l'Office fédéral des assurances sociales, autorité de surveillance. L'article 50 LAVS, applicable par analogie en vertu de l'article 66 LAI, astreint notamment le service social à l'obligation de garder le secret sur ses constatations et observations.

Comme il ressort de l'article 71 LAI précité, les services sociaux chargés d'un mandat par l'office régional ont droit au remboursement des frais supplémentaires qu'ils encourent. A cet effet, ils présentent à l'office régional AI, pour chaque cas d'espèce, une attestation sur formule officielle à l'intention de l'Office fédéral des assurances sociales. L'office régional y appose son visa, certifiant ainsi que les travaux exécutés par le service social correspondent au mandat qui lui avait été confié. Se fondant sur cette pièce, l'Office fédéral fixe le montant à rembourser et donne l'ordre de paiement à la Centrale de compensation.

*

Dans les lignes ci-dessus, nous n'avons traité que de l'activité des services sociaux dans le domaine de la réadaptation professionnelle. Or, ces services ont un champ d'action très étendu, qui dépasse même à maints égards les limi-

tes de la LAI. Le présent exposé serait donc incomplet s'il ne mentionnait pas, au moins pour mémoire, l'aide morale et sociale aux invalides, à laquelle certains services sociaux consacrent la majeure, voire la totalité de leur activité. Bien que ce domaine soit situé hors des limites de l'AI, il arrive souvent que des mesures de réadaptation professionnelle ne soient réalisables que grâce à l'application simultanée de mesures d'assistance, par exemple quand il faut trouver un appartement près de l'endroit où l'office régional a repéré un poste de travail qui conviendrait à l'invalidé. Ces mesures-là, si indispensables soient-elles, relèvent de l'assistance et ne peuvent par conséquent donner lieu à une rétribution fondée sur les articles 71 LAI et 95, 1^{er} al., RAI. Le législateur a toutefois marqué sa volonté de ne pas négliger ce secteur important de l'activité des organisations de l'aide aux invalides en prévoyant, à l'article 74 LAI, des subventions globales en leur faveur.

Il a pu paraître, au début de l'application de l'AI, que les commissions AI et les offices régionaux ne faisaient appel aux services sociaux qu'avec réserve. Ceux-ci n'ont commencé à être sérieusement mis à contribution qu'à partir de mai 1960. Mais leur concours a pris toujours plus d'importance et s'est particulièrement intensifié en 1961, comme il ressort de la statistique des rétributions versées à des services sociaux pour l'exécution de mandats confiés par les commissions AI ou les offices régionaux : 1182 versements (32 334 francs) en 1960 ; en 1961, pour 3067 mandats, 87 768 francs (état le 31 janvier 1962).

La formule de rentes dans l'AVS

La formule de rentes donnée à l'article 34 LAVS constitue la base de calcul de toutes les prestations de l'AVS. Toute augmentation des rentes ordinaires est exprimée par une modification de cette formule. L'évolution des rentes à partir de 1948 a été décrite dans la RCC 1961, p. 222 et 231 ; elle est illustrée ci-dessous par une table et deux graphiques.

La rente de vieillesse simple se compose d'un montant fixe et d'un montant variable. Le montant fixe, qui était d'abord de 300 francs, s'est élevé à 350, puis à 450 francs. Le montant variable est calculé selon la cotisation annuelle moyenne payée par l'assuré. Depuis l'entrée en vigueur de l'AVS, on multiplie par 6 le montant de la cotisation annuelle moyenne atteignant jusqu'à 150 francs. En 1948, il n'y avait qu'un deuxième échelon de cotisations (151 à 300), multiplié par deux ; en 1954, on créa un troisième échelon pour les cotisations moyennes de 301 à 500 francs. La formule de rentes de 1961 connaît quatre échelons de 150 francs chacun auxquels s'appliquent les facteurs six, quatre, deux et un. La table ci-après montre cette évolution de la formule et indique les minimums et maximums des rentes.

*Evolution de la formule de calcul de la rente ordinaire complète
de vieillesse simple depuis 1948*

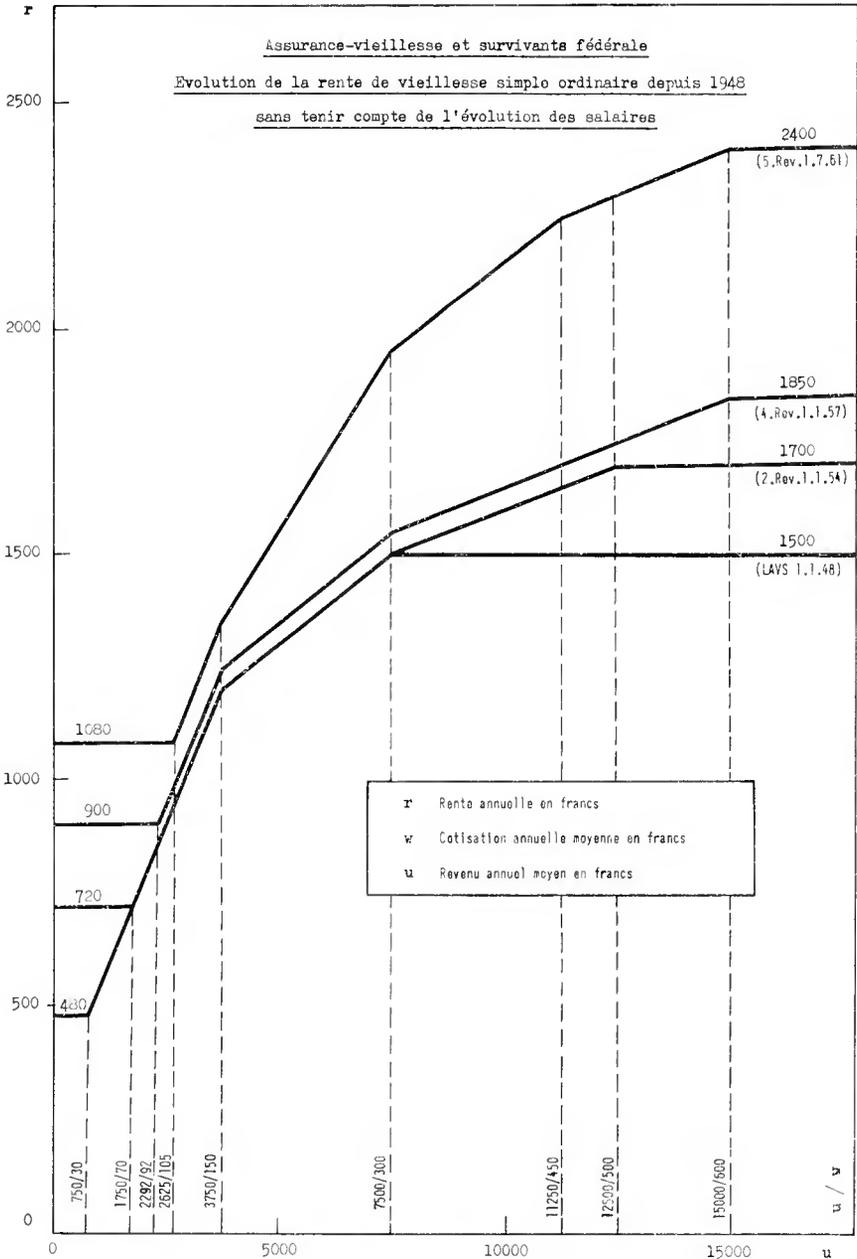
Loi fédérale ou revision valable dès le	Montant fixe des rentes	Montant variable des rentes Cotisation annuelle moyenne (en francs) répartie selon les échelons de progression, avec facteurs de multiplication					Mini- mum de rentes	Maxi- mum de rentes
		Fr.	6	4	2	1		
1.1.48/LAVS	300	0-150	—	151-300	—	301 et plus	480	1500
1.1.54/2 ^e rev.	300	0-150	—	151-300	301-500	501 et plus	720	1700
1.1.57/4 ^e rev.	350	0-150	—	151-300	301-600	601 et plus	900	1850
1.7.61/5 ^e rev.	450	0-150	151-300	301-450	451-600	601 et plus	1080	2400

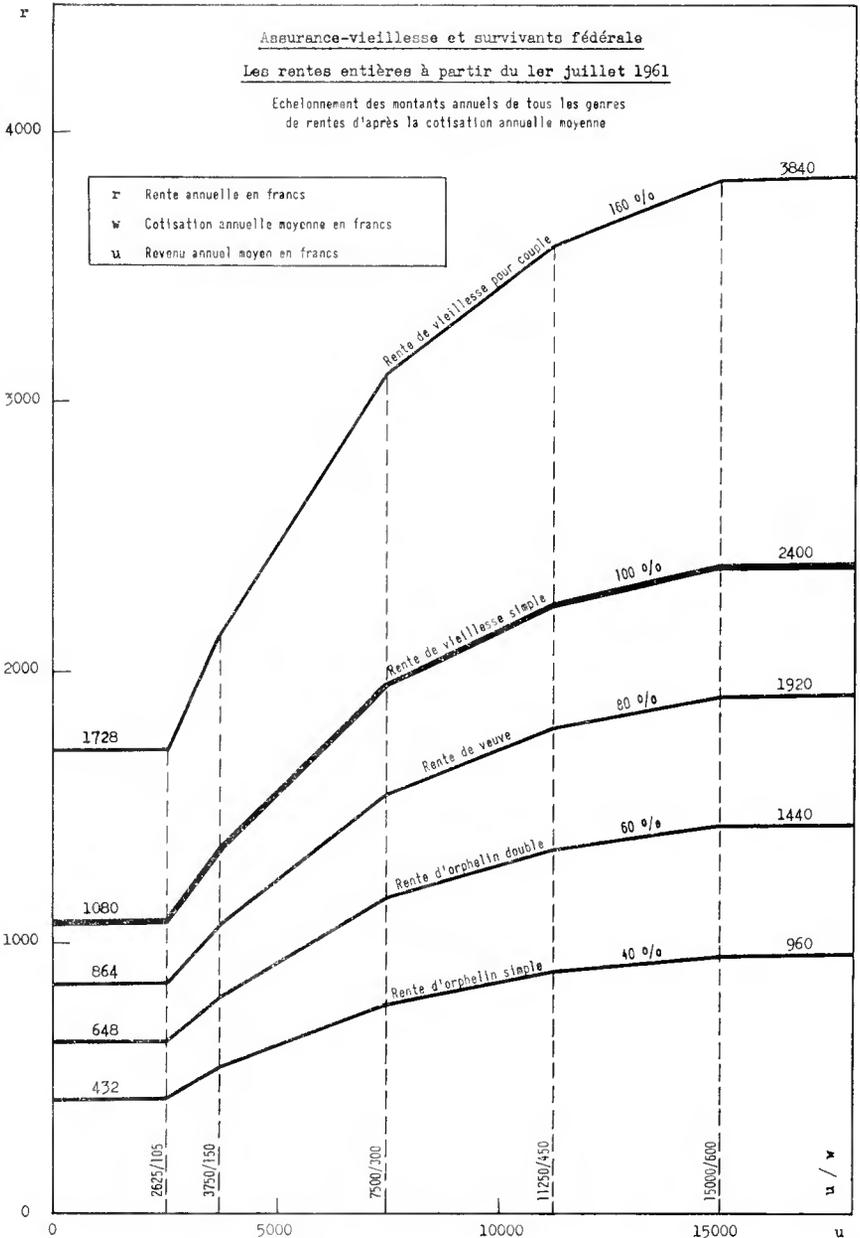
L'exemple suivant montre le calcul d'une rente de vieillesse simple, de l'échelle 20, sur la base d'une cotisation annuelle moyenne de 510 francs.

	<i>Rente annuelle en francs</i>
Montant fixe de la rente :	450
Montant variable de la rente :	
<i>Echelon</i>	<i>Somme x facteur</i>
0 - 150	150 x 6
151 - 300	150 x 4
301 - 450	150 x 2
451 - 510	60 x 1
	2310
Montants fixe et variable additionnés :	2310

Toutefois, la rente n'est pas calculée de cette manière dans la pratique, car les caisses de compensation disposent de tables de rentes qui ont force obligatoire. Les montants figurant dans ces tables sont arrondis et peuvent par conséquent différer de ceux qui sont calculés dans les cas particuliers.

Le graphique N° 1 montre clairement l'évolution décrite dans le texte et dans la table, l'augmentation des minimums et maximums des rentes et le profit que les différentes classes de cotisations ou de revenu ont tiré des revisions successives. Une fois, ce sont les échelons inférieurs, et dans la dernière revision les échelons moyens qui ont été favorisés. La valeur-limite au-delà de laquelle les cotisations ne sont plus portées en compte pour le calcul de la rente a été élevée de 300 à 500 francs et atteint, depuis la 4^e revision de l'AVS, 600 francs. Ces montants de cotisations correspondent à des revenus annuels moyens de 7500, 12 500 et 15 000 francs. La 5^e revision n'a pas apporté de modification à cet égard.





Dans le titre de ce graphique, il faut lire *Les rentes complètes* et non *Les rentes entières*.

Signalons, pour terminer, que non seulement les taux des rentes ont été augmentés, mais que l'assuré qui deviendra plus tard bénéficiaire d'une rente AVS aura en général, par suite de la hausse des salaires, une cotisation annuelle moyenne plus élevée.

Le 2^e graphique donne une comparaison des divers genres de rentes dans la situation actuelle. La base est constituée par la rente de vieillesse simple, à laquelle les autres rentes sont liées. La rente simple de survivants a été sensiblement augmentée au cours des temps.

L'argent de poche des assistés rentiers

Les questions que pose l'allocation de rentes AVS à des bénéficiaires de rentes assistés, ainsi que les recommandations faites à ce sujet par la Conférence des chefs des départements cantonaux (directeurs cantonaux) de l'assistance publique, le 20 juin 1958, ont déjà fait l'objet d'un commentaire détaillé dans cette revue (RCC 1958, p. 290).

Par suite de l'introduction de l'AI et de l'augmentation des rentes AVS et AI par la dernière révision de la LAVS, il parut souhaitable d'adapter aussi l'argent de poche des assistés rentiers de l'AVS et d'étendre la réglementation sur ce point aux assistés rentiers de l'AI. Sur la proposition de l'Office fédéral des assurances sociales, la Conférence des chefs des départements cantonaux de l'assistance publique a bien voulu compléter ses anciennes directives à ce sujet par de nouvelles *Recommandations*, que nous publions ci-dessous in extenso.

Recommandations

au sujet de

l'aide à servir aux assistés rentiers de l'AVS et de l'AI

(de décembre 1961)

Le 20 juin 1958, la Conférence des directeurs cantonaux de l'assistance publique adressait diverses recommandations aux cantons au sujet de l'aide à servir aux assistés rentiers de l'AVS.

Le 11 septembre 1961, l'Office fédéral des assurances sociales, en raison de l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'AI et de l'augmentation des rentes AVS/AI, intervenue le 1^{er} juillet 1961, soumettait de nouvelles propositions au comité de la Conférence des directeurs cantonaux de l'assistance publique.

Le Comité, faisant siennes ces propositions, demandait, par voie de circulaire, le 7 octobre 1961, à MM. les membres de la Conférence de bien vouloir se prononcer.

La Conférence des directeurs cantonaux de l'assistance publique recommande aux cantons d'améliorer la situation des assistés en portant les normes faisant l'objet des « recommandations » du 20 juin 1958 de Fr. 12.— / 20.—, respectivement Fr. 25.— / 35.—, à Fr. 20.— / 30.— par mois pour les personnes seules et Fr. 35.— / 50.— pour les couples.

Ces normes sont applicables également aux rentiers de l'AI.

Pour le surplus, les « recommandations » du 20 juin 1958 gardent toute leur valeur.

Au nom de la Conférence des directeurs cantonaux
de l'assistance publique,

Le président :	Le secrétaire :
<i>Werner KURZMEYER,</i>	<i>D. MONNET.</i>
Conseiller d'Etat.	

La reconnaissance d'écoles spéciales dans l'AI

1. Les fondements légaux

Le Conseil fédéral établit en vertu de l'article 26, 4^e alinéa, LAI, après avoir entendu les associations intéressées, les règles selon lesquelles sont reconnus les établissements et les personnes (institutions, fournisseurs de moyens auxiliaires, personnel paramédical) exécutant des mesures de réadaptation de l'AI. Il a délégué cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (art. 24, 1^{er} al., RAI).

Les écoles spéciales occupent parmi les institutions exécutant des mesures de réadaptation une place à part, tant par le nombre des institutions que par celui des assurés pouvant prétendre aux prestations de l'AI. Vu leur importance, le Département fédéral de l'intérieur a, par son ordonnance du 29 septembre 1961, édicté à leur sujet les premières prescriptions concernant les conditions de la reconnaissance. L'institution qui veut être reconnue comme école spéciale doit remplir des conditions minimales, notamment en ce qui concerne le personnel et l'organisation. Le nombre des écoles spéciales n'est pas limité.

La reconnaissance a pour conséquence première qu'à partir d'une certaine date, l'AI n'attribuera des subsides pour la formation scolaire spéciale qu'aux enfants invalides fréquentant une école spéciale reconnue. En d'autres termes, cela signifie que le libre choix de l'assuré (art. 26, 1^{er} al., 2^e phrase, LAI) sera limité aux écoles spéciales reconnues. Le moment dès lequel cette prescription sera appliquée ne peut pas encore être précisé ; cela dépend de la liquidation des demandes de reconnaissance en suspens. Pour l'heure, la solution intermédiaire décrite sous chiffre 4 ci-après est appliquée.

2. Les conditions de la reconnaissance

a. *L'enseignement spécial* (art. 1^{er} de l'ordonnance)

Sont considérés comme écoles spéciales les établissements situés en Suisse qui donnent à des mineurs invalides un enseignement adapté à leur état, conformément à l'article 8, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI. Il en découle que cet enseignement doit être régulier et se limiter à des mineurs invalides qui, en raison de leur infirmité, ne peuvent satisfaire aux exigences de l'enseignement donné dans les écoles publiques, y compris les classes spéciales ou de développement. Sous la dénomination d'écoles spéciales sont comprises en premier lieu les écoles pour enfants infirmes de l'ouïe, de la parole, de la vue, des membres et — sous la réserve précitée — pour les enfants atteints de déficience mentale, mais aptes à être instruits. Peuvent être prises en considération des institutions publiques, semi-publiques ou privées ; il importe peu que l'école spéciale soit une institution de l'assistance publique ou privée ou qu'elle soit gérée de manière lucrative. Les institutions qui préparent les mineurs invalides en âge préscolaire en vue de leur formation scolaire spéciale, ainsi que les particuliers qui, en dehors de l'école, donnent un enseignement spécial à des mineurs invalides aptes à recevoir une instruction sont placés sur le même pied que les écoles spéciales.

A titre exceptionnel, des établissements d'instruction pour enfants non invalides peuvent également être admis comme écoles spéciales, s'ils accordent à des enfants invalides un enseignement adapté à leur état.

Ne peuvent en revanche être reconnues comme écoles spéciales les classes spéciales ou de développement des écoles publiques, ni les écoles privées qui donnent un enseignement de cette nature, même si elles sont situées dans une région où l'école publique ne possède pas de classes spéciales ou de développement. Etant donné qu'il n'est pas dans les attributions de l'AI de combler les lacunes pouvant exister dans l'organisation scolaire des cantons, ces derniers et les communes doivent, comme par le passé, mettre à la disposition des enfants arriérés des moyens d'instruction appropriés.

L'enseignement que donnent les maisons de rééducation pour mineurs n'est généralement pas non plus du genre de la formation scolaire spéciale, parce que leurs pensionnaires ne sont pas atteints, sauf exceptions, d'infirmités physiques ou morales donnant droit aux prestations de l'AI. La reconnaissance est cependant possible lorsqu'en marge de la rééducation des mineurs non invalides, un établissement donne à des enfants invalides un enseignement adapté à leur infirmité.

b. *Les conditions à remplir* (art. 2 à 6 de l'ordonnance)

D'une manière générale, il faut que les écoles spéciales satisfassent aux prescriptions cantonales qui les concernent. Souvent, ces institutions doivent être en possession d'une autorisation accordée par le canton à des conditions déterminées. Là où le droit cantonal pose des exigences strictes, on peut admettre sans plus que celles du droit fédéral sont satisfaites. Il s'agit des domaines suivants :

- *L'enseignement et l'éducation.* L'enseignement doit être donné par un personnel spécialisé qui, en règle générale, doit posséder une formation complète en pédagogie curative. Lorsque cela n'est pas le cas, le personnel enseignant doit au moins donner la preuve qu'il jouit d'une expérience professionnelle suffisante. L'organisation de l'enseignement doit être adaptée aux aptitudes des mineurs invalides et à la nature de leurs déficiences. Lorsque l'école possède un internat, le personnel qui y est attaché doit avoir les aptitudes professionnelles et de caractère qui sont nécessaires pour éduquer des enfants invalides.
- *Les locaux et les installations.* Les locaux et installations affectés à l'enseignement et au logement doivent satisfaire aux exigences de l'hygiène et tenir compte des besoins particuliers des mineurs invalides.
- *La surveillance médicale.* La surveillance médicale des enfants invalides et l'application des mesures thérapeutiques qu'exige leur infirmité doivent être garanties. Si la nature de l'infirmité l'exige, le concours de médecins spécialistes doit être requis.
- *Le rôle des journées d'école et de séjour.* Les écoles spéciales doivent tenir un rôle des journées d'école et de séjour pour chaque mineur invalide.

3. La procédure de reconnaissance

a. La demande (art. 7 de l'ordonnance)

Les écoles spéciales qui désirent être reconnues doivent en faire la demande par écrit à l'Office fédéral des assurances sociales en fournissant la preuve qu'elles remplissent les conditions requises. Cette preuve peut être fournie en particulier par les statuts et règlements de l'institution, ses derniers rapports annuels, les certificats de capacité du personnel, ainsi que par les autorisations cantonales. Dans la mesure où ils existent, ces documents doivent être annexés à la demande de reconnaissance. En plus, d'autres pièces, tels que prospectus, conditions d'admission, plans d'enseignement, règlements intérieurs, etc., peuvent aussi fournir la preuve que les conditions de la reconnaissance sont remplies. Souvent, il ne sera pas possible, au vu des données et des pièces fournies, de juger si les conditions exigées pour la reconnaissance sont remplies. Il sera alors nécessaire d'examiner à fond certaines questions, par exemple ce qui concerne l'enseignement ou les installations. C'est pour cette raison que l'ordonnance prévoit que l'Office fédéral peut demander des rapports et renseignements complémentaires de la part des institutions ou de tiers et soumettre les demandes à des spécialistes en la matière. Bien que l'ordonnance ne le prévoit pas, la preuve que les conditions exigées sont remplies pourra être administrée par une visite des lieux.

b. La reconnaissance (art. 8 de l'ordonnance)

L'Office fédéral des assurances sociales prononce la reconnaissance. Il contrôle d'abord si les institutions requérantes sont bien des écoles spéciales dans le sens

indiqué au début de cet exposé. Ce fait acquis, il examine ensuite les autres conditions. Si l'institution ne remplit pas en tous points les conditions requises, il peut lui être imparti un délai pour fournir certains compléments. L'Office fédéral des assurances sociales a également la possibilité de prononcer la reconnaissance pour un temps déterminé en exigeant que les conditions manquantes soient remplies dans l'entre-temps. Il s'agit en l'occurrence d'un cas particulier de la prescription générale selon laquelle la reconnaissance peut être liée à certaines conditions ou à des charges.

c. *L'exécution* (art. 9 de l'ordonnance)

L'Office fédéral des assurances sociales veille au respect des conditions de la reconnaissance. Il peut en particulier retirer la reconnaissance lorsque les lacunes constatées n'ont pas été comblées dans le délai fixé, et cela même si la reconnaissance n'a pas été limitée dans le temps. Avant le retrait de la reconnaissance, l'école spéciale touchée par cette mesure doit être entendue.

4. La période transitoire

L'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur concernant la reconnaissance d'écoles spéciales dans l'AI est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 1961. Jusqu'à ce jour, 180 demandes de reconnaissance sont parvenues à l'Office fédéral des assurances sociales. Elles sont présentement examinées et les premières reconnaissances pourront être prononcées prochainement.

L'absence de reconnaissance ne doit évidemment pas entraver le fonctionnement de l'AI. Jusqu'à maintenant, la formation scolaire spéciale de mineurs n'a pas rencontré de difficultés dignes d'être mentionnées. Pour le moment, les écoles spéciales qui donnent ou ont déjà donné aux mineurs invalides un enseignement dans le sens de l'article 8, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI, sont considérées provisoirement comme reconnues. Les enfants bénéficiant de leur enseignement et qui remplissent les conditions requises peuvent ainsi obtenir les subsides prévus par la loi. Naturellement, seules sont reconnues provisoirement les écoles spéciales qui ont adressé à l'Office fédéral des assurances sociales une demande de reconnaissance. Les écoles spéciales qui n'ont pas formulé une telle demande ne sont pas autorisées à donner un enseignement spécial au sens de l'AI.

Au reste, la reconnaissance provisoire, qui n'est qu'une mesure transitoire, ne peut en aucune manière influencer l'examen des demandes ; elle n'a de ce fait pas le caractère d'une promesse de reconnaissance définitive et n'y donne pas droit. De même, l'octroi de subventions aux frais d'exploitation ne confère pas à une institution le droit d'être reconnue définitivement comme école spéciale.

La commission AI compétente devra, dans chaque cas, examiner si l'institution donne un enseignement dans le sens de l'AI et si elle a demandé à être reconnue comme école spéciale. Toutefois, cet examen doit en principe être limité au critère de l'enseignement spécial, soit en particulier à l'adaptation de

cet enseignement à l'état de l'infirme. L'examen d'autres conditions mises à la reconnaissance est de la compétence de l'Office fédéral des assurances sociales.

Cependant, lorsque la commission AI constate de graves lacunes dans une école spéciale ou qu'elle a lieu d'admettre qu'une institution ne satisfait pas aux principales prescriptions de la loi fédérale, elle peut lier l'octroi des subsides pour la formation scolaire spéciale à la condition que l'enseignement soit donné dans une autre école spéciale. Dans ce cas, il est nécessaire d'en informer l'Office fédéral des assurances sociales.

De toute façon, la commission AI doit examiner si l'assuré a lui-même droit aux subsides de l'AI pour sa formation scolaire spéciale. Cet examen ne sera pas rendu superflu par la reconnaissance ; celle-ci en effet signifie uniquement que l'institution remplit les conditions exigées par la loi et qu'elle a été de ce fait reconnue comme organisme d'exécution de l'AI. Le séjour d'un assuré dans une école spéciale reconnue ne dégage donc nullement la commission AI de l'obligation de fixer dans chaque cas le droit de l'assuré aux prestations de l'AI.

L'aide en capital dans l'AI

L'aide en capital dans l'AI est réglée par les articles 18, 2^e alinéa, LAI et 7 RAI. Aux termes de ces dispositions, une aide en capital peut être allouée à un assuré pour lui permettre d'entreprendre une activité indépendante, qui ne nécessite pas d'aide financière extérieure. Elle est subordonnée aux conditions suivantes : L'assuré doit être domicilié en Suisse, être susceptible d'être réadapté, et posséder les connaissances professionnelles et les qualités personnelles exigées pour exercer une activité sans l'aide d'un tiers. En outre, l'activité envisagée (industrie, commerce, travail à domicile, etc.) doit reposer sur des bases financières saines, et ses conditions économiques doivent garantir durablement l'existence de l'assuré.

L'Office fédéral des assurances sociales, appelé à donner son avis dans différents cas d'espèce, s'est prononcé affirmativement dans 16 cas, représentant une somme totale de 131 361 francs, alors que dans 18 autres, il s'est vu contraint de préconiser un rejet de la demande.

Des cas traités, on peut tirer la règle suivante : l'octroi d'une aide en capital n'est en principe possible que si l'assuré exerce personnellement l'activité en cause et que le versement de l'aide en capital permette avec certitude d'éviter durablement l'octroi d'une rente AI. Une aide en capital permettant à l'assuré d'entreprendre ou de reprendre une activité indépendante (propre exploitation, commerce, etc.) n'est accordée que si l'assuré n'est pas en mesure de travailler comme salarié (ouvrier, employé, etc.). Enfin, il doit nécessairement exister un rapport direct entre l'invalidité et le besoin de capital.

C'est ainsi qu'une aide en capital a dû être refusée à un bio-chimiste désireux d'acquérir des instruments et du matériel pour établir son propre labora-

toire, l'assuré ayant la possibilité de travailler comme salarié. Elle a aussi été refusée à un assuré impotent, dont l'état allait en s'aggravant et ne lui permettait pas de diriger lui-même un home d'enfants, exploité en fait par sa femme. Une autre demande a dû être rejetée en raison du défaut des conditions personnelles requises, l'assuré n'ayant pas les aptitudes nécessaires à l'exercice d'une activité indépendante. Dans d'autres cas, l'octroi a dû être refusé, parce que l'activité exercée ne garantissait pas suffisamment l'existence de l'assuré ; il s'agissait de colporteurs, qui désiraient soit compléter leur inventaire, soit acquérir une voiture ou un abonnement CFF pour se déplacer plus facilement. Cependant, le refus ne s'est pas limité à cette catégorie de personnes. On a dû, par exemple, rejeter les demandes de menuisiers auxquels les revenus de leur exploitation ne permettaient pas l'achat de nouvelles machines. D'autres demandes d'aide en capital ont été rejetées parce que les raisons invoquées étaient étrangères à l'invalidité de l'assuré : mesures de rationalisation de l'entreprise (qu'un bien-portant peut également avoir à envisager), construction d'une maison avec atelier, etc.

En revanche, une aide en capital a été accordée à un assuré qui voulait reprendre une entreprise de pompes funèbres. Elle a aussi pu l'être pour l'acquisition d'une voiture destinée à servir de taxi, ainsi que pour permettre à des cordonniers de reprendre leur exploitation. Une aide en capital a également pu être octroyée dans deux cas pour l'achat et pour l'aménagement de kiosques à journaux. La reprise d'un magasin de tabac et le développement d'un bureau pour les imprimés ont été facilités de la même manière. Enfin, des aides en capital de l'AI ont servi à financer l'achat de certaines machines permettant aux assurés d'effectuer du travail à domicile.

PETITES INFORMATIONS

Nouvelles interventions parlementaires

Question Furgler
du 20 décembre 1961

Le 20 décembre 1961, M. Furgler, conseiller national, a posé au Conseil fédéral la question suivante :

« L'article 42 de la loi sur l'assurance-invalidité prévoit que les assurés invalides qui sont dans le besoin et qui sont impotents ont droit à une allocation pour impotent. La condition du besoin est remplie lorsque le revenu calculé selon les articles 56 à 61 de l'ordonnance d'exécution de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants n'atteint pas la limite fixée à l'article 42, 1^{er} alinéa, de cette loi. L'article 57 de l'ordonnance ne permet malheureusement pas de prendre en considération les frais importants résultant de la maladie (médecin, hôpital, etc.), ce qui peut avoir des conséquences trop rigoureuses.

Le Tribunal fédéral des assurances a constaté, dans un de ses jugements, qu'une telle réglementation n'est plus justifiée.

Le Conseil fédéral est-il, en conséquence, disposé à reviser l'article 57 de l'ordonnance dans le sens des considérations indiquées ? »

Allocations familiales dans le canton de Glaris Le 15 novembre 1961, le Grand Conseil a adopté l'ordonnance d'exécution de la loi sur les allocations pour enfants aux salariés. Ladite ordonnance est entrée en vigueur le jour de son adoption.

Allocations familiales dans le canton de Fribourg Aux termes d'une loi adoptée par le Grand Conseil le 21 novembre 1961, l'allocation minimale pour enfant a été fixée, dès le 1^{er} janvier 1962, à 20 francs par enfant et par mois pour les familles de un et deux enfants et à 25 francs pour les familles de trois enfants et plus. Dès le 1^{er} janvier 1963, l'allocation mensuelle s'élèvera à 25 francs pour chaque enfant. Jusqu'ici, l'allocation était de 20 francs pour tous les enfants.

De plus, le Conseil d'Etat a pris, en date du 22 décembre 1961, un arrêté modifiant l'arrêté d'exécution, du 27 janvier 1948, de la loi sur les allocations familiales. Selon les nouvelles dispositions, l'allocation globale pour enfant versée aux travailleurs agricoles a été portée de 30 à 35 francs par mois et par enfant pour les familles de trois enfants et plus, avec effet dès le 1^{er} janvier 1962. Pour les familles de un et deux enfants, l'allocation globale reste fixée à 30 francs. Dès le 1^{er} janvier 1963, l'allocation sera fixée à 35 francs pour chaque enfant. Dans les montants précités est comprise l'allocation pour enfant prévue par la LFA.

Allocations familiales dans le canton des Grisons Par décret du 25 novembre 1961, le Grand Conseil, faisant usage de la compétence qui lui est reconnue par la loi sur les allocations familiales aux salariés, a fixé le taux de l'allocation mensuelle minimale à 15 francs pour chaque enfant. Jusqu'ici, l'allocation minimale était de 10 francs par mois ; elle n'était versée qu'à partir du deuxième enfant. Cette modification, qui a effet dès le 1^{er} janvier 1962, est intervenue sous forme d'un complément de l'ordonnance d'exécution du 26 mai 1959.

Allocations familiales dans le canton du Valais Le Grand Conseil, faisant usage de la compétence qui lui est reconnue par la loi sur les allocations familiales, a porté, par décret du 14 novembre 1961, de 25 à 30 francs par mois et par enfant l'allocation pour enfant versée aux salariés, avec effet dès le 1^{er} janvier 1962.

Allocations familiales dans le canton de Neuchâtel Aux termes d'un arrêté du Conseil d'Etat du 29 décembre 1961, les salariés étrangers ont droit, depuis le 1^{er} janvier 1962, à une allocation de 15 francs par mois et par enfant n'ayant pas 15 ans révolus, en raison de leurs enfants légitimes.

mes et adoptifs n'habitant pas en Suisse. — Les enfants résidant en Suisse donnent droit, eux, à une allocation mensuelle de 25 francs, allocation qui est versée pour tous les enfants de moins de 18 ans dont le salarié prouve qu'il assume régulièrement la charge entière ou partielle. — Les caisses de compensation peuvent refuser l'octroi des allocations pour enfants vivant à l'étranger lorsque les intéressés produisent, à l'appui de leurs prétentions, des documents dont la valeur probante paraît insuffisante.

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 1961, des placements pour une somme de 69.0 millions de francs, dont 25.4 millions sont des emplois de capitaux.

La totalité des capitaux du Fonds de compensation de l'AVS, placés au 31 décembre 1961, se monte à 5844.9 millions de francs, se répartissant entre les catégories suivantes d'emprunteurs, en millions de francs: Confédération 529.2 (549.2 à fin septembre 1961), cantons 956.8 (933.9), communes 783.5 (772.3), centrales des lettres de gage 1527.1 (1527.1), banques cantonales 1085.9 (1064.1), institutions de droit public 21.0 (17.0) et entreprises semi-publiques 941.4 (937.7).

Le rendement moyen des capitaux placés au 31 décembre 1961 est de 3.24 pour cent contre 3.23 pour cent à la fin du troisième trimestre.

Rapports annuels 1961 des caisses de compensation, des commissions AI et des offices régionaux AI

Les caisses de compensation, commissions AI et offices régionaux AI devront présenter à l'OFAS, au cours des prochaines semaines, leur rapport sur l'exercice écoulé. Les caisses de compensation appliqueront à cet effet les directives du 13 avril 1961, les commissions et offices régionaux AI celles du 28 avril 1961.

L'OFAS recevra volontiers toute communication présentant un intérêt général. Il recommande aux organes de rédiger leurs rapports aussi brièvement que possible et de s'en tenir à l'essentiel.

Les feuilles annexes devront être remplies avec un soin particulier; on vérifiera, notamment, les reports de l'ancienne sur la nouvelle feuille. Cela permettra d'éviter des recherches complémentaires, qui prennent beaucoup de temps.

Les caisses de compensation et les secrétariats des commissions AI enverront leurs rapports jusqu'au 30 avril 1962, les offices régionaux AI jusqu'au 31 mars 1962. Des rapports éventuels des commissions AI complétant ceux des secrétariats pourront être présentés jusqu'au 30 mai 1962. Les organes qui enverront leur rapport avant la date fixée contribueront à accélérer les travaux de l'OFAS.

**Nouvelles
personnelles**

Les fonctionnaires suivants de la subdivision AVS/AI/APG de l'OFAS ont été promus le 1^{er} janvier 1962 :

- au rang de chef de section I : Fritz Oberli
- au rang d'adjoint I : Hermann Hohl
- au rang de chef de section II : Claude Crevoisier
- au rang d'adjoints II : Bernard Aubert
Bruno Martignoni
Lothar Schreurs

Le gérant de la caisse de compensation Tabac, M. Friedrich *Burkhardt*, a démissionné le 31 janvier 1962. Le Comité de direction de la caisse lui a désigné un successeur en la personne de M. Eugène *Bertrand*, jusqu'à présent suppléant du gérant de la caisse de compensation SPIDA.

**Répertoire d'adresses
AVS/AI/APG**

A la page 11, caisse 48, Aarg. Arbeitgeber, nouveau numéro de téléphone : (064) 2 84 62.

**Supplément
au catalogue
des imprimés
AVS/AI/APG**

Nouvelles publications :

Form. N°	Désignation	Prix	Observ.
318.101 d	Wegleitung zur freiwilligen AHV und IV für Auslandschweizer (gültig ab 1. Januar 1962)	2.10 *	
318.101 f	Directives concernant l'AVS et l'AI facultatives des ressortissants suisses résidant à l'étranger (valables dès le 1 ^{er} janvier 1962)	2.10 *	
318.101.1 df	Beitragstabellen für die freiwillige Versicherung (Separatdruck aus 318.101) Tables des cotisations pour l'assurance facultative (tirage à part de 318.101)	— .60 *	
318.107.04 d	Kreisschreiben über den massgebenden Lohn (Gültig ab 1. Januar 1962)	2.— *	
318.107.04 f	Circulaire concernant le salaire déterminant (valable dès le 1 ^{er} janvier 1962)	2.— *	
Tirages à part de la RCC			
318.120.01 d	— Verzeichnis der gesetzlichen Erlasse usw.	— .45 *	
318.120.01 f	— Liste des textes législatifs, etc.	— .45 *	
318.301 d	Wegleitung über Versicherungsausweis und IBK (Gültig ab 1. Januar 1962)	2.— *	
318.301 f	Directives sur le certificat d'assurance et le CIC (valables dès le 1 ^{er} janvier 1962)	2.— *	

318.643 df	Begleitschein zu IV-Rechnungen Bordereau pour factures AI	—.— 1 A B
318.644 df	Dringliche IV-Zahlung Paiement AI urgent	—.— 1 A B
318.750 i	Decisione concernente gli assegni per assistenza	3.60 1 A
	Rééditions avec un nouveau prix :	
318.300 f	Recueil LAVS/RAVS (état au 1 ^{er} septembre 1961)	3.80 * C
318.520.01 d	Geburtsgeborechen (tirage à part de la ZAK)	—,90 *
	Suppressions :	
318.101 d	Wegleitung zur freiwilligen Versicherung (Ausgabe 1954)	
318.101 f	Directives concernant l'assurance facultative (édition 1954)	
318.106.20b d	— Massgebender Lohn (November 1958)	
318.106.20b f	— Le salaire déterminant (novembre 1958)	
318.301 d	Weisungen über Versicherungsausweis und IBK (Dezember 1952)	
318.301 f	Instructions sur le certificat d'assurance et le CIC (décembre 1952)	
318.301 i	Istruzioni concernenti il certificato d'assicurazione e il CIC (dicembre 1952)	

Errata RCC janvier Dans la liste « La législation », etc., biffer, à la p. 21, sous les « *Instructions* aux bureaux de revision », du 1^{er} septembre 1954, le supplément du 31 octobre 1960.

JURISPRUDENCE

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

*Arrêt du TFA, du 21 octobre 1961, en la cause F. J.*¹

Article 69 LAI. Les commissions AI ne sont pas habilitées à interjeter appel auprès du TFA contre des jugements des autorités cantonales de recours en matière d'AI. (Considérant 1.)

Article 12, 2^e alinéa, LAI ; article 2, 1^{er} alinéa, RAI. Le traitement de longue durée, avec cures de bains, nécessité par une lésion du diaphragme (paralysie) inguérissable n'est pas une mesure médicale de réadaptation au sens de la LAI. (Considérant 3.)

Article 12 LAI ; article 2, 1^{er} alinéa, RAI. Les mesures de réadaptation de l'AI sont des mesures exactement définies, visant la réadaptation professionnelle et adaptées à ce but. La limitation des mesures médicales à des actes uniques ou répétés dans une période limitée, prévue par l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI, est conforme à la définition donnée à l'article 12 LAI. (Considérant 3.)

Articolo 69 LAI. Le commissioni AI non sono legittimate a impugnare le decisioni delle autorità cantonali di ricorso in materia d'AI davanti al TFA. (Considerando 1.)

Articolo 12, capoverso 2, LAI ; articolo 2, capoverso 1, OAI. Il trattamento permanente con balneoterapia necessario per una lesione spinale trasversa (paralisi) inguaribile, non costituisce un provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi della LAI. (Considerando 3.)

Articolo 12 LAI ; articolo 2, capoverso 1, OAI. I provvedimenti per l'integrazione dell'AI sono delle misure esattamente definite destinate all'integrazione professionale e adattate a tale scopo. La limitazione dei provvedimenti sanitari mediante interventi unici o ripetuti in un periodo determinato giusta l'articolo 2, capoverso 1, OAI, è conforme alla definizione stabilita nell'articolo 122 LAI. (Considerando 3.)

L'assurée, qui est ménagère, souffre depuis 1956 des suites d'une lésion du diaphragme (paralysie) ; en janvier 1960, elle demanda des mesures médicales de l'AI. Se fondant

¹ Cf. RCC 1962, p. 41.

sur un prononcé de la commission AI, la caisse de compensation refusa ces mesures. Sur recours de l'assurée, la juridiction cantonale ordonna à la caisse de rembourser pour une durée de trois ans les frais des cures de bains annuelles de trois semaines. La commission AI et l'OFAS ont interjeté appel contre ce jugement.

Pour les motifs ci-après, le TFA a admis l'appel de l'OFAS, mais a refusé d'entrer en matière sur l'appel de la commission AI :

1. La commission cantonale AI n'a pas qualité pour interjeter appel contre un jugement d'une autorité cantonale de recours. Dans l'AI, la commission AI est un organe chargé d'examiner les cas d'espèce qui lui sont soumis, de se prononcer à leur sujet et de surveiller l'exécution des mesures de réadaptation (art. 60 LAI, 69 à 74 RAI) ; elle est composée en conséquence (art. 56 LAI). Tout comme les communications fiscales en matière d'AVS, les prononcés de la commission AI ont force obligatoire pour la caisse de compensation qui rend une décision envers l'intéressé. La caisse de compensation est seule compétente pour notifier les décisions (art. 60 LAI, 75, 76 et 91 RAI) ; dans la procédure de recours, elle est par conséquent, pour l'intéressé, la seule « partie » adverse (art. 69 LAI). Sont considérées comme intéressées, au sens de la loi, les personnes et les autorités dont les droits et obligations en matière d'AI sont l'objet de la décision (art. 76 et 91 RAI) ; par définition, ce ne peut donc être la commission AI, dont le prononcé interne constitue précisément un élément de la décision. Il est vrai que la décision doit lui être notifiée en vertu de l'article 76, 1^{er} alinéa, lettre c, RAI, mais cela ne lui donne pas un droit de *recours* (cf. art. 76, 2^e al., RAI), pas plus que les autorités fiscales n'ont un droit de recours au cas où leur communication ne serait pas prise en considération par la caisse. En cas d'omissions de la caisse, il faudrait appliquer les articles 64 LAI et 92 RAI.

Or, si la commission AI ne peut être un « intéressé » dans une procédure de recours, elle ne peut pas non plus être « partie » dans une procédure d'appel. L'article 86 LAVS, applicable par analogie selon l'article 69 LAI, précise qui a qualité pour appeler : ce sont — outre l'OFAS, cf. art. 202 RAVS — « les parties », c'est-à-dire ceux qui étaient impliqués comme parties dans la procédure de recours ou auxquels l'article 84, 1^{er} alinéa, 2^e phrase, LAVS donne un droit de recours (cf. aussi ATFA 1957, p. 66).

L'appel interjeté par la commission cantonale AI contre le jugement de l'autorité cantonale de recours doit donc être écarté.

2. L'OFAS ayant également interjeté appel, il faut se demander si l'assurée remplit les conditions de l'octroi de mesures selon l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, aux termes duquel 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. Comme l'a déclaré le TFA dans son arrêt du 28 mars 1961 en la cause A. Sch. (RCC 1961, p. 207), lorsqu'il s'agit de mesures médicales, il importe en premier lieu d'établir si elles ont pour objet le traitement de l'affection comme telle (qui n'est pas à la charge de l'AI). Lorsque ce n'est pas le cas, et alors seulement, on considère si ces mesures sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain. On déterminera, en premier lieu, dans chaque cas, si la mesure médicale a pour objet le traitement de l'affection comme telle.

3. Les cures de bains envisagées ont pour but principal le traitement de l'affection comme telle et non pas directement la réadaptation professionnelle. La réadaptation viserait principalement, dans ce cas-là, à préserver l'assurée d'une diminution notable de sa capacité de gain comme ménagère, puisque son état de santé n'a pas été jugé

susceptible d'amélioration. Cependant, les lésions des nerfs résultant des inflammations nécessitent un traitement permanent visant à empêcher une paralysie des jambes ; le médecin traitant est catégorique sur ce point. Or, un tel traitement n'est pas une mesure médicale de réadaptation au sens de la LAI. L'argument du tribunal de première instance, rappelant que l'assurée ne demande que des mesures limitées à 3-5 ans, n'y change rien ; il est évident qu'en traçant la limite entre le traitement de l'affection comme telle et les mesures médicales de réadaptation, on ne peut se fonder sur les désirs des parties en cause. Les mesures de réadaptation sont, comme l'OFAS le fait justement remarquer, des mesures ayant un but précis, la réadaptation professionnelle, et comportent par conséquent, suivant le genre de mesure, des prestations exactement définies et propres à atteindre ce but, même si elles durent longtemps, comme la formation professionnelle initiale ou le reclassement. Les prestations définies et l'orientation vers un but précis, la réadaptation, sont donc les caractéristiques des mesures médicales, même si la loi renonce, vu la diversité de ces mesures, à en donner une définition détaillée, ce qui est superflu pour les mesures professionnelles. Lorsque le Conseil fédéral, se fondant sur l'article 12, 2^e alinéa, LAI, arrête à l'article 2 RAI que les mesures médicales accordées par l'AI comprennent des actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée, cette précision ne sort pas du cadre de la définition générale donnée par l'article 12 LAI. Puisque le médecin estime, en l'espèce, qu'il faudra répéter les cures de bains et le traitement physiothérapeutique pendant une durée indéterminée, il ne peut évidemment plus être question d'«actes médicaux répétés dans une période limitée». La décision de la caisse de compensation, qui a refusé l'octroi de mesures médicales, doit donc être confirmée, comme le demandait l'OFAS dans son appel.

Arrêt du TFA, du 20 novembre 1961, en la cause M. S.

Article 4 LAI. La débilite et l'anomalie affective, conséquences supposées d'une lésion cérébrale acquise ou congénitale, sont considérées comme invalidité au sens de la LAI (considérant 1).

Article 19, 1^{er} alinéa, LAI. L'admission dans une maison d'éducation d'un assuré qui a terminé sa formation scolaire spéciale ne donne pas droit à des subsides de l'AI pour une telle formation (considérant 2).

Article 16 LAI. L'assuré qui reçoit, après avoir suivi l'école publique ou l'école spéciale, sa formation professionnelle initiale dans une maison d'éducation installée à cet effet, et à qui cette formation occasionne des frais supplémentaires élevés, a droit au remboursement de ces frais par l'AI ; l'égalité de droit entre les pensionnaires de l'institut doit être sauvegardée dans le calcul des subsides. Cette règle s'applique également aux essais de formation qui sont interrompus prématurément par suite du mauvais comportement de l'assuré (considérant 3).

Articolo 4 LAI. La debilita e l'anomalia affettiva quali possibili conseguenze di una lesione cerebrale acquisita o congenita, sono considerate invalidità nel senso della LAI (considerando 1).

Articolo 19, capoverso 1, LAI. Il ricovero in una casa di correzione di un assicurato che ha terminato la sua istruzione scolastica speciale non dà diritto a ulteriori sussidi dell'AI per siffatta istruzione (considerando 2).

Articolo 16 LAI. L'assicurato che dopo aver frequentato la scuola pubblica o la scuola speciale riceve la sua prima formazione professionale in una

casa di correzione istituita a tale scopo e incontra notevoli spese suppletive per detta formazione, ha diritto alla rifusione di dette spese da parte dell'AI ; l'uguaglianza dei diritti degli allievi dell'istituto dev'essere tutelata per quanto concerne la determinazione dei sussidi. Questa norma è pure applicabile ai tentativi di formazione che sono interrotti prematuramente in seguito alla cattiva condotta dell'assicurato (considerando 3).

L'assuré, né en 1943, a vécu dans des homes depuis sa tendre enfance. Il a toujours été considéré comme mentalement arriéré et difficile de caractère ; il a dû être transféré souvent d'un home à l'autre. Il reçut dans une maison d'éducation, puis dans un home d'éducation, une formation scolaire proportionnée à ses facultés. Le 20 avril 1960, il fut admis à la maison d'éducation de B. ; après s'y être bien conduit pendant une année, il eut une querelle et s'évada le 4 mai 1961. Depuis lors, il travaille à l'essai comme ouvrier agricole.

En mars 1960, le tuteur de l'assuré demanda des prestations de l'AI. Dans un rapport présenté à la Commission cantonale AI, l'Institut suisse pour épileptiques déclara que l'assuré, ayant subi de mauvaises influences, souffrait d'une débilité « tout au plus de faible degré » et d'incontinence d'urine chronique et résistante à tous les traitements. L'intelligence était légèrement inférieure à la moyenne et pouvait être évaluée à 85-90 pour cent. Se fondant sur ce rapport, la commission AI refusa des subsides pour la formation scolaire spéciale ; en outre, elle précisa qu'elle ne pouvait accorder des mesures visant à guérir l'incontinence. Le tuteur ayant recouru, la Commission cantonale de recours ordonna à la caisse de compensation « d'accorder et de verser les subsides pour la formation scolaire prévus par l'article 19 LAI ».

L'OFAS porta ce jugement devant le TFA, en proposant de renvoyer la cause à l'autorité de première instance pour supplément d'instruction et nouvelle décision. Dans son mémoire d'appel, l'OFAS déclara qu'un droit à des prestations de l'AI reposait nécessairement sur l'existence d'une invalidité ; or, en l'espèce, les pièces du dossier ne permettant pas d'établir si l'assuré était invalide, une expertise devait être effectuée. Cependant, même s'il y avait invalidité, cela n'impliquerait pas nécessairement un droit à des subsides pour une formation scolaire spéciale ; ceux-ci ne sont alloués en effet que pour les 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. Or, la maison de B. n'admet que les jeunes gens qui ont suivi une école publique ou spéciale. Cependant, si l'expertise montrait que l'invalidité de l'assuré rendait difficile le choix d'une profession, l'assuré aurait droit à l'orientation professionnelle. En outre, l'AI devrait allouer des prestations pour sa formation professionnelle initiale pendant son séjour dans cette maison.

Le TFA a admis l'appel. Voici ses considérants :

1. Un droit à des prestations de l'AI suppose l'invalidité de l'assuré. L'invalidité au sens de la présente loi est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 LAI). 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 (art. 5, 2^e al., LAI).

L'expertise révèle, d'une manière convaincante, que l'assuré est atteint d'une débilité grave, qui représente à elle seule une invalidité (cf. à ce sujet ATFA 1961, p. 162 = RCC 1961, p. 382). Il souffre en outre de graves anomalies affectives, que l'on observe même dans l'électroencéphalogramme, et qui, dans tous les homes où l'assuré

a séjourné, ont entraîné de grandes difficultés. L'assuré, qui a dû être transféré d'un home à l'autre, finira, selon l'expert, « très probablement par être interné à titre permanent dans une maison de santé ». L'expert estime qu'il est probablement juste d'admettre une lésion cérébrale acquise ou congénitale, qui provoque des anomalies intellectuelles et affectives. Ainsi, on a manifestement affaire à une invalidité au sens des articles 4 et 5, 2^e alinéa, LAI.

2. Le tuteur n'a pas maintenu, en procédure d'appel, sa demande de subsides pour la formation scolaire spéciale pendant le séjour de l'assuré à la maison de B. Selon l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI, de tels subsides ne sont alloués que pour 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. Par école publique, on entend tout enseignement du cycle de la scolarité obligatoire, y compris l'enseignement dans des classes spéciales ou de développement (art. 8, 2^e al., RAI). L'assuré n'est entré à la maison d'éducation de B. qu'après avoir reçu une formation scolaire spéciale à sa portée, ce qui exclut les subsides prévus par l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI.

3. En revanche, l'assuré invalide remplissait, pendant son séjour à la maison de B. (du 20 avril 1960 au 4 mai 1961), les conditions donnant droit à des prestations en vertu de l'article 16 LAI, aux termes duquel l'assuré qui n'a pas encore eu d'activité lucrative et à qui sa formation professionnelle initiale occasionne, du fait de son invalidité, des frais beaucoup plus élevés qu'à un non-invalide a droit au remboursement de ses frais supplémentaires si la formation répond à ses aptitudes. L'article 5, 1^{er} alinéa, RAI précise que l'on considère comme formation professionnelle initiale tout apprentissage ou formation accélérée, ainsi que la fréquentation d'écoles professionnelles, supérieures ou universitaires, faisant suite aux classes de l'école publique ou spéciale fréquentées par l'assuré. La formation professionnelle initiale est donnée à des jeunes gens difficiles par la maison de B., ainsi qu'il appert de la reconnaissance accordée par l'OFAS et de la convention tarifaire qu'il a conclue avec cet établissement. L'échec de la formation de l'assuré, entreprise dans cet institut et interrompue par suite du comportement de l'assuré, ne change rien à l'obligation de l'AI d'allouer des prestations pour la durée de cet essai.

Dans ces conditions, il est superflu de renvoyer la cause pour nouvelle décision, comme le proposait l'OFAS. En revanche, la commission AI devra fixer, pour la caisse de compensation, le montant des prestations. Bien que l'AI ne prenne en charge, selon l'article 16 LAI, que les frais supplémentaires occasionnés par l'invalidité, il faudra veiller tout de même à ce que les subsides soient fixés d'une manière équitable pour les pensionnaires de l'institut de B.

4. Conformément au mémoire d'appel de l'OFAS, l'assuré conserve son droit à l'orientation professionnelle, même s'il ne peut en faire usage pour le moment. En revanche, il ne peut prétendre une rente qu'à partir du premier jour du mois qui suivra son 20^e anniversaire (s'il a le degré d'invalidité déterminant). L'allocation de rentes avant cette date supposerait, conformément à l'article 29, 2^e alinéa, LAI, que l'invalidité est survenue après le 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'assuré a accompli ses 17 ans. Or, cette condition n'est pas remplie ; même si l'on considère l'invalidité comme survenue, juridiquement, le 1^{er} janvier 1960 en vertu de l'article 85, 1^{er} alinéa, LAI (l'assuré est effectivement invalide depuis sa tendre enfance), l'assuré est devenu invalide avant l'âge de 17 ans révolus.

RENTES ET ALLOCATIONS POUR IMPOTENTS

Arrêt du TFA, du 28 novembre 1961, en la cause M. H.

Article 29, 2^e alinéa, LAI. Seul peut bénéficier d'une rente d'invalidité avant l'âge de 20 ans le mineur qui a payé des cotisations ou reçu un salaire en nature d'une certaine importance avant la réalisation du risque assuré, c'est-à-dire avant la survenance d'une invalidité atteignant l'ampleur requise pour l'octroi d'une rente.

Articolo 29, capoverso 2, LAI. Può beneficiare di una rendita d'invalidità prima del compimento dei 20 anni soltanto il minorenne che ha pagato contributi o che ha percepito un salario in natura d'una certa entità prima dell'avverarsi del rischio assicurato, ovvero prima della comparsa dell'invalidità del grado voluto per la concessione di una rendita.

L'assurée, née en 1942, invalide depuis sa naissance, a suivi des classes primaires spéciales de 1949 à 1959. Depuis le 1^{er} septembre 1959, elle a été occupée à des travaux manuels simples dans l'entreprise où travaille également son père ; son gain hebdomadaire s'élève à 22 francs, à raison de 37 heures de travail par semaine, alors que les ouvrières régulières gagnent 108 francs pour 45 heures de travail.

La Commission cantonale AI a évalué le taux d'invalidité de M. H. à 70 pour cent. Mais la Caisse cantonale de compensation a considéré que les conditions mises par l'article 29, 2^e alinéa, LAI à l'octroi d'une rente d'invalidité avant l'âge de 20 ans révolus n'étaient pas remplies et a rendu le 27 décembre 1960 une décision refusant la rente requise. Le recours présenté au nom de l'assurée a été rejeté par l'autorité de première instance.

Le TFA, saisi d'un appel, confirma le premier jugement pour les motifs suivants :

1. Le mémoire d'appel évoque l'éventualité de mesures de réadaptation, mais ne formule pas de conclusion sur ce point ; avec raison d'ailleurs, une telle requête n'ayant fait l'objet d'aucune décision administrative et le juge ne pouvant s'en saisir ni se prononcer en l'état. La présente procédure porte ainsi uniquement sur le droit de l'appelante à une rente d'invalidité.

Nul ne conteste à l'assurée la qualité d'invalide au sens de la LAI. Ni la caisse intimée ni l'OFAS ne mettent en cause le prononcé de la Commission cantonale AI, qui a évalué à 70 pour cent le taux de l'invalidité. Est litigieuse, en revanche, la question de savoir si l'appelante, actuellement encore mineure, peut bénéficier avant l'âge de 20 ans de la rente d'invalidité entière à laquelle ce taux d'invalidité lui ouvrirait droit.

2. L'article 29, 2^e alinéa, LAI dispose que « la rente est allouée au plus tôt dès le premier jour du mois qui suit le 20^e anniversaire de l'assuré. Elle l'est toutefois antérieurement lorsque l'assuré est devenu invalide après le 31 décembre de l'année dans laquelle il a eu 17 ans révolus et a payé des cotisations ou reçu un salaire en nature d'une certaine importance ».

Aux termes de la deuxième phrase de cette disposition, l'assuré mineur peut ainsi bénéficier d'une rente d'invalidité dès avant l'âge de 20 ans — en dérogation au principe général posé dans la première phrase — à la double condition

- a) qu'il soit devenu invalide après la fin de l'année civile au cours de laquelle il a accompli sa 17^e année, et
- b) qu'il ait payé des cotisations ou reçu un salaire en nature d'une certaine importance.

3. Invalide en fait depuis sa naissance, l'appelante est devenue invalide en droit le 1^{er} janvier 1960. L'article 85, 1^{er} alinéa, LAI dispose, en effet, que l'invalidité des assurés déjà invalides lors de l'introduction de l'AI est « réputée survenue au moment de l'entrée en vigueur de la loi ». Etant née en 1942, l'appelante est ainsi devenue invalide en droit « après le 31 décembre de l'année dans laquelle elle a eu 17 ans révolus » et remplit en la forme la première des conditions mises par l'article 29, 2^e alinéa, LAI à l'octroi d'une rente dès avant l'âge de 20 ans.

Il n'est pas nécessaire d'examiner ici si le but visé par l'article 29, 2^e alinéa, 2^e phrase, LAI (voir ci-dessous considérant 4, in fine) permet de tenir pour suffisante, dans tous les cas, la réalisation de pure forme de la première des conditions légales. Même une réponse en tous points affirmative ne sert de rien à l'appelante, si elle ne remplit pas la deuxième de ces conditions.

4. La deuxième condition mise par l'article 29, 2^e alinéa, LAI à l'octroi d'une rente d'invalidité avant l'âge de 20 ans révolus est que l'assuré ait « payé des cotisations ou reçu un salaire en nature d'une certaine importance ». La question à trancher en l'espèce est de savoir à quelle date cette condition doit être remplie.

La réponse ne peut être tirée directement des termes de la loi. Ni le texte français, ni le texte italien de l'article 29, 2^e alinéa, LAI ne fournissent la moindre indication sur ce point. Si le texte allemand précise que le paiement des cotisations ou la perception d'un salaire en nature doit — tout comme la survenance de l'invalidité — être postérieur au 31 décembre de l'année dans laquelle l'assuré a eu 17 ans révolus, cette précision n'apporte aucun élément nouveau pour ce qui concerne le paiement des cotisations. Aux termes de l'article 3, 2^e alinéa, lettre a, LAVS (dans la teneur qui est la sienne depuis le 1^{er} janvier 1957) et de l'article 2 LAI, en effet, l'obligation de cotiser des assurés exerçant une activité lucrative prend naissance le 1^{er} janvier suivant le 17^e anniversaire, et aucune cotisation ne doit donc être payée avant la date fixée à l'article 29, 2^e alinéa, LAI. Cette précision ne peut ainsi concerner que la perception d'un salaire en nature, en assimilant expressément aux assurés soumis à cotisations — aussi en ce qui concerne le début de la période à prendre en considération — « les apprentis et les membres de la famille travaillant dans l'exploitation familiale » qui ne touchent aucun salaire en espèces et que l'article 3, 2^e alinéa, lettre d, LAVS libère jusqu'à l'âge de 20 ans révolus de l'obligation de payer des cotisations sur le revenu de leur travail. Même si le texte allemand gardait le même silence que les textes français et italien, des motifs évidents d'égalité de traitement rendraient d'ailleurs une telle assimilation nécessaire.

La réponse à la question posée ci-dessus découle, en revanche, de la règle tirée du système de la LAVS par la pratique et la jurisprudence, et qui se retrouve au même titre dans le système de la LAI, à savoir que toutes les conditions du droit à la rente doivent être remplies en principe, pour que ce droit prenne naissance, au moment de la réalisation du risque assuré (voir p. ex. ATFA 1955, p. 267, 1956, p. 227 et 1957, p. 204 = RCC 1957, p. 29, 432). Il ne fait aucun doute que cette règle vaut pour la deuxième des conditions de l'article 29, 2^e alinéa, LAI, et que, par conséquent, ne peut bénéficier d'une rente d'invalidité avant l'âge de 20 ans que le mineur qui a payé des cotisations ou reçu un salaire en nature d'une certaine importance avant la réalisation du risque assuré, c'est-à-dire avant la survenance de l'invalidité atteignant l'ampleur requise pour l'octroi d'une rente. L'application à cette condition légale de la règle tirée du système de la LAI est corroborée par les résultats auxquels aboutirait son défaut d'application. En effet, si l'on prenait en considération des cotisations payées ou un salaire en nature obtenu après la réalisation du risque assuré,

il en résulterait une inégalité de traitement à tel point paradoxale au sein de la catégorie des mineurs frappés d'invalidité entre 17 et 20 ans que nul ne pourrait tenir cette solution pour conforme à la loi : la rente serait alors versée à ceux de ces mineurs dont l'invalidité n'est que partielle et qui, malgré leur infirmité, demeurent aptes à exercer une certaine activité lucrative, tandis que ceux qui seraient frappés d'invalidité totale les rendant inaptes à toute activité lucrative se verraient — et eux seuls — privés de cette même rente.

Les raisons qui ont conduit le législateur à prévoir l'allocation d'une rente d'invalidité à certains assurés encore mineurs confirment que la solution retenue est bien la seule conforme au sens véritable de l'article 29, 2^e alinéa, 2^e phrase, LAI. Il ressort clairement des travaux préparatoires de l'élaboration de la LAI (voir notamment le rapport de la Commission fédérale d'experts pour l'introduction de l'AI, du 30 novembre 1956, p. 129, et le message du Conseil fédéral relatif au même objet, du 24 octobre 1958, p. 63, FF 1958 II, p. 1223) que l'institution de la rente d'invalidité pour mineurs a été prévue en faveur de jeunes gens qui, après avoir débuté dans la vie active, se voient entravés dans leur activité lucrative par la survenance d'une invalidité ; elle a pour but de compenser la perte de revenu subie par suite de la survenance de cette invalidité. L'invalidité de naissance et le mineur devenu invalide dans son enfance qui, nonobstant l'invalidité dont ils sont atteints, peuvent exercer une certaine activité et paient des cotisations ou reçoivent un salaire en nature dès l'âge de 17 ans, ne sont manifestement pas visés par cette disposition. Il est même permis de se demander si de tels invalides, qui auraient accompli leur 18^e ou 19^e année en 1959 et rempliraient ainsi formellement les conditions de l'article 29, 2^e alinéa, 2^e phrase, LAI en vertu de la seule disposition transitoire de l'article 85, 1^{er} alinéa, LAI — leur invalidité étant réputée survenue le 1^{er} janvier 1960, et étant admis que les cotisations versées à l'AVS sont prises en compte à cet égard également (voir art. 36, 4^e al., LAI) — doivent nécessairement bénéficier, dès avant l'âge de 20 ans, de la rente dont l'octroi ne vise nullement le but de l'institution de la rente pour mineurs. La question ne se posant pas en l'occurrence, elle peut rester sans réponse.

5. En l'espèce, l'appelante a accompli sa 17^e année en 1959. Elle ne pouvait payer des cotisations avant la survenance de son invalidité, fixée en droit au 1^{er} janvier 1960 (art. 85, 1^{er} al., LAI), l'obligation de cotiser ne prenant naissance qu'à cette dernière date (art. 2 LAI ; art. 3, 2^e al., lettre a, LAVS). Elle n'a pas davantage reçu de salaire en nature ; en aurait-elle reçu un, en tant qu'apprentie ou membre de la famille travaillant dans l'exploitation familiale, qu'elle ne pourrait d'ailleurs remplir pour autant la condition légale (voir considérant 4). Aussi ne saurait-elle bénéficier d'une rente d'invalidité avant l'âge de 20 ans révolus. Contrairement à l'avis soutenu par l'appelante, ce refus de rente ne présente aucun caractère transitoire. Il est bien plutôt l'expression de la règle fondamentale exposée ci-dessus, qui veut que les conditions d'octroi de la rente — en particulier celle du paiement des cotisations ou de la perception d'un salaire en nature d'une certaine importance — soient remplies avant la survenance de l'invalidité. A l'avenir, comme par le passé, l'assuré se trouvant dans une situation identique à celle de l'appelante ne pourra de ce fait toucher une rente d'invalidité avant sa majorité.

L'appel ne peut donc être que rejeté, les droits de l'assurée dès l'âge de 20 ans révolus étant réservés.

Arrêt du TFA, du 2 novembre 1961, en la cause T. G.

Article 5, 1^{er} alinéa, et 85, 1^{er} alinéa, LAI. L'invalidité d'une maîtresse de maison qui, en raison de sa situation sociale, n'aurait vraisemblablement pas exercé une activité lucrative immédiatement avant le 1^{er} janvier 1960 si elle n'était pas en fait devenue invalide auparavant, doit être évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir ses travaux de ménagère.

Articoli 5, capoverso 1, e 85, capoverso 1, LAI. Il grado d'invalidità di una casalinga che, stando alla sua situazione sociale, non avrebbe probabilmente esercitato un'attività lucrativa immediatamente prima del 1° gennaio 1960 se non fosse precedentemente diventata invalida, dev'essere valutato in base all'impossibilità di eseguire i suoi lavori domestici.

L'assurée, née en 1901, a été amputée en 1945 de la jambe gauche et porte depuis lors une prothèse. A la suite de troubles circulatoires et d'efforts excessifs, sa jambe droite se mit à enfler. Depuis 1956, elle souffre en outre de diabète. Depuis de nombreuses années, elle s'occupe uniquement de son ménage, qu'elle peut tenir elle-même, à l'exception des gros travaux ; elle héberge, au surplus, un pensionnaire. La caisse de compensation, se fondant sur le prononcé de la commission AI, lui refusa l'octroi d'une rente, estimant qu'en tant que ménagère, elle n'était pas invalide pour la moitié au moins. La commission de recours confirma cette manière de voir, tout en renvoyant l'assurée à la commission AI pour l'examen d'une demande de renouvellement de sa prothèse et d'octroi de mesures médicales, qu'elle avait fait valoir dans son recours.

L'assurée renouvela sa demande de rente devant le TFA, qui rejeta l'appel pour les motifs suivants :

1. Aux termes de l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit à une rente lorsqu'il est invalide pour la moitié au moins (50 pour cent) ; dans les cas pénibles, une demi-rente peut être allouée lorsque l'assuré est invalide pour les deux cinquièmes au moins (40 pour cent). L'assuré a droit à la rente dès qu'il présente une incapacité permanente de gain de la moitié au moins ou dès qu'il a été totalement incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs et subit encore une incapacité de gain de la moitié au moins (art. 29, 1^{er} al., LAI). Pour les assurés déjà invalides lors de l'entrée en vigueur de la LAI (1^{er} janvier 1960), l'invalidité sera réputée survenue au moment de l'entrée en vigueur de cette loi (art. 85, 1^{er} al., LAI).

L'invalidité au sens de la LAI est une incapacité de gain présumée permanente ou de longue durée (art. 4 LAI). Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité sont réputés invalides si l'atteinte à leur santé les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 5, 1^{er} al., LAI). Cette disposition vise surtout les ménagères et les membres des communautés religieuses, ainsi que le confirme l'article 27, 1^{er} alinéa, RAI.

2. La commission AI et le juge cantonal ont évalué l'invalidité de l'assurée en fonction de son activité de ménagère. Le TFA a cependant démontré dans son arrêt du 26 juin 1961, en la cause L. S. (ATFA 1961, p. 166 = RCC 1961, p. 337) que, pour faire application de la disposition spéciale de l'article 5, 1^{er} alinéa, LAI, il ne suffisait pas d'établir que l'assurée n'exerçait pas d'activité immédiatement avant la survenance de l'invalidité (soit le 1^{er} janvier 1960, selon l'art. 85, 1^{er} al., LAI) ; il faut encore se demander si l'assurée aurait exercé une telle activité immédiatement avant la réalisation de l'événement assuré si elle n'avait pas été en fait déjà invalide.

Or, selon ses déclarations, l'appelante était ouvrière d'usine de 1919 à 1933, après quoi elle a travaillé encore pendant six mois environ comme couturière. Mais depuis qu'elle a cessé cette dernière activité par suite d'une maladie de sa mère, elle a voué toute son activité à la tenue de son petit ménage. Elle tire ses moyens d'existence des revenus d'un immeuble et de l'hébergement d'un pensionnaire. Dans ces conditions, on ne saurait admettre que l'assurée, qui est née en 1901, aurait exercé une activité de couturière immédiatement avant le 1^{er} janvier 1960 si elle n'était pas invalide, comme elle le prétend dans son appel. Son mémoire ne contient d'ailleurs aucune indication au sujet de la reprise éventuelle d'une activité lucrative, qu'en tout état de cause on ne saurait raisonnablement exiger d'elle.

L'octroi d'une rente dépend dès lors uniquement de la question de savoir si l'assurée est, en tant que ménagère, invalide à 50, voire 40 pour cent au moins. Il est évident que tel n'est pas le cas : selon les déclarations d'une assistante sociale, l'assurée est en mesure d'effectuer la plupart des travaux de son ménage. Elle n'a donc pas droit à une rente d'invalidité, aussi longtemps du moins que son état de santé ne s'est pas sensiblement aggravé. Il y a lieu toutefois de faire remarquer à l'assurée que lorsqu'elle aura accompli sa 63^e année, soit dès le 1^{er} avril 1964, elle aura droit à une rente de vieillesse de l'AVS.

Arrêt du TFA, du 13 octobre 1961, en la cause C. B.

Article 42, 1^{er} alinéa, LAI ; article 37 RAI. Une rente d'invalidité récemment allouée doit être prise en considération pour calculer le revenu déterminant d'un impotent, même si, conformément à la règle générale, on se fonde sur le revenu obtenu l'année précédente.

Articolo 42, capoverso 1, LAI ; articolo 37 OAI. Una rendita d'invalidità, il cui diritto è da poco sorto, dev'essere presa in considerazione per il computo del reddito determinante d'un impotente anche se, stando alla norma generale, si debba basarsi sul reddito conseguito nell'anno civile precedente.

La Commission cantonale AI reconnut à l'assuré le droit à une rente pour couple de 1440 francs par an dès le 1^{er} janvier 1960, mais elle lui refusa l'allocation pour impotent, son revenu dépassant les limites fixées par la loi.

La Commission cantonale de recours, en revanche, fit droit à sa demande et lui accorda l'allocation pour impotent pour l'année 1960.

Sur appel de l'OFAS, le TFA annula la décision de première instance pour les motifs suivants :

1. ...

2. De l'article 59, 1^{er} alinéa, RAVS, applicable par analogie aux termes de l'article 37, 2^e alinéa, RAI déjà cité, il résulte que le revenu déterminant pour apprécier l'état de besoin est en règle générale « le revenu obtenu au cours de l'année civile précédente ». L'assuré n'ayant pas invoqué de diminution notable survenue entre-temps (art. 59, 2^e et 3^e al., RAVS), l'autorité cantonale de recours s'est donc fondée, à juste titre, sur le revenu obtenu au cours de l'année 1959 pour apprécier si l'intéressé remplissait la condition de besoin mise à l'octroi de l'allocation pour impotent durant l'année 1960. A l'issue de l'enquête ordonnée, le premier juge a fixé ce revenu — y compris la part de fortune à prendre en compte (art. 60 et 61 RAVS) — à 5921 francs. Ni l'intimé, ni l'OFAS ne contestent ce revenu, et la Cour de céans n'a aucun motif d'en mettre en doute l'exactitude. Mais l'OFAS relève qu'il faut ajouter

au revenu ainsi établi le montant de la rente d'invalidité accordée dès le 1^{er} janvier 1960.

Les rentes ordinaires de l'AI font partie du revenu déterminant (art. 56, lettre c, RAVS) et sont par conséquent prises en compte pour apprécier l'état de besoin au sens de l'article 42, 1^{er} alinéa, LAI. Si un assuré devient impotent alors qu'il bénéficie d'une rente d'invalidité depuis une année ou davantage, le montant annuel de cette rente sera automatiquement compris dans le revenu obtenu au cours de l'année civile précédente. Ni le sens, ni l'esprit des dispositions légales ne permettent de négliger cet élément de revenu et d'apprécier différemment l'état de besoin, lorsque la demande d'allocation pour impotent coïncide avec l'ouverture du droit à la rente d'invalidité. Aussi le TFA a-t-il prononcé déjà (voir arrêt H. E.-R. du 26 janvier 1961, RCC 1961, p. 158) que, lorsque l'allocation pour impotent est requise dès l'ouverture du droit à la rente d'invalidité — comme c'est le cas en l'espèce — le montant de la rente accordée doit être englobé dès l'abord dans le revenu déterminant. Sans doute le revenu déterminant est-il ici celui obtenu au cours de l'année 1959, alors que la rente ne court que dès le 1^{er} janvier 1960; l'interprétation littérale de l'article 59, 1^{er} alinéa, qui a été déclaré applicable par analogie seulement en matière d'allocations pour impotents, ne saurait néanmoins l'emporter sur les critères généraux d'appréciation de l'état de besoin.

3. Compte tenu de la rente d'invalidité de 1440 francs par an accordée à l'assuré, le revenu déterminant s'élève en l'espèce à 7361 francs, dont les deux tiers, soit 4907 francs, dépassent largement la limite légale de 4000 francs. L'assuré ne saurait donc bénéficier d'une allocation pour impotent pour l'année 1960. L'arrêt cantonal doit donc être annulé et la décision de refus rendue par la caisse intimée, le 8 mai 1960, rétablie pour cette période.

En outre, il ne semble guère que l'assuré puisse bénéficier d'une telle allocation pour l'année 1961, le revenu fixé dépassant même la nouvelle limite légale de 4800 francs en vigueur depuis le 1^{er} juillet 1961, et une diminution sensible du revenu depuis 1959 n'ayant jamais été invoquée en cours de procédure. Les pièces figurant au dossier ne permettent cependant pas d'établir avec certitude le revenu obtenu au cours de l'année 1960, qui est déterminant pour un éventuel droit à l'allocation pour impotent durant l'année 1961. Aussi l'assuré a-t-il la faculté, au cas où il estimerait remplir la condition de besoin mise à l'octroi d'une telle allocation pour l'année 1961 ou une période subséquente, de présenter à la caisse intimée une nouvelle demande.

Arrêt du TFA, du 30 septembre 1961, en la cause M. M.

Article 42, 1^{er} alinéa, LAI; article 37, 3^e alinéa, RAI. L'invalidé marié n'est réputé être dans le besoin et ne peut prétendre l'allocation pour impotent que si les deux tiers du revenu du couple n'atteignent pas les limites fixées à l'article 42 LAVS.

Articoli 42, capoverso 1, LAI; 37, capoverso 3, OAI. L'invalido sposato può sostenere di trovarsi nel bisogno e chiedere l'assegno per impotenti, soltanto se i due terzi del reddito determinante dei due coniugi non raggiunge i limiti stabiliti dall'art. 42 LAVS.

La Commission cantonale AI reconnut l'assuré invalide à 100 pour cent et impotent à 4 quarts à la suite d'une maladie dont il fut atteint en 1939, date à laquelle il cessa toute activité lucrative. La Caisse cantonale de compensation lui accorda une rente

entière simple d'invalidité et une rente complémentaire pour son épouse, mais elle lui refusa l'allocation pour impotent, le revenu du couple dépassant les limites fixées par la loi.

La Commission cantonale de recours, statuant en la cause, confirma la décision de la Caisse cantonale de compensation.

L'appel interjeté par l'épouse, au nom de son mari, fut rejeté par le TFA pour les motifs suivants :

1. ...

2. Aux termes de l'article 42, 1^{er} alinéa, LAI, ont droit à une allocation pour impotent « les assurés invalides qui sont dans le besoin et qui sont impotents à tel point que leur état nécessite des soins spéciaux et une garde ». Dans l'espèce, l'assuré est de toute évidence invalide, et nul ne met en doute son impotence. Est litigieuse, en revanche, la question de savoir s'il est dans le besoin au sens des dispositions légales.

L'article 42, 4^e alinéa, LAI charge le Conseil fédéral de fixer « les conditions auxquelles un impotent sera réputé être dans le besoin ». En exécution du mandat donné par le législateur, le Conseil fédéral a défini ces conditions à l'article 37 RAI. Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1961, cette disposition est applicable également aux demandes non encore liquidées à cette date (art. 117, 1^{er} al., RAI) et l'est par conséquent au cas présent ; elle reprend d'ailleurs exactement la réglementation provisoire antérieure. Or, l'article 37, 1^{er} alinéa, RAI dispose que l'impotent est réputé être dans le besoin « lorsque les deux tiers de son revenu, y compris une part équitable de sa fortune, n'atteignent pas les limites fixées à l'article 42 LAVS » et précise que « les limites prévues pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse pour couples sont applicables aux assurés mariés ». Le 2^e alinéa de ce même article renvoie aux articles 56 à 61 RAVS pour ce qui concerne la prise en compte du revenu et de la fortune, et le 3^e alinéa prescrit enfin expressément que « revenu et fortune des conjoints sont additionnés ».

Dans la teneur qui était la sienne jusqu'au 30 juin 1961, l'article 42 LAVS fixait la limite à 4000 francs par an pour les couples ; cette limite a été portée à 4800 francs dès le 1^{er} juillet 1961 (loi du 23 mars 1961 modifiant la LAVS). L'assuré marié n'est donc pas réputé être dans le besoin et ne peut prétendre l'allocation pour impotent selon l'article 42 LAI, durant la période du 1^{er} janvier 1960 au 30 juin 1961, que si les deux tiers du revenu déterminant du couple n'atteignent pas 4000 francs par an (soit un revenu total du couple inférieur à 6000 francs) et, durant la période subséquente, que si les deux tiers de ce revenu n'atteignent pas 4800 francs par an (soit un revenu total inférieur à 7200 francs).

Dans l'espèce, la caisse de compensation et le juge cantonal ont constaté que, selon le bordereau d'impôt pour 1960, le revenu net du couple s'était élevé à 11 849 francs durant l'année de calcul 1959 (art. 59, 1^{er} al., RAVS) et que, même après les déductions autorisées (art. 57 RAVS), les deux tiers du revenu déterminant dépassaient ainsi largement la limite légale de 4000 francs. L'appelante ne conteste pas le revenu établi ni ne prétend que ce revenu aurait subi depuis lors une diminution importante (art. 59, 2^e et 3^e al., RAVS). La Cour de céans ne peut donc que constater à son tour un dépassement tant de la limite de 4000 francs, applicable jusqu'au 30 juin 1961, que de celle en vigueur dès le 1^{er} juillet 1961, dépassement d'autant plus marqué qu'au revenu retenu par l'autorité de première instance doit être ajouté encore le montant des rentes accordées par l'AI (art. 56, lettre d, RAVS ; voir arrêt H. E.-R., du 26 janvier 1961, RCC 1961, p. 158).

L'appelante relève, en revanche, que la prise en compte du revenu de l'épouse défavorise la femme restée fidèle, malgré l'invalidité de son mari, à l'engagement con-

tracté par mariage. Certes, l'application de la loi peut aboutir parfois à des résultats peu satisfaisants, notamment lorsque le mari impotent n'a pas de ressources personnelles et que la femme fait un effort particulier pour subvenir à l'entretien de la famille ; les rigueurs possibles sont cependant fortement atténuées par l'application aux assurés mariés des limites de revenu propres aux couples, c'est-à-dire de limites de 60 pour cent supérieures à celles qui sont fixées pour les personnes seules...

Allocations familiales

Arrêt du TFA, du 15 mars 1961, en la cause A. K.

Article 13 LFA; article 9 RFA. Les décisions administratives et judiciaires en matière d'allocations familiales pour travailleurs agricoles ne valent en principe que pour une période bisannuelle (considérants 1 et 2).

Articles 1^{er} et 4 LFA. Qualité de travailleur agricole déniée à un agriculteur qui a remis son domaine à son gendre et continue à travailler dans l'exploitation contre rémunération. Confirmation de la jurisprudence (considérants 3 et 4).

Articolo 13 LFA; articolo 9 OFA. Le decisioni amministrative e giudiziarie in materia di assegni familiari ai lavoratori agricoli valgono, di massima, soltanto per un periodo biennale (considerandi 1 e 2).

Articoli 1 e 4 LFA. Qualità di lavoratore agricolo negata ad un contadino che ha trasmesso la sua azienda al suo genero e continua a lavorare nella stessa. Conferma della giurisprudenza (considerandi 3 e 4).

A. K., né en 1903, a vendu son domaine agricole à son beau-fils en 1958. Il a continué cependant à travailler dans l'exploitation, prêtant aide à son gendre qui lui accorde, outre la nourriture et le logement pour lui et son épouse, un salaire mensuel en espèces de 120 francs. De plus, en tant qu'apiculteur, l'intéressé s'occupe de 13 ruches pour son propre compte.

Par décision du 17 septembre 1958, la caisse cantonale de compensation a refusé de faire droit à une demande d'allocations familiales pour travailleurs agricoles présentée par A. K. L'intéressé ayant recouru auprès de la commission cantonale de recours, celle-ci a annulé ladite décision par jugement du 30 décembre 1958 et ordonné à la caisse de payer les allocations familiales à A. K. Ce jugement ne fut pas attaqué par voie de recours et entra par conséquent en force. Conformément à une instruction de l'OFAS valable pour tous les gendres occupés sur le domaine de leur beau-père et tous les beaux-pères occupés sur le domaine de leur gendre, la caisse a, le 27 juillet 1960, notifié à A.K. une décision lui supprimant le paiement des allocations. Par jugement du 23 novembre 1960, la commission cantonale de recours a admis un pourvoi dirigé contre cette décision, sans toutefois entrer en matière sur le fond. De l'avis de l'autorité cantonale de recours, les prononcés rendus en matière d'allocations familiales aux travailleurs agricoles déploient leurs effets pour une durée illimitée, sous réserve de modification de la situation; en l'espèce, aucune modification n'étant intervenue, la caisse ne pouvait, vu la force de chose

jugée, prendre une nouvelle décision contraire au jugement passé en force du 30 décembre 1958.

L'OFAS a déféré ce jugement au TFA, qui a admis l'appel pour les motifs suivants:

I

1. Alors que dans le droit des assurances sociales — comme dans tout le droit administratif, en général — les décisions prises par l'administration ne jouissent en principe que de la force de chose jugée quant à la forme et peuvent, par conséquent, être modifiées si elles sont manifestement contraires aux faits ou au droit (voir ATFA, 1951, p. 32 ss = RCC 1951, 160; ATFA 1958, p. 239 ss = RCC 1959, p. 30 ss et la doctrine et la jurisprudence qui y sont citées), les prononcés des autorités cantonales de recours contre lesquels aucun recours n'a été interjeté en temps utile, ainsi que les arrêts du Tribunal fédéral des assurances, sont nantis aussi bien de la force de chose jugée quant à la forme que de l'autorité de la chose jugée (effet quant au fond). L'autorité de la chose jugée s'exprime dans le caractère irrévocable du jugement rendu: non seulement l'administration ne doit pas prendre une nouvelle décision contraire au prononcé du juge, mais encore ce prononcé est irrévocable même pour le juge qui l'a rendu. Est seule réservée la voie extraordinaire de la révision (en ce qui concerne la procédure cantonale, voir notamment l'article 85, 2^e alinéa, lettre h, LAVS; pour la procédure fédérale, l'article 101 de l'arrêté fédéral concernant l'organisation du Tribunal fédéral des assurances et la procédure à suivre devant ce tribunal, et l'article 7 bis de l'ordonnance concernant l'organisation et la procédure du Tribunal fédéral des assurances dans les causes relatives à l'assurance-vieillesse; voir également ATFA 1960, p. 225 ss = RCC 1960, 353).

La force de chose jugée ne s'étend toutefois qu'à l'état de fait visé par la décision administrative ou à l'objet du litige tranché par le tribunal. Elle peut également être limitée par les dispositions de droit matériel. C'est ainsi que, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances en matière d'AVS, les décisions portant sur des cotisations et les jugements des autorités de recours en matière de cotisations ne sortissent leurs effets que pour la période de cotisations en cause; par conséquent, à l'issue de cette période, les faits déterminant le statut de l'assuré peuvent être examinés et appréciés à nouveau dans leur ensemble, quand bien même les données n'auraient subi aucune modification. Il en va autrement, selon le Tribunal fédéral des assurances, pour les décisions et les jugements d'autorités de recours en matière de rentes ordinaires. Comme des contrôles périodiques ne sont pas possibles en ce domaine, ces décisions et jugements acquièrent en principe une portée illimitée dans le temps. Toutefois, la force de chose jugée de tels jugements et décisions peut être limitée du fait de dispositions expresses (voir, par exemple, le chiffre II de la loi du 21 décembre 1956, modifiant la LAVS, qui prévoit que les nouvelles dispositions sur les rentes, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1957, sont également applicables dès cette date aux rentes en cours; voir à ce propos l'arrêt déjà cité dans les ATFA 1960, p. 225 ss = RCC 1960, 353).

2. En l'espèce, il faut se demander si les jugements relatifs aux allocations familiales pour les travailleurs agricoles ont, en principe (à l'instar des prononcés portant sur les rentes ordinaires de l'AVS), une portée illimitée dans le temps ou si leurs effets se trouvent limités par des dispositions du droit matériel (comme c'est le cas pour des prononcés concernant les cotisations de l'AVS). Dans la première hypothèse, vu le jugement rendu par l'autorité de recours le 30 décembre 1958, jugement

passé en force et nanti de l'autorité de la chose jugée, la caisse n'aurait pu prendre une nouvelle décision, le 27 juillet 1960; il est, en effet, incontesté que l'état de fait n'a subi depuis ce jugement aucune modification pouvant entraîner des conséquences juridiques. Dans la seconde hypothèse, la caisse pouvait procéder à un nouvel examen du cas pour le 1^{er} juillet 1960 si, à ce moment, la durée de validité fixée par les dispositions de droit matériel avait expiré.

Les décisions administratives et jugements des autorités de recours relatifs aux allocations familiales prévues par la LFA ne peuvent pas être comparés sans plus aux décisions et jugements passés en force et portant sur les cotisations ou les rentes en matière d'AVS.

a. Il est hors de doute que les prononcés concernant les cotisations fixées par la LFA doivent être assimilés, du point de vue de la force de chose jugée, aux décisions et jugements portant sur les cotisations de l'AVS, du moment que l'article 18 LFA renvoie à la réglementation de l'AVS pour ce qui a trait au prélèvement de la cotisation de 1 pour cent due sur les salaires versés au personnel agricole. Les principes jurisprudentiels émis au sujet de la durée limitée de la force de chose jugée en matière de cotisations AVS sont par conséquent applicables par analogie aux prononcés relatifs aux cotisations prévues par la LFA.

b. Il n'est pas possible non plus de reconnaître aux prononcés sur les allocations familiales aux paysans de la montagne une portée illimitée dans le temps, le droit aux allocations des intéressés dépendant notamment de taxations périodiques du revenu (art. 5, 2^e al., et 6, 2^e al., RFA). Les effets de la force de chose jugée doivent donc être limités à la période de taxation en cause; demeurent toutefois réservées les modifications de faits déterminants qui seraient survenues avant l'expiration de cette période.

c. En revanche, en ce qui concerne les prononcés sur les allocations familiales pour les travailleurs agricoles, les dispositions légales ne prévoient pas de contrôle périodique des conditions d'octroi des prestations pour la simple raison qu'un certain laps de temps se serait écoulé. On pourrait donc en déduire, avec la commission cantonale de recours, que la force de chose jugée de tels prononcés n'est, sous réserve de modifications des données, pas limitée dans le temps. Mais tirer une telle conclusion reviendrait à régler la durée des effets de la force de chose jugée de façon opposée selon que l'ayant droit est une personne de condition indépendante ou un salarié. Pareil résultat serait incompatible avec le caractère d'uniformité que présente le régime des allocations familiales pour les personnes exerçant une activité lucrative dans l'agriculture et avec le but de ce régime. Les relations étroites existant avec le système des cotisations de l'AVS (voir art. 18 LFA), où les décisions et jugements ne sont valables que pour la durée d'une période de cotisations montrent également la portée limitée dans le temps des jugements rendus en matière d'allocations familiales pour travailleurs agricoles.

Il n'y a donc de solution conforme au système légal que si l'on applique par analogie les principes tirés des articles 5, 2^e alinéa, et 6, 2^e alinéa, RFA (voir lettre b ci-dessus), selon lesquels la force de chose jugée d'un prononcé ne s'étend qu'à la durée de la période de taxation en cause. Cette période diffère cependant selon que la caisse détermine elle-même le revenu (art. 5 RFA) ou se fonde sur la taxation fiscale (art. 6 RFA en relation avec l'art. 24 RAVS). Selon la pratique administrative et la jurisprudence, le mode de détermination prévu à l'article 6 RFA est le plus indiqué (voir commentaire de l'OFAS, dans Recueil LFA 1958, p. 38). C'est pourquoi il se justifie de trancher la présente question litigieuse en se fondant sur la période de taxation fiscale, ce d'autant plus qu'en se référant à l'article 6 RFA, il y a concordance, dans le temps, avec les périodes de cotisations de l'AVS.

Vu les considérations qui précèdent, on peut conclure que les prononcés sur les allocations familiales aux travailleurs agricoles ne valent que pour une période bisannuelle débutant par une année paire, ce par analogie avec l'article 6, 2^e alinéa, RFA et avec la réglementation valable en matière de cotisations AVS, où la force de chose jugée n'a qu'une portée limitée. Sont réservées les modifications de la situation de fait survenues avant l'expiration de la période en cause ou les restrictions éventuelles figurant dans le jugement lui-même. Il n'est pas nécessaire de préciser pour le moment si et dans quelle mesure des dérogations à cette règle seraient possibles ou même indiquées afin de tenir compte de l'année agricole ou des conditions particulières d'un cas déterminé.

d. En l'espèce, les allocations familiales ont été accordées à l'intimé par jugement du 30 décembre 1958, sur la base d'un contrat de travail valable dès le 1^{er} mai 1958. D'après la solution adoptée plus haut, la validité de ce jugement prenait fin à l'expiration de la période bisannuelle 1958-1959. Pour la période suivante, la caisse devait réexaminer le cas et prendre une nouvelle décision conforme aux critères juridiques maintenant déterminants. Elle l'a fait par sa décision du 27 juillet 1960 suspendant le paiement des allocations dès le premier jour du mois en cause, soit à partir d'un moment où le jugement de la commission de recours ne déployait plus aucun effet. Cette décision pouvait donc formellement être prise.

Voudrait-on admettre qu'en continuant à accorder les allocations durant le premier semestre de l'année 1960, la caisse de compensation s'est déterminée pour une nouvelle période expirant à fin 1961 de la même manière que si elle avait pris une décision expresse, la caisse était alors autorisée à modifier sa décision du moment qu'elle avait appliqué manifestement de façon erronée les dispositions légales (voir chiffre II ci-dessous); l'administration peut en effet revenir sur ses propres décisions qui ne sont nanties que de la force de chose jugée formelle.

II

3. L'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, LFA accorde un droit à des allocations familiales pour travailleurs agricoles aux « personnes qui, en qualité de salariés, exécutent contre rémunération, dans une entreprise agricole, des travaux agricoles, forestiers ou ménagers ». Aux termes du 2^e alinéa de cette disposition, les membres de la famille de l'exploitant qui travaillent dans l'exploitation ont également droit aux allocations, « à l'exception des parents de l'exploitant en ligne directe, ascendante ou descendante, ainsi que des épouses de ces parents ». L'article 4 dispose en outre que « les allocations familiales ne peuvent être versées que si le salaire payé par l'employeur correspond au moins aux taux locaux usuels pour les travailleurs agricoles ».

Selon cette réglementation légale, le beau-père travaillant dans l'exploitation agricole de son gendre n'est pas — à la différence du père — exclu purement et simplement du bénéfice des allocations familiales pour travailleurs agricoles. Il peut bien plutôt y prétendre, à la double condition qu'il travaille « en qualité de salarié » (art. 1^{er}, 1^{er} al., LFA) et qu'il reçoive un salaire correspondant au moins « aux taux locaux usuels » (art. 4 LFA). Ces deux conditions sont celles-là mêmes que doit remplir tout travailleur agricole pour pouvoir bénéficier des allocations; elles font l'objet d'une ample jurisprudence que le TFA a soumise à un réexamen, résumée et précisée dans les arrêts rendus le 15 mars 1961 dans les causes J. H. (ATFA 1961, p. 82 ss = RCC 1961, p. 429) et F. B. (Zeitschrift für die Ausgleichskassen 1961, 463).

Dans ces arrêts, le Tribunal confirme que la notion de salarié au sens de la LFA repose sur les mêmes critères fondamentaux que celle de personne de condition dépendante dans l'AVS. Mais à ces critères s'ajoute l'exigence d'un rapport étroit

entre l'activité déployée et sa rémunération, exigence découlant de la nature et du but des allocations, de la condition légale d'une activité exercée « contre rémunération » (art. 1^{er}, 1^{er} al., LFA) et de celle d'un « salaire » conforme aux taux locaux usuels (art. 4 LFA). Là où d'autres avantages, actuels ou futurs, l'emportent sur le salaire proprement dit, l'activité cesse de pouvoir être tenue pour salariée au sens de la LFA. Dans le régime des allocations familiales aux travailleurs agricoles, la qualité de salarié est définie ainsi par trois critères fondamentaux: le lien de subordination, notamment quant à l'organisation du travail, le défaut du risque économique propre à l'agriculteur indépendant et la rémunération, sous forme de salaire courant, en tant qu'élément essentiel des avantages retirés par l'intéressé de sa situation dans l'exploitation. Par salaire local usuel, il faut entendre la rémunération ordinairement versée — tant dans sa quotité que quant à sa nature —, dans la région en cause et pour une exploitation analogue, à un travailleur étranger à la famille, cette rémunération devant comprendre l'ensemble des prestations en espèces et en nature; on tiendra compte, le cas échéant, de la capacité de travail restreinte du salarié.

4. En l'espèce, l'on ne saurait reconnaître la qualité de salarié à l'intimé. Comme l'a constaté à plusieurs reprises le TFA (voir arrêts en la cause H. W., du 24 novembre 1955, ATFA 1955, p. 292 ss = RCC 1956, p. 61; en la cause A. K., du 12 octobre 1956, ATFA 1956, p. 242 ss = RCC 1957, p. 395 ss; en la cause H. F., du 3 juillet 1959, RCC 1959, p. 456), il est contraire aux usages courants qu'un agriculteur remette à son gendre l'exploitation du domaine dont il a été auparavant le propriétaire ou le fermier et continue à y travailler en qualité de salarié. Certes, une telle situation peut se rencontrer dans des conditions bien déterminées; les circonstances peuvent également être différentes lorsque le beau-père n'a jamais été ni propriétaire ni fermier de l'exploitation de son gendre (voir par exemple arrêts du 3 mars 1960 en la cause E. M. et en la cause L. G., RCC 1960, p. 364); en l'espèce, ces conditions ne sont pas réalisées. Rien ne permet en particulier de conclure que l'intimé aurait été contraint par les circonstances de mettre un terme à son activité indépendante pour devenir salarié. Il est manifeste que ce sont, pour l'essentiel, des raisons traditionnelles dans l'agriculture qui ont incité l'intimé à instituer son gendre comme successeur à la tête de son exploitation. Il n'y a pas de motifs consistants qui permettent d'affirmer que le beau-père se trouve dans un état de dépendance vis-à-vis de son gendre. Le fait que l'intimé élève des abeilles pour son propre compte démontre encore que les liens qui l'unissent à son beau-fils ne sont pas semblables à ceux existant entre un patron et son domestique, mais sont de nature familiale. On ne pourrait guère non plus admettre que la rémunération corresponde à celle versée usuellement à un salarié ayant sa pleine capacité de travail.

CHRONIQUE MENSUELLE

Des conférences avec les *commissions AI et leurs secrétariats* ont eu lieu les 8 et 9 février, sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Après un coup d'œil rétrospectif sur la deuxième année de l'AI, les participants entendirent des exposés, suivis d'une discussion, sur les dispositions relatives au contentieux et sur la jurisprudence du TFA dans le domaine de la réadaptation et des rentes.

M. Frauenfelder, directeur, profita de l'occasion pour entrer en contact personnel avec les représentants des commissions AI, et prit la parole pour souligner l'importance de la tâche qui incombe à ces organes de l'assurance.

*

La *commission du Conseil national* chargée d'examiner le *projet de modification de la loi fédérale fixant le régime des allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux paysans de la montagne* a siégé les 14 et 15 février sous la présidence de M. Gnägi, en présence de MM. Tschudi, conseiller fédéral, et Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a décidé de fixer le montant de l'allocation pour enfant à 15 francs par mois et par enfant en région de plaine, et à 20 francs en zone de montagne, ces taux étant applicables aussi bien aux travailleurs agricoles qu'aux petits paysans. En ce qui concerne la limite de revenu, la commission a prévu un supplément uniforme de 700 francs pour chaque enfant. Elle s'est, en outre, prononcée pour l'insertion, dans le projet, d'une disposition donnant au Conseil fédéral la compétence de prescrire que les allocations pour enfants doivent également être versées pour les enfants vivant à l'étranger et de prévoir, dans ce cas, une réserve quant au droit de réciprocité. Pour le surplus, la commission s'est ralliée aux décisions du Conseil des Etats, à l'exception de celle concernant le droit des gendres de l'exploitant aux allocations familiales; sur ce point, elle a donné, à l'unanimité des voix, la préférence au texte du projet présenté par le Conseil fédéral. Lors du vote sur l'ensemble du projet, celui-ci a été approuvé à l'unanimité.

La marche des affaires dans l'AI en 1960 et 1961

Des rapports détaillés sur la marche des affaires dans l'AI pendant l'année d'introduction 1960 ont déjà été publiés précédemment (RCC 1960, p. 240 et 327 ; 1961, p. 1). A présent, les chiffres pour 1961 sont également connus ; voici un bref exposé des principaux résultats obtenus.

*

En 1960, les *commissions AI* ont reçu 91 523 demandes, provenant surtout de la volée de ceux qui étaient déjà invalides lors de l'entrée en vigueur de l'AI. En 1961, le nombre des demandes a été de 48 453 ; même si l'on tient compte du fait qu'un tiers environ de ces demandes concernent des cas remontant à l'année précédente, ce chiffre est bien plus élevé que l'on ne s'y attendait.

Pendant la première année de l'AI, les commissions AI ont liquidé 58 087 demandes, pendant la seconde année 64 128, ce qui représente en tout 87,3 pour cent des demandes reçues depuis le 1^{er} janvier 1960. En 1961, le nombre des cas liquidés a dépassé de 15 675 celui des demandes. Rappelons à ce propos qu'un cas liquidé peut surgir à nouveau, par exemple pour une revision, sans faire l'objet d'une nouvelle demande et sans être enregistré comme tel dans les statistiques ; la somme effective de travail des commissions AI est donc plus considérable que ne l'expriment ces chiffres.

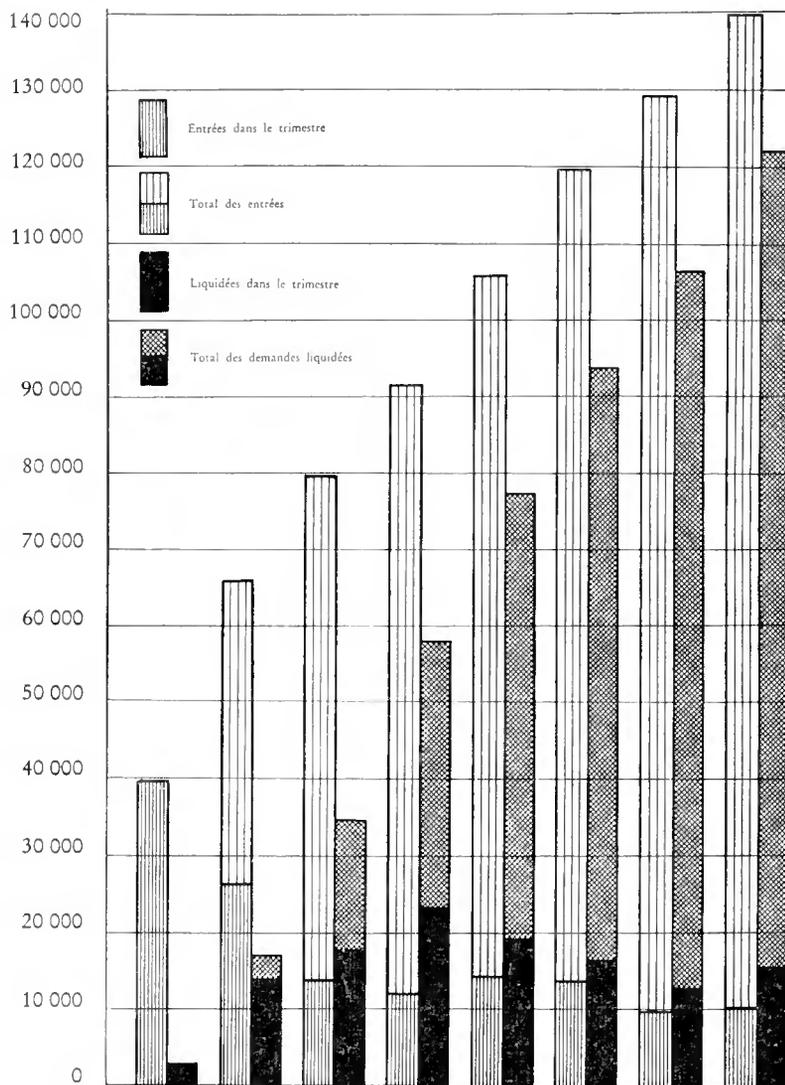
Le graphique ci-contre montre le déroulement des affaires par trimestre. A partir du 3^e trimestre de 1960, les commissions ont liquidé plus de cas qu'elles n'en ont reçu.

Il y avait 33 436 demandes non liquidées à la fin de l'année 1960 ; ce nombre est tombé à 17 761 à la fin de l'année suivante. La moitié environ de ces cas proviennent du 4^e trimestre de 1961, tandis que l'autre moitié remonte à une date antérieure au 1^{er} octobre 1961. Cela ne signifie toutefois pas que les commissions AI ne s'en soient encore jamais occupées. L'examen des demandes peut prendre beaucoup de temps ; ainsi, plusieurs semaines peuvent s'écouler jusqu'à ce que l'examen d'un assuré dans un centre de réadaptation, dans une station d'observation ou chez un médecin puisse être considéré comme terminé. Souvent, c'est l'assuré lui-même qui est la cause du retard, par exemple en ne répondant pas assez vite aux lettres que lui adressent les organes de l'assurance. En statistique, toutefois, un cas n'est considéré comme liquidé que lorsque la commission AI s'est prononcée sur les mesures de réadaptation à prendre ou sur le degré d'invalidité.

*

Ecoulement du travail des commissions AI en 1960/1961 par trimestre

Demands



Trimestre

1960

1961

Les *offices régionaux* AI ont reçu 7500 mandats pendant la première année de l'AI et 7967 pendant la seconde année. 4680 ont été liquidés en 1960, 8872 en 1961. Le nombre des cas en suspens a donc diminué de 2820 à la fin de l'année 1960 à 1915 à la fin de 1961. Ce résultat n'a pu être atteint qu'en renforçant à titre provisoire ou définitif le personnel des offices régionaux et en faisant appel plus souvent aux services sociaux et aux experts. En outre, se fondant sur les premières expériences faites, les commissions AI ont veillé à ne confier aux offices régionaux, autant que possible, que des mandats de réadaptation professionnelle.

*

Les *services sociaux de l'aide aux invalides* ont également contribué à mener à bonne fin la lourde tâche de l'AI. En 1960, on n'avait fait appel à eux que dans 1200 cas environ; en 1961, ce nombre a presque atteint 3000.

*

Les factures pour les prestations en nature individuelles, les frais d'examen et de voyage, etc., sont payées par la *Centrale de compensation*. Leur nombre s'est, lui aussi, fortement accru; on en comptait 59 473 en 1960 et 135 415 en 1961. Ainsi, 192 888 factures au total ont été contrôlées et payées.

Les prestations de l'AI pour la formation professionnelle initiale

Est réputée formation professionnelle initiale toute formation ayant pour but l'exercice d'une activité professionnelle, faisant suite à l'école publique ou spéciale et précédant une activité lucrative ou une activité dans un autre domaine (par exemple dans le propre ménage). La formation professionnelle initiale n'est pas, en soi, une mesure nécessitée par l'invalidité, puisque, à l'exception des simples manœuvres, qui n'ont pas besoin d'une préparation spéciale, les personnes valides doivent elles aussi recevoir une formation professionnelle pour pouvoir exercer un métier. En revanche, il arrive qu'une invalidité existante ou imminente rende difficile le choix d'une profession ou que, pour assurer la formation professionnelle, il faille recourir à des mesures spéciales qui occasionnent, du fait de l'invalidité de l'assuré, des frais supplémentaires.

L'AI tient compte de ces éventualités. Selon l'article 16 LAI, l'assuré qui n'a pas encore eu d'activité lucrative et à qui sa formation professionnelle initiale occasionne, du fait de son invalidité, des frais beaucoup plus élevés

qu'à un non-invalide a droit au remboursement de ses frais supplémentaires si la formation répond à ses aptitudes. Sont réputés formation professionnelle initiale non seulement tout apprentissage ou formation accélérée, mais aussi la fréquentation d'écoles professionnelles, supérieures ou universitaires, ainsi que la préparation à un travail auxiliaire ou à une activité dans un atelier d'occupation permanente pour invalides. On trace généralement la limite entre école publique ou spéciale, d'une part, et formation professionnelle initiale, d'autre part, en tenant compte du genre de l'enseignement ou du but visé par l'établissement. Ainsi, par exemple, l'enseignement des travaux du ménage est considéré comme formation scolaire spéciale s'il figure au programme de l'école spéciale ; en revanche, un apprentissage de ces travaux faisant suite à l'école publique ou spéciale est réputé faire partie de la formation professionnelle initiale. Pour fixer la limite entre ces mesures et les mesures de reclassement, il importe d'établir si l'assuré a déjà exercé une activité lucrative ou non. Ne sont pas considérées comme activités lucratives au sens de l'article 16 LAI des activités de courte durée, par exemple une activité transitoire exercée entre la fin de l'école et le début de la formation professionnelle, une occupation pendant les vacances ou un stage préparatoire.

Si la formation professionnelle initiale doit être interrompue pour cause d'invalidité et qu'une autre formation doit être entreprise, la nouvelle préparation est reconnue, en principe, comme formation professionnelle initiale. Cependant, si la formation est interrompue à un moment où l'assuré a déjà fait de tels progrès qu'il pourrait exercer une activité professionnelle dans ce domaine, la nouvelle formation est considérée comme mesure de reclassement.

Selon l'article 16 LAI, l'assuré a droit au remboursement de ses frais supplémentaires s'ils sont beaucoup plus élevés du fait de son invalidité et que la formation répond à ses aptitudes. Aux termes de l'article 5, 2^e alinéa, RAI, les frais de formation professionnelle initiale sont réputés beaucoup plus élevés s'ils dépassent de plus de 240 francs par année ceux que l'assuré aurait pour une formation de même nature s'il n'était pas invalide. On calcule ces frais occasionnés par l'invalidité en comparant les frais effectifs de la formation aux frais de formation à prévoir pour un non-invalide. On prend pour base de comparaison, en principe, le même genre de formation dans les deux cas. Toutefois, si l'assuré a reçu un début de formation professionnelle avant d'être invalide, ou s'il avait reçu manifestement une formation moins coûteuse en n'étant pas invalide, on peut prendre comme termes de comparaison d'autres genres de formation.

En comparant les frais, on veillera à ne prendre en considération que les *dépenses* et non pas les recettes effectives ou non réalisées. Les frais occasionnés doivent en outre être en rapport avec la formation professionnelle. Les dépenses générales, telles que par exemple les frais de soins médicaux, les cotisations à des caisses-maladie, etc., ne doivent pas être considérées.

Pour déterminer les frais supplémentaires causés par l'invalidité, on calculera, dans les deux termes de la comparaison, les dépenses faites pour *toute la durée de la formation* ; on ne doit donc pas comparer seulement certaines

périodes. Par exemple, si un apprentissage dure, sans invalidité, trois ans, et si l'invalidité le prolonge d'une année, on calculera d'un côté les frais de l'apprentissage de trois ans, de l'autre les frais de celui de quatre ans ; les frais supplémentaires, dus à l'invalidité, qui résulteront de ce calcul seront alors répartis par années.

Si l'invalidité survient au cours d'une formation déjà commencée et oblige l'assuré à recevoir une autre formation, les frais de la fin de l'apprentissage interrompu (c'est-à-dire les dépenses qui auraient été occasionnées en continuant le premier apprentissage, sans survenance de l'invalidité) seront comparés à ceux du nouvel apprentissage, entrepris après la survenance de l'invalidité.

La remise de moyens auxiliaires dans l'AI

Selon les articles 21 LAI, 14 et 15 RAI, l'assurance fournit aux invalides les moyens auxiliaires leur permettant d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir leurs travaux habituels (par exemple le ménage), d'étudier ou d'apprendre un métier, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle. On entend par moyens auxiliaires principalement des accessoires personnels, destinés à compenser les déficiences de fonctions que le corps ou ses organes n'assument plus (par exemple membres artificiels, appareils de soutien et de marche, moyens auxiliaires pour les organes internes, appareils acoustiques). Il est souvent nécessaire de fournir aux assurés, pour compléter ces accessoires individuels ou indépendamment d'eux, des installations auxiliaires au poste de travail (par exemple des sièges et des instruments de travail spéciaux), des moyens auxiliaires pour la vie quotidienne (béquilles, barres d'appui, appareils pour s'habiller, manger, faire sa toilette), ainsi que des véhicules (principalement pour se rendre au travail).

Pour leur instruction et leur formation professionnelle, les assurés ont également droit, en principe, aux moyens auxiliaires. Toutefois, s'il s'agit d'accessoires de travail et de moyens d'exercice nécessaires à la formation scolaire spéciale, à la formation professionnelle initiale ou au reclassement, il incombe au centre de formation de les mettre à la disposition de l'invalidé. Les frais qui en résultent sont remboursés par l'AI au moyen des taxes individuelles convenues. De tels accessoires (par exemple des machines à écrire pour aveugles ou pour assurés atteints de paralysie des bras) ne peuvent être prêtés personnellement par l'AI que si l'assuré ne reçoit pas sa formation dans un centre spécial pour infirmes de cette catégorie. Autre restriction : l'assuré n'a pas droit à la remise d'un véhicule à moteur aux frais de l'AI pendant la durée de sa formation scolaire ou professionnelle, car la condition prévue à l'article 15, 2^e alinéa,

RAI (activité durable permettant à l'assuré de couvrir ses besoins) n'est alors pas encore remplie.

Au reste, la remise d'un véhicule à moteur aux frais de l'AI n'entre en ligne de compte que pour l'assuré qui n'est pas en mesure, à cause de son invalidité, de se rendre à son travail sans un véhicule à moteur personnel, qui ne peut utiliser les moyens de transport public ou dont on ne peut attendre qu'il les utilise, et pour lequel on ne peut trouver un logement approprié à proximité du lieu de travail. Elle est exclue s'il s'agit d'un véhicule ordinaire, affecté à un usage professionnel (par exemple pour le transport des marchandises), dont l'assuré aurait besoin même s'il n'était pas invalide. Dans ces cas-là, on étudiera la possibilité d'accorder une aide en capital (art. 18, 2^e alinéa, LAI) permettant l'achat d'un véhicule à moteur.

Les installations auxiliaires au poste de travail sont fournies par l'AI lorsque la formation de l'assuré est achevée, si elles sont rendues nécessaires par l'invalidité et ne font partie ni de l'équipement ordinaire de ce poste de travail (par exemple machine à écrire pour aide de bureau), ni des instruments que le salarié doit habituellement fournir lui-même. C'est pourquoi l'AI ne peut prendre en charge les frais occasionnés par des instruments personnels tels que l'échantillon du tourneur, le micromètre, la règle à calculer, etc., dont un ouvrier valide a également besoin pour travailler.

Les frais de prothèses dentaires, de lunettes et de supports plantaires ne sont pris en charge par l'AI que si ces moyens auxiliaires sont le complément important de mesures médicales de réadaptation au sens des articles 12 ou 13 LAI.

En principe, l'AI prend en charge la totalité des frais des moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat qu'elle a estimés nécessaires. L'assuré qui désire un modèle plus coûteux doit se le procurer à ses frais ; l'AI lui accorde alors une contribution dont le montant est égal à celui qu'elle aurait dépensé pour le modèle moins coûteux. Cette contribution est versée, pour les véhicules à moteur et autres moyens auxiliaires coûteux, par acomptes annuels ; on fixe alors les versements d'après la durée probable d'utilisation du moyen auxiliaire.

En outre, l'AI assume également les frais causés par l'entraînement à l'usage d'un moyen auxiliaire. Il en va de même des frais de réparation, d'adaptation ou de remplacement partiel, si le moyen auxiliaire a été utilisé normalement et soigneusement, à moins que ces frais ne soient minimes ou qu'un tiers ne soit responsable. Lorsqu'il s'agit de véhicules à moteur, les frais de réparation ne sont pris en charge par l'AI que dans la mesure où ces réparations sont nécessitées par l'utilisation du véhicule entre le domicile de l'assuré et son lieu de travail.

Les frais d'entretien de véhicules à moteur, d'appareils acoustiques et autres, ainsi que des chiens-guides pour aveugles, ne sont pas assumés par l'AI. Exceptionnellement, dans les cas pénibles, l'AI peut allouer une contribution jusqu'à concurrence de 50 francs par mois.

Les véhicules à moteur comme moyens auxiliaires dans l'AI

Lors de l'entrée en vigueur de la LAI, l'Office fédéral des assurances sociales a donné les directives nécessaires pour assurer l'application uniforme des dispositions légales. Les directives du 20 janvier 1960 concernant l'octroi et la remise de moyens auxiliaires dans l'AI contiennent des dispositions détaillées sur les conditions d'octroi de véhicules à moteur — actuellement définies à l'article 15, 2^e alinéa, RAI — ainsi que sur la procédure à suivre lors de l'instruction des demandes tendant à la remise de ces moyens auxiliaires. Ces directives ont fourni aux commissions AI une base solide pour l'examen des cas qui leur étaient soumis. Pour faciliter encore leur tâche à l'avenir, il n'est peut-être pas sans intérêt d'émettre quelques considérations inspirées par les expériences faites jusqu'à ce jour.

L'examen de la demande

Aux termes de l'article 15, 2^e alinéa, RAI, édicté en application de l'article 21 LAI, des véhicules à moteur seront 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 but de la réadaptation étant de rendre les assurés capables d'exercer une activité lucrative, une des premières tâches des organes de l'AI chargés de l'instruction de la demande consistera à examiner si l'invalidé est en mesure d'exercer une activité lui garantissant une certaine sécurité économique et lui permettant d'assurer son entretien et celui des personnes dont il a la charge. Le cas échéant, on s'en assurera en exigeant de l'intéressé toutes précisions utiles concernant son revenu. Les pièces du dossier doivent permettre de se faire une idée précise sur ce point. En revanche, une demande tendant à l'octroi d'un véhicule à moteur doit être écartée d'office lorsqu'elle émane d'un assuré qui se trouve encore au stade du reclassement ou de la formation professionnelle initiale, car on ne saurait parler alors « d'exercer une activité lui permettant de couvrir ses besoins. » Dans ce dernier cas, il est cependant possible de mettre à la charge de l'AI partiellement ou totalement les frais de transport, en se fondant sur les articles 51 LAI et 5 ou 11 RAI.

Pour l'octroi d'un véhicule à moteur, il est en outre indispensable qu'en raison de ses difficultés à se déplacer, l'assuré ne puisse effectuer sans son pro-

pre véhicule à moteur le trajet jusqu'à son lieu de travail, ou qu'on ne puisse exiger de lui cet effort. A cet égard, il faut préciser que la difficulté ou l'impossibilité de se déplacer doit être en relation directe avec l'invalidité. Ainsi, par exemple, l'absence de transports en commun ne justifie pas l'octroi d'une voiture, car il y a lieu d'admettre que dans de telles circonstances, même un bien portant doit disposer d'un véhicule pour se rendre à son travail. Pour les mêmes raisons, la remise d'un véhicule n'entre pas en considération si ce véhicule est affecté aux besoins de l'entreprise ou doit être considéré principalement comme moyen indispensable à l'exercice de la profession. Est réservé l'octroi d'un véhicule à moteur en tant qu'aide en capital. On tiendra donc compte essentiellement du genre et du degré d'invalidité pour déterminer si l'assuré peut prétendre l'octroi d'un véhicule à moteur, ainsi que pour choisir le modèle approprié. Le plus souvent, les demandes qui peuvent être prises en considération émanent d'assurés atteints de paralysie complète d'un ou des deux membres inférieurs, ou ayant dû subir une amputation, par suite de maladie ou d'accidents. On admet que l'état d'un invalide justifie la remise d'un véhicule lorsque l'intéressé n'est même pas en mesure de se déplacer sur de courtes distances et ne peut utiliser des transports publics sans se faire accompagner et aider.

Le choix d'un modèle et sa remise à l'assuré

L'OFAS a pris contact avec l'Union professionnelle suisse de l'automobile aux fins d'obtenir des fournisseurs de véhicules destinés aux invalides des conditions de vente uniformes. Par la suite, divers constructeurs et importateurs se sont déclarés disposés à livrer leurs véhicules avec un rabais spécial. Dorénavant, en cas d'octroi d'un véhicule à moteur, on s'en tiendra donc, en principe, aux modèles livrés à des conditions plus avantageuses et dont l'OFAS a dressé la liste. Parmi ceux-ci, on retiendra évidemment le modèle le plus simple et le plus approprié, en tenant compte de l'invalidité du requérant, ainsi que des circonstances particulières, par exemple la distance qui sépare le domicile du lieu de travail, l'état de la chaussée, son inclinaison, etc. Comme par le passé, ce sont les experts de la circulation routière qui jugent de l'aptitude de l'intéressé à se servir d'un véhicule. En revanche, ils se refusent, par principe, à proposer une marque déterminée.

Lorsque la commission AI estime que les conditions d'octroi sont remplies, elle soumet le cas à l'OFAS pour approbation. Le dossier doit contenir, entre autres pièces justificatives, la formule de demande, le rapport médical, l'attestation d'aptitude à se servir d'un véhicule, ainsi que toutes indications utiles prouvant que l'assuré est en mesure d'exercer une activité lui permettant de couvrir ses besoins. On joindra également au dossier un projet de prononcé dûment motivé.

La prise en charge par l'AI de prestations des caisses-maladie

Dans le rapport annuel de 1960 de la Caisse suisse de réassurance pour longues maladies (CLM), il est question aussi de l'assurance des soins médicaux en cas de poliomyélite. En voici un extrait :

« Le montant total des prestations de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques en cas de poliomyélite s'est élevé à 223 882 fr. 20 en 1960 contre 600 000 à 800 000 francs en moyenne au cours des exercices antérieurs. A titre d'information, voici comment se répartit la somme ci-dessus :

Prestations pour frais en cours en 1959	Fr. 46 715.30
Prestations non prises en charge par l'AI	Fr. 51 480.05
Prestations au sujet desquelles l'AI ne s'est pas encore prononcée	Fr. 125 686.85
	<hr/>
Total	Fr. 223 882.20

Plus de la moitié des prestations prises en charge par la CLM ou créditées aux caisses affiliées en 1960 concernent donc des frais à propos desquels l'AI n'a pas encore pris de décision mais, selon les constatations faites jusqu'à aujourd'hui, qu'elle prendra en grande partie à son compte. Aux termes d'un arrangement conclu avec l'Office fédéral des assurances sociales, la CLM est en droit de réclamer le remboursement de ces prestations aux organes de l'AI. Les sommes ainsi remboursées serviront à réduire la prime de répartition de l'exercice 1961.

Les frais restant définitivement à la charge de la CLM s'élèvent à 51 480 fr. 05 seulement, soit moins de 10 pour cent des dépenses annuelles précédentes et certainement moins de 10 pour cent également des frais qui auraient incombé à la CLM en 1960 si l'AI n'était entrée en vigueur.

Ce montant comprend les prestations versées aux malades pendant le stade aigu de la maladie, aux invalides bénéficiant d'une rente de l'AI et n'ayant ainsi pas droit aux mesures de réadaptation médicales, et aux étrangers, régulièrement assurés auprès d'une caisse-maladie suisse et habitant notre pays, mais n'y séjournant pas depuis assez longtemps pour bénéficier des prestations de l'AI. La CLM a pris à sa charge certains frais, peu importants, pour des mesures médicales que l'AI n'a pas voulu payer, ne les considérant pas comme nécessaires à la réadaptation professionnelle des malades, mais que le médecin traitant et notre médecin-conseil ont estimé être dans l'intérêt des malades, ce qui justifie leur paiement par l'assurance des soins médico-pharmaceutiques en cas de poliomyélite.

Il serait toutefois faux, sur la base des chiffres qui viennent d'être cités, de considérer comme sans importance l'appui fourni par la CLM en 1960 aux malades atteints de poliomyélite. Presque tous ceux qui bénéficiaient déjà des prestations de notre caisse au début de l'exercice et tous les malades annoncés en cours d'année ont, malgré l'AI, profité encore de nos prestations, car les organes de l'AI ne sont entrés en fonction qu'au courant de 1960 et n'ont pu, au début du moins, liquider avec la rapidité voulue les innombrables cas qui leur ont été soumis. La CLM s'est donc vue obligée de garantir le paiement des frais, à titre subsidiaire, pour éviter toute interruption du traitement, et, lorsque l'examen des cas par l'AI s'est prolongé, de payer les factures présentées, quitte à en demander le remboursement en vertu de l'arrangement dont il est question plus haut. Dans non moins de 222 cas, et pour un montant de 86 656 fr. 15, les commissions de l'AI ont procédé au remboursement des frais avancés par les caisses-maladie. Ce chiffre ne figure pas dans nos comptes et n'est donc pas compris dans la somme de 223 882 fr. 20 susmentionnée. En effet, les organes de l'AI remboursent directement les caisses qui ont avancé les frais et n'ont donc pas reçu d'avis de crédit de la CLM.

Beaucoup plus considérable encore est le montant des prestations qui ont fait l'objet d'un avis de crédit subsidiaire — permettant la continuation du traitement — mais pour lesquelles aucune facture n'a été présentée parce que, conformément à nos directives, les intéressés ont attendu la décision des organes de l'AI, ou pour lesquelles des factures ont effectivement été envoyées, mais n'ont pas été payées par les caisses, celles-ci les ayant transmises directement pour paiement aux commissions AI une fois connue la décision de ces dernières».

Le rôle de la Centrale de compensation dans l'AI

Pour beaucoup de personnes ou institutions chargées d'appliquer des mesures de réadaptation d'ordre médical, professionnel ou autre en vertu de la loi sur l'AI, la Centrale de compensation reste un organisme assez mystérieux. En effet, la Centrale — comme on l'appelle communément — n'apparaît, en règle générale, que sur un coupon de mandat, puisqu'elle n'intervient que dans la phase finale du processus de réadaptation soit au moment du paiement des prestations en nature. C'est pourquoi nous allons donner une brève description de ses attributions en général et de son activité dans l'AI, en particulier.

La Centrale de compensation, subdivision de l'Administration fédérale des finances, a été créée au début de 1940; en avril 1942, elle s'est établie à Genève. Sa tâche principale était alors de centraliser les décomptes des caisses de compensation chargées d'appliquer les régimes des allocations pour perte de salaire

et de gain ; elle procédait à la *compensation*, c'est-à-dire encaissait les excédents de recettes auprès des unes pour mettre les fonds nécessaires à la disposition des autres caisses. Elle était en outre chargée de divers travaux d'ordre administratif et comptable. Ce système ayant donné d'heureux résultats durant de longues années, la Centrale de compensation se vit confier la même fonction dans l'AVS, à partir du 1^{er} janvier 1948; en outre, elle dut s'occuper de la tenue du registre des personnes ayant payé des cotisations AVS ou pour lesquelles des cotisations ont été payées, du registre des bénéficiaires de rentes et de travaux statistiques. La Centrale de compensation assume en outre le secrétariat du Conseil d'administration du Fonds de compensation, dont elle exécute les décisions; elle se charge de l'application de l'AVS facultative des Suisses à l'étranger, ainsi que de certaines tâches découlant des conventions internationales.

Avec l'introduction de l'AI, le 1^{er} janvier 1960, les attributions de la Centrale ont été non seulement élargies, mais complétées par une activité toute nouvelle: le paiement des prestations en nature d'ordre individuel aux institutions appliquant des mesures de réadaptation ou aux assurés, ainsi que le paiement des subventions AI. S'il est relativement simple d'extraire les rubriques AI des décomptes périodiques des caisses de compensation, opération présentant beaucoup d'analogie avec les travaux exécutés jusqu'alors par la Centrale, il en va tout différemment du nouveau *service de paiement des prestations AI*. En effet, d'organisme centralisateur des services «de l'arrière», la Centrale a passé en première ligne, puisqu'elle est en contact direct avec les assurés parfois, sinon avec les personnes ou institutions qui ont collaboré à leur réadaptation.

La tâche de ce service ne se limite pas au paiement des prestations en nature, mais englobe aussi le *contrôle des factures*. Si le contrôle préalable exécuté par les secrétariats des commissions AI se borne à vérifier l'identité entre prestations facturées et prestations accordées, celui de la Centrale est plus approfondi. De plus, la Centrale a fait un pas décisif dans l'automatisation des travaux de bureau en utilisant pour les factures AI son ordinateur électronique (cf. RCC 1961, p. 133).

Mais pour qu'un service très automatisé fonctionne bien, il est indispensable que les matériaux à traiter, en l'occurrence les factures AI, soient préparés avec le plus grand soin. Les secrétariats des commissions AI, vers qui convergent les factures relatives aux assurés de leur circonscription, veillent d'abord à ce que les documents contiennent toutes les indications nécessaires et que les factures soient présentées sur les formules ad hoc. Souvent, ils doivent ajouter un numéro de compte postal, un numéro d'assuré, compléter ou déchiffrer une adresse manquante ou illisible. Ces opérations qui paraissent insignifiantes entraînent, par leur répétition trop fréquente, un ralentissement dans l'écoulement régulier du travail. Après avoir constaté la concordance des prestations accordées et des prestations mises en compte, le secrétariat AI répartit les factures en différentes catégories, les numérote, munit celles des créanciers pressés d'une fiche pour paiement urgent et transmet le tout, une fois par semaine au minimum, à la Centrale de compensation.

Se fondant sur la décision de la caisse de compensation, la Centrale, qui tient un dossier pour chaque assuré, procède au contrôle arithmétique et matériel

des factures, sur la base des tarifs et des conventions en vigueur. Les divergences qui surgissent çà et là font l'objet de corrections qui sont portées à la connaissance des intéressés. Ensuite, la Centrale établit une carte perforée contenant tous les renseignements utiles sur l'assuré (nom, prénom, numéro d'assuré, etc.). Cette carte est classée dans un fichier général des bénéficiaires de prestations AI. Les indications statistiques indispensables sont reportées mécaniquement sur une nouvelle carte perforée appelée « carte de paiement », dont la perforation est complétée par les indications relatives au paiement proprement dit. Cette opération marque en principe la fin des opérations manuelles. Les cartes ainsi préparées sont alors acheminées vers l'installation électronique, qui prépare les mandats, les avis de virement, les bordereaux et autres tableaux récapitulatifs à la cadence de 36 000 lignes à l'heure. Ces cartes de paiement sont utilisées ensuite pour divers travaux statistiques.

Actuellement, le service de paiement AI occupe 15 à 18 personnes en permanence. Il contrôle en une année quelque 150 000 factures AI et verse plus de 30 millions de francs aux médecins, aux établissements hospitaliers et de réadaptation, aux masseurs, aux écoles spéciales, etc. L'organisation est conçue de telle manière qu'il est possible, grâce à l'installation électronique, de traiter ces factures et de les payer dans les 20 jours qui suivent leur arrivée à la Centrale. Pour tenir ce délai, il est dans l'intérêt de tous que les factures présentées soient impeccables car, dans une chaîne d'opérations de routine, l'exception qui demande un traitement particulier ralentit le travail. C'est grâce à une collaboration intelligente des organes en cause que la Centrale de compensation pourra remplir, à la satisfaction générale, la nouvelle tâche qui lui a été confiée.

La nouvelle circulaire sur le salaire déterminant

En treize ans, la jurisprudence et la pratique administrative ont permis aux règles sur le salaire déterminant de se fixer sur un terrain solide. Toutefois, ce sont surtout les principes généraux qui se sont cristallisés. L'évolution de la vie économique pose en revanche constamment de nouveaux problèmes et apporte des solutions nouvelles. C'est ainsi que depuis le 1^{er} janvier 1959, date de l'entrée en vigueur de la circulaire 20 b, la pratique a évolué et s'est précisée sur différents points qui, s'ils n'ont pas une portée essentielle, ont du moins leur importance dans l'application uniforme des règles sur le salaire déterminant. Il est donc apparu nécessaire d'adapter les instructions administratives à la situation actuelle; d'où la nouvelle édition de la circulaire sur le salaire déterminant¹. Les citations de jurisprudence ont également été complétées par la référence aux arrêts les plus récents du Tribunal fédéral des assurances. Dans sa structure

¹ Edition en vente sous n° 318.107.04 f à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3, au prix de 2 francs.

(hormis une petite exception constituée par le nouveau chapitre figurant à la page 48), la circulaire sur le salaire déterminant n'a pas été modifiée. Selon le nouvel usage, elle ne porte plus de numéro (cf. RCC 1961, 245). Nous commentons ci-dessous les principaux changements intervenus. Les numéros indiqués dans cet article sont les numéros marginaux de la circulaire.

Trois arrêts récents du Tribunal fédéral des assurances (cf. RCC 1961, p. 28 ss, et l'article paru dans RCC 1961, p. 13) ont permis de mieux définir les *prestations de secours* non comptées dans le gain de l'activité lucrative (art. 6, 2^e al., lettre b, RAVS ; n^o 8). Il s'agit du départ à faire entre ces prestations et celles faisant partie du salaire déterminant, qui sont accordées par l'employeur (ou par une institution propre à l'entreprise) au salarié lors de la résiliation des rapports de service (cf. n^o 73 ss).

Le facteur décisif, c'est le *motif* pour lequel les rapports de service ont été résiliés. Si le salarié a atteint l'âge normal de la retraite ou s'il ne peut plus travailler pour raisons de santé, l'indemnité accordée par l'employeur est une prestation de secours, même si le salarié n'est pas dans le besoin. Dans tous les autres cas, l'indemnité n'est une prestation de secours que si le salarié est dans le besoin. En règle générale, l'indemnité versée par l'employeur est une prestation de secours aussi longtemps que, seule ou ajoutée à la pension, elle ne dépasse pas la valeur habituelle d'une prestation de secours ou d'assurance. Dans l'examen des cas particuliers, on ne regardera néanmoins pas comme une prestation de secours toute indemnité accordée à un salarié congédié pour cause de vieillesse ou d'invalidité, même si le montant de cette prestation n'est pas exceptionnellement élevé. Il se peut, en effet, que cette indemnité comprenne des versements comptés dans le salaire déterminant selon les n^{os} 73 ss de la circulaire, comme des provisions ou gratifications allouées après coup (voir n^o 74).

Dans la teneur qu'il avait jusqu'ici, le n^o 42 de la circulaire comptait dans les allocations de résidence et de renchérissement au sens de l'article 7, lettre b, RAVS, c'est-à-dire incorporait au salaire déterminant « les suppléments accordés par l'employeur » pour les frais d'entretien « lorsque l'employeur ne peut pas nourrir et loger lui-même le salarié, celui-ci se trouvant alors obligé de prendre pension ailleurs à un prix plus élevé ». Certains ont avancé que cette règle se trouve en contradiction avec le n^o 94, d'après lequel « les frais supplémentaires de nourriture encourus par le salarié en raison de la distance éloignant le lieu de travail et celui du domicile, ainsi que les frais de logement lorsqu'il doit coucher au dehors » sont déductibles du gain brut. Ce point de vue ne peut pas être retenu. Les frais généraux sont les frais supplémentaires, c'est-à-dire la somme que le salarié dépense en plus s'il ne peut se loger et se nourrir à domicile. L'idée est que le repas pris au dehors doit normalement correspondre à celui qui est habituellement pris à la maison. Lorsque l'employeur bonifie ces frais supplémentaires au salarié, il ne lui alloue pas un salaire, mais le dédommage seulement (pour les frais remboursés séparément, voir n^o 97). C'est dans la mesure où la prestation de l'employeur *dépasse* les frais normaux qu'il y a un salaire déterminant (ainsi par exemple si l'employeur

offrait à son salarié les repas dans un restaurant de première classe !). On considérait jusqu'ici cette condition comme remplie, selon le n° 42, lorsque le salarié ne pouvait pas prendre pension chez l'employeur, mais devait se nourrir au dehors à ses frais. Sur ce point, le texte du n° 42 a été précisé. Le besoin pratique de préciser cette règle s'est fait sentir depuis que se répand toujours plus le système de la semaine anglaise, qui oblige souvent les employeurs à accorder des indemnités spéciales pour le repas de midi que le salarié n'a plus la possibilité de prendre à domicile. Le n° 42 dispose maintenant que les suppléments accordés pour les repas ou le logement au dehors ne font partie du salaire déterminant que dans la mesure où ils dépassent *les frais habituellement encourus de ce chef*. Pour éviter des comptes d'apothicaire, le texte précise que les suppléments doivent, pour être comptés dans le salaire, *manifestement* dépasser les frais habituels.

Dans le domaine des allocations familiales, deux points doivent être signalés. Jusqu'ici, selon le n° 46, étaient exceptées du salaire déterminant non seulement les allocations familiales fixées au montant minimum prévu par la loi cantonale, mais toute allocation plus élevée accordée le cas échéant par les caisses de compensation pour allocations familiales. Cette règle a été élargie. On a décidé d'excepter également du salaire déterminant les allocations familiales non prévues par la loi cantonale, comme par exemple les allocations de ménage dans un canton dont la législation ne statue que le versement d'allocations pour enfants.

Dans leur nouvelle teneur, les règles énoncées au n° 50 seront d'une grande importance pratique. Ces règles s'inspirent de la même idée que celles du n° 69. Dans certains cas, il a semblé opportun d'autoriser l'employeur à payer les cotisations même sur une prestation que la loi excepte du salaire déterminant, en particulier lorsqu'en servant ladite prestation, l'employeur alloue simultanément un gain soumis à cotisations. L'employeur peut ainsi se dispenser de faire le départ entre la prestation à excepter des cotisations et celle qui doit être déclarée à la caisse. Le n° 50 vise notamment deux cas : S'il est assujéti à l'assurance-accidents obligatoire, l'employeur doit acquitter les primes à cette assurance sur *toutes* les allocations familiales. En effet, selon la législation de l'assurance-accidents, les allocations familiales font en général partie du salaire, à l'encontre de ce qui est prévu dans la loi sur l'AVS. Enfin, l'employeur doit faire encore une distinction dans les cas où il complète les versements de la caisse de compensation pour allocations familiales par des suppléments prélevés sur ses propres deniers. Toutefois, contrairement à ce qui est prévu au n° 69, le n° 50 statue explicitement que les cotisations du salarié ne peuvent, pour un élément de gain normalement excepté du salaire, être déduites de la paie qu'avec l'assentiment du salarié. Il est apparu judicieux d'énoncer explicitement cette restriction, parce que la règle du n° 50, à l'opposé de celle du n° 69, n'étend pas ses effets à une période limitée, à savoir la durée de l'incapacité de travail pour cause de service militaire, d'accidents ou de maladie, mais à toute la durée des rapports de service.

(à suivre)

L'aide à la vieillesse et aux survivants dans les cantons ¹

Etat le 1^{er} janvier 1962

Le dernier aperçu relatif aux institutions cantonales d'aide à la vieillesse et aux survivants a été publié dans la RCC de mars 1960 (p. 106 à 124). Sur la base d'une enquête auprès des services cantonaux compétents, ce tableau est complété ci-après, compte tenu de l'état de la législation le 1^{er} janvier 1962.

Le nombre des cantons possédant leur propre aide à la vieillesse et aux survivants s'est élevé de 13 à 17. Les cantons de Zoug, Appenzell Rh.-Int., Grisons et Valais l'ont introduite.

1. Canton de Zurich

La législation

Gesetz über die Alters- und Hinterlassenenbeihilfe, du 14 mars 1948/4 juin 1950/20 juin 1954/8 juillet 1956/23 juin 1957.

Les prestations

Montants en francs

Bénéficiaires	Prestations annuelles maximum
Personnes seules	1 200
Couples	1 920
Veuves	780
Orphelins	660

Les limites de revenu et de fortune

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de revenu annuel	Limites de fortune
Personnes seules	2 500 ¹	10 000
Couples	4 000 ¹	16 000
Veuves	2 500	10 000
Orphelins simples	1 000-1 500 ²	8 000
Orphelins doubles	1 000-1 500 ²	12 000
¹ En cas d'aide réduite octroyée à des ressortissants suisses, le revenu n'est pris en considération que partiellement. ² Limites graduelles selon l'âge.		

¹ Sera publié sous forme de tirage à part.

Les délais d'attente

Pour les ressortissants suisses :

Pour bénéficier des prestations, il est nécessaire d'avoir habité dans le canton au cours des 25 dernières années : les personnes originaires du canton, pendant au moins dix ans et les autres ressortissants suisses, pendant au moins quinze ans.

Pour les étrangers :

Les étrangers ont droit aux prestations de l'aide à la vieillesse s'ils ont habité le canton pendant au moins vingt ans au cours des vingt-cinq dernières années.

Le financement

Il est supporté par les communes. La participation du canton consiste en une subvention de base de 25 pour cent des dépenses communales et en un supplément échelonné suivant la charge fiscale des communes. Les subventions cantonales ne peuvent dépasser 40 pour cent des dépenses totales.

La subvention versée au canton en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948 est affectée partiellement à l'aide complémentaire ; le reste est employé pour les personnes qui n'ont pas droit à l'aide à la vieillesse et aux survivants.

Les prestations complémentaires des communes

Trente-six communes accordent en outre à leur propre charge des prestations complétant celles de l'aide cantonale.

2. Canton de Berne

La législation

- a. *Jusqu'au 30 juin 1962* : Loi du 9 décembre 1956 sur l'aide aux vieillards et aux survivants ;
Arrêté du Conseil exécutif du 13 décembre 1960 concernant l'adaptation des limites de besoin et des prestations.
- b. *Dès le 1^{er} juillet 1962* : Loi du 3 décembre 1961 sur les œuvres sociales, articles 32, chiffre 2, 34, 103 à 131 ;
Décret du 20 février 1962 concernant les limites de besoin et les prestations.

Les prestations

Montants en francs

Bénéficiaires	Prestations annuelles maximum	
	jusqu'au 30.6.62	dès le 1.7.62
Personnes seules ou veuves	880	1 080
Couples	1 430	1 728
Orphelins, ou suppléments graduels pour enfants mineurs vivant chez leurs parents	345	432

Les prestations peuvent être augmentées pour permettre à un bénéficiaire de séjourner dans une maison de repos ou dans un autre établissement.

Les limites de revenu et de fortune

a) Jusqu'au 30 juin 1962 :

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de revenu annuel ¹	Limites de fortune
Adultes ou bénéficiaires vivant seuls . . .	2 300	10 500
Couples	3 550	15 750
Suppléments graduels pour enfants mineurs vivant chez leurs parents	730-940	2 100

b) Dès le 1^{er} juillet 1962 :

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de revenu annuel ¹	Limites de fortune
Adultes ou ayants droit vivant seuls . . .	2 500	12 000
Couples	4 000	18 000
Suppléments graduels pour enfants mineurs vivant chez leurs parents	800-1 000	2 500

Les délais d'attente

Pour ressortissants suisses :

Pour les ressortissants bernois, il n'existe aucun délai d'attente. Les ressortissants des autres cantons doivent être domiciliés sans interruption depuis trois ans dans le canton. Toutefois, ils ne seront pas soumis à un délai d'attente aussi longtemps que l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948 sera en vigueur.

Pour étrangers :

Les étrangers ont droit à l'aide complémentaire au même titre que les ressortissants suisses d'autres cantons, s'ils sont domiciliés sans interruption en Suisse depuis dix ans.

Le financement

Les charges de l'Etat et des communes pour l'aide aux vieillards et aux survivants sont réparties selon les articles 32 ss de la loi du 3 décembre 1961 sur les œuvres sociales. 70 pour cent des charges totales sont supportées par l'Etat, 30 pour cent sont réparties entre les communes selon une échelle de répartition fixée par décret. Les différences par rapport à la part fixée par ce décret sont assignées par l'Etat à la commune, ou vice versa.

¹ Revenu après déduction des frais de loyer et d'autres dépenses personnelles de première nécessité.

En outre, les contributions versées en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948 sont assignées aux dépenses de l'aide aux vieillards et survivants.

Les prestations complémentaires des communes

Trois communes accordent des prestations de leur propre aide à la vieillesse.

3. Canton de Zoug

La législation

Gesetz über die Alters- und Hinterlassenenbeihilfe, du 28 décembre 1959 ; en vigueur dès le 1^{er} avril 1960.

Les prestations

Montants en francs

Bénéficiaires	Prestations annuelles maximum
Personnes seules de 65 ans (hommes) ou 63 ans (femmes) . . .	300
Couples	420
Veuves de moins de 63 ans	240
Orphelins simples	150
Orphelins doubles	180

Les limites de revenu et de fortune

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de revenu annuel ¹	Limites de fortune ²
Hommes de plus de 65 ans et femmes de plus de 63 ans	1 500	10 000
Couples	2 400	15 000
Veuves de moins de 63 ans	2 000	12 000
Orphelins simples	800	8 000
Orphelins doubles	1 000	12 000

¹ Revenu brut selon la loi fiscale cantonale, sans les déductions pour charges sociales. Font également partie du revenu brut les prestations d'assurances publiques ou privées, les rentes extraordinaires de l'AVS et les rentes de l'assurance militaire, qui ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu.

² La fortune soumise à l'impôt selon la loi fiscale cantonale.

Les délais d'attente

Aucun délai d'attente pour les ressortissants suisses.

Les étrangers et les apatrides qui n'ont pas droit aux rentes de l'AVS doivent habiter en Suisse depuis au moins dix ans pour bénéficier de ces prestations.

Le financement

Le canton participe pour la moitié aux prestations versées par les communes. Lorsque le taux d'impôt d'une commune est supérieur d'au moins 30 pour cent au taux unitaire cantonal, le canton accorde un subside de 65 à 80 pour cent. Les prestations cantonales sont financées par :

- la part de la Confédération, selon l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948 ;
- les intérêts du fonds de la vieillesse et des invalides ;
- un montant porté au budget ordinaire du canton.

4. Canton de Soleure

La législation

Gesetz über die kantonale zusätzliche Alters- und Hinterlassenenfürsorge, du 26 septembre 1948/20 janvier 1957 ;

Vollziehungsverordnung zum Gesetz über die kantonale zusätzliche Alters- und Hinterlassenenfürsorge, du 24 novembre 1948/6 mai 1957/11 octobre 1961.

Les prestations

Montants en francs

Bénéficiaires	Prestations annuelles maximum
Personnes seules	420
Couples	680
Veuves avec enfants bénéficiaires de rentes	500
Orphelins simples	400
Orphelins doubles	500

Les limites de revenu et de fortune

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de revenu annuel ¹		
	Régions urbaines	Régions mi-urbaines	Régions rurales
Personnes seules	2 250	2 150	2 050
Couples	3 600	3 450	3 300
Veuves avec enfants bénéficiaires de rentes	3 600	3 450	3 300
Orphelins simples	900 ²	850 ²	800 ²
Orphelins doubles	1 050 ²	1 000 ²	950 ²

¹ Il est tenu compte de la fortune si elle dépasse 5000 francs pour une personne seule et 8000 francs pour un couple. L'aide fournie par la parenté est, dans une mesure équitable, prise en considération comme revenu.

² Pour les orphelins exerçant une activité lucrative, la limite de revenu peut atteindre le double de ce montant.

Les délais d'attente

Pour les ressortissants suisses :

Aucun.

Pour les étrangers :

Les étrangers et les apatrides n'ayant pas droit à une rente selon la LAVS doivent être domiciliés en Suisse depuis dix ans au moins.

Le financement

Les ressources servant au financement de l'aide sont :

- les intérêts du fonds de l'assurance cantonale pour les vieillards, les survivants et les invalides ;
- la part du canton au produit du droit de chasse et de l'impôt sur les spectacles ;
- un subside pouvant s'élever à 400 000 francs annuellement, prélevé sur les recettes ordinaires de l'Etat ;
- les successions dévolues au canton en vertu de l'article 466 CCS et du § 178 LI au CCS ;
- les subsides versés en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948.

Les prestations complémentaires des communes

Douze communes accordent en outre à leur propre charge des prestations complétant celles de l'aide cantonale.

5. Canton de Bâle-Ville

La législation

L'aide à la vieillesse et aux survivants est réglemantée dans le cadre de l'AVS cantonale.

Gesetz betreffend kantonale AHV, du 4 décembre 1930 (§ 36). § 36 dans la teneur du 5 février 1948 avec les modifications du 14 février 1952/26 novembre 1953/11 octobre 1956/13 novembre 1958/20 octobre 1960 ;

Vollziehungsverordnung zum Gesetz betreffend kantonale AHV, du 6 décembre 1932 (§§ 24-26). § 24 dans la teneur du 19 mars 1948 et § 24a dans la teneur du 25 novembre 1960, avec la modification du 27 juin 1961.

Les prestations

Montants en francs

Bénéficiaires	Prestations annuelles maximum	
	Prestations ordinaires	Suppléments d'hiver
Personnes seules	1 680	190
Couples	2 640	260

Les limites de revenu et de fortune

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de revenu annuel	Limites de fortune
Personnes seules	3 480	12 000
Couples	5 580	20 000

Le revenu provenant de prestations de l'AVS fédérale et cantonale est compté en plein, les autres revenus ne le sont que pour les trois quarts. Les limites de besoin peuvent être dépassées jusqu'à 25 pour cent si cela permet au bénéficiaire, grâce à son propre revenu, de ne pas tomber pour le moment à la charge de l'assistance publique. Les allocations pour impotents de l'AI fédérale ne sont pas comptées dans la détermination des limites de besoin.

Si la fortune excède 6000 francs pour les personnes seules et 10 000 francs pour les couples, un quinzième en est ajouté au revenu.

Les suppléments d'hiver sont versés aux bénéficiaires de l'aide cantonale à la vieillesse non assistés, sans égard à la limite de revenu.

Les délais d'attente

Pour les ressortissants suisses :

Les ressortissants du canton doivent être domiciliés dans le canton depuis trois ans sans interruption, les Confédérés depuis vingt ans.

Pour les étrangers :

Les étrangers sont assimilés aux ressortissants suisses d'autres cantons, s'ils séjournent dans le canton depuis 25 ans sans interruption et s'ils peuvent être préservés ou libérés de l'indigence par les prestations d'aide. Des prestations d'assistance accordées exceptionnellement et à titre provisoire n'excluent pas le droit aux prestations de l'aide à la vieillesse et aux survivants.

Le financement

L'aide à la vieillesse est financée par les recettes du compte ordinaire de l'Etat et par une contribution de la banque cantonale. En outre, le Grand Conseil, en vue de financer l'aide à la vieillesse, a pris, le 14 février 1952, quelques mesures fiscales qui s'avèrent efficaces aujourd'hui encore.

Les subventions versées en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948 servent à l'octroi d'une aide complémentaire aux bénéficiaires de rentes de l'aide à la vieillesse et aux étrangers dans la gêne (*Kantonale Vollziehungsverordnung*, du 18 mars 1949, pour l'exécution dudit arrêté fédéral.

6. Canton de Bâle-Campagne

La législation

Gesetz betreffend die Ausrichtung von Fürsorgebeiträgen an bedürftige Greise, Witwen und Waisen, du 25 mai 1950/20 décembre 1956 ;

Vollziehungsverordnung zum Gesetz betreffend die Ausrichtung von Fürsorgebeiträgen an bedürftige Greise, Witwen und Waisen, du 25 mai 1950.

Les prestations

Les prestations sont déterminées de cas en cas selon la libre appréciation d'une commission qui tient compte du degré de nécessité du requérant. Sont en outre alloués des suppléments d'hiver dont le montant est fixé par le Grand Conseil.

Les limites de revenu

Les limites de revenu prévues pour les rentes extraordinaires, à l'article 42 de la LAVS, servent de critères pour l'appréciation du degré de besoin des requérants.

Les délais d'attente

Pour les ressortissants suisses :

Aucun.

Pour les étrangers :

Les étrangers et apatrides doivent être domiciliés en Suisse depuis dix ans au moins.

Le financement

Les fonds nécessaires sont fournis par :

- une subvention annuelle prélevée sur les recettes ordinaires de l'Etat, auquel les communes remboursent en moyenne 20 pour cent (le remboursement réel se situe au-dessus ou au-dessous du taux de 20 pour cent, selon la capacité fiscale de la commune) ;
- un montant fixé annuellement par le Grand Conseil et prélevé sur le fonds cantonal de l'AVS ;
- la subvention versée en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948.

Les prestations complémentaires des communes

Quatre communes accordent en outre à leur propre charge des prestations complétant celles de l'aide cantonale.

7. Canton de Schaffhouse

La législation

Gesetz über die Ausrichtung von kantonalen Zusatzrenten und die Beitragsleistung des Kantons an die eidg. AHV, du 26 novembre 1956/16 octobre 1961 ;

Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz vom 26. November 1956 über die Ausrichtung von kantonalen Zusatzrenten und die Beitragsleistung des Kantons an die eidg. AHV, du 27 mars 1957.

Les prestations

Montants en francs

Bénéficiaires	Prestations annuelles maximum ¹
Personnes seules	1 060
Couples	1 386
Veuves	1 268
Orphelins simples	384
Orphelins doubles	426

¹ Les rentes complémentaires se montent à 50 pour cent de la différence entre le revenu réalisé et les limites de revenu du tableau ci-dessous.

Les limites de revenu

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de revenu annuel ¹
Personnes seules	3 200
Couples	4 500
Veuves	3 400
Orphelins simples	1 200
Orphelins doubles	1 500

¹ Si la fortune excède 5000 francs pour les personnes seules et 10 000 francs pour les couples, 10 pour cent en sont ajoutés au revenu.

Les délais d'attente

Pour les ressortissants suisses :

Les ressortissants d'autres cantons ne peuvent prétendre des prestations que s'ils sont domiciliés sans interruption dans le canton depuis au moins dix ans.

Pour les étrangers :

Les rentes complémentaires sont versées aux étrangers domiciliés dans le canton depuis vingt ans sans interruption.

Le financement

Les prestations cantonales sont financées par :

- le produit de l'impôt sur les successions et la part cantonale des recettes des taxes sur les spectacles ;
- les intérêts du fonds cantonal pour l'AVS ;
- les contributions de l'entreprise cantonale d'électricité et de la Banque cantonale, ainsi que d'autres ressources éventuelles ;
- la moitié des subventions versées en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948, l'autre moitié étant mise à la disposition des fondations pour la vieillesse (37,5 %) et pour la jeunesse (12,5 %) pour être distribuée aux catégories de personnes désignées à l'article 6, 1^{er} alinéa, de l'AF.

Les prestations complémentaires des communes

Trois communes accordent à leur propre charge des prestations complétant celles de l'aide cantonale.

(à suivre)

Problèmes d'application de l'AI

Instruction de la demande : Prestations devant être fournies par la CNA ou l'assurance militaire ¹

S'il ressort de la demande de prestations que l'assuré est au bénéfice de mesures de réadaptation accordées par l'assurance obligatoire en cas d'accident ou par l'assurance militaire, ou lorsqu'on peut conclure des pièces du dossier que l'assuré a manifestement droit à de telles prestations (p. ex. en cas d'accident de travail), la commission AI doit, *avant de rendre son prononcé*, déterminer l'ampleur de ces prestations et ensuite ordonner les autres mesures de réadaptation, à la charge de l'AI, qui lui paraîtraient nécessaires.

De la même façon, les caisses de compensation doivent, *préalablement au versement d'indemnités journalières*, s'assurer au moyen de la demande de prestations si, le cas échéant, la CNA ou l'assurance militaire verse des indemnités de chômage ; en vertu de l'article 44, 2^e alinéa, LAI, tout droit à une indemnité journalière de l'AI serait alors exclu.

Procès-verbal des séances de la commission AI ¹

En vertu des articles 45, lettre c, et 47, 3^e alinéa, RAI, les prononcés de la commission AI sont verbalisés par le secrétariat. Ce procès-verbal doit mentionner entre autres non seulement la date, le lieu de la séance, le nom du président et des membres ayant pris part aux délibérations, mais encore les *heures d'ouverture et de clôture de la séance*, et les pauses importantes (par exemple la pause de midi). Ces indications permettront de fixer et de vérifier en tout temps le montant des indemnités allouées à chacun des membres de la commission (jetons de présence pour une demi-journée ou une journée entière).

Mesures médicales en cas d'épiphyseolyse (décollement de l'extrémité du fémur)

Le TFA s'est prononcé, dans un arrêt rendu le 7 décembre 1961 (voir p. 118 du présent numéro), sur la question de la prise en charge par l'AI de mesures médi-

¹ Extraits du « Bulletin de l'AI » n° 29.

cales en cas d'épiphyseolyse. Il n'a pas traité directement la question de la prise en charge des frais d'opération ; en revanche, il a rappelé que l'AI assumait les frais de l'opération de la coxarthrose. Il convient toutefois de remarquer qu'il ne s'agit pas, dans ce dernier cas, d'un traitement visant la guérison, mais d'une intervention chirurgicale qui atténue de telle manière les effets d'une affection rhumatismale ayant entraîné l'invalidité que la capacité de gain soit améliorée de façon durable et importante. Une telle intervention ne peut, toutefois, aboutir à une guérison de la coxarthrose elle-même. Ce n'est pas le cas, en revanche, des mesures appliquées au traitement de l'épiphyseolyse. Qu'elles soient de nature opératoire ou conservatrice, leur but est le même : guérir, dans la mesure du possible, cette affection et empêcher qu'il n'en résulte plus tard une invalidité.

En ce qui concerne les exercices de mobilisation (kinésithérapie) effectués après l'opération, ainsi que les moyens auxiliaires, le TFA a constaté qu'ils ont pour but essentiel, comme dans les cas de paralysie où il s'agit d'améliorer le fonctionnement des membres, de rendre aux jambes leur mobilité en vue de l'exercice d'une activité lucrative. Ce but l'emporte sur celui du traitement de l'affection comme telle, qui est accessoire, si bien que les exercices de mobilisation représentent des mesures médicales au sens de l'article 12 LAI. Là aussi, on peut se demander si l'amélioration du fonctionnement ne fait pas partie de la thérapie ; quoi qu'il en soit, on sera prudent dans tous les cas où cette amélioration fait partie manifestement du traitement de l'affection comme telle.

Mesures médicales : Opération de la cataracte ¹

L'opération de la cataracte ne constitue *pas une mesure médicale* au sens de l'article 12 LAI, car elle ressortit au traitement de l'affection comme telle. En principe, elle ne peut donc pas être exécutée aux frais de l'AI. De même, on ne saurait se fonder sur l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, pour allouer des verres à cataracte à la charge de l'AI.

Fait *exception* l'opération de la cataracte en cas de troubles congénitaux du cristallin selon l'article 2, chiffre 149, OIC, si les conditions de l'article 1^{er}, 2^o alinéa, OIC, sont remplies. Les frais de telles opérations peuvent être assumés par l'AI en vertu des articles 13 ou 85, 2^e alinéa, LAI.

Versements à double de rentes de l'AVS et de l'AI

Ces derniers temps, on a signalé plusieurs cas où l'épouse d'un assuré bénéficiant d'une rente d'invalidité pour couple touchait simultanément une rente extraordinaire de vieillesse simple. Pour que de tels versements à double soient évités dans la mesure du possible, les nouvelles éditions de la formule de

¹ Extrait du « Bulletin de l'AI » n° 29.

demande de rentes de vieillesse — de même que de la formule de demande de prestations de l'AI — posent expressément la question : « Une rente de l'AVS ou de l'AI est-elle déjà versée au requérant ou à son conjoint ? » Il est recommandé aux caisses de compensation de compléter dans le même sens les anciennes éditions des formules.

Il peut toutefois arriver qu'au moment où le mari présente sa demande de prestations AI, sa femme vient d'accomplir sa 63^e année ou va incessamment l'atteindre et demande, à son tour, à être mise au bénéfice d'une rente extraordinaire de vieillesse simple avant que la rente d'invalidité pour couple ait été octroyée au mari. Dans ces cas-là, où les demandes de prestations de l'AVS et de l'AI présentées par des couples et leur liquidation coïncident dans le temps, les versements à double doivent également être évités dans la mesure du possible. Il est par conséquent nécessaire que les caisses de compensation procèdent à une enquête complémentaire avant d'octroyer une rente d'invalidité pour couple à un assuré dont l'épouse va incessamment accomplir sa 63^e année ou atteint cette limite d'âge immédiatement avant ou après la date à laquelle le mari présente sa demande de prestations AI et — comme le montre la procédure de fixation de la rente AI — n'a pas payé de cotisations AVS. Cette enquête complémentaire consiste à demander à la caisse de compensation du canton de domicile si, le cas échéant, l'épouse a présenté pour sa part une demande de rente extraordinaire de vieillesse simple, ou si une telle rente ne lui a pas déjà été octroyée.

AVS / AI / APG - Affranchissement à forfait : champ d'application ¹

La circulaire du 11 octobre 1961 détermine d'une manière définitive, en son chapitre I, le champ d'application de l'affranchissement à forfait. *Seuls* les organes, autorités et tierces personnes désignés dans ce chapitre, ainsi que la Centrale de compensation, ont droit à l'affranchissement à forfait pour leurs envois.

Entre autres, les *services sociaux* de l'aide aux invalides *n'appartiennent* par conséquent *pas* à ce cercle de bénéficiaires. Les secrétariats des commissions AI ou les offices régionaux, par exemple, ne sont pas autorisés à leur remettre des enveloppes munies de l'inscription « AVS/AI/APG-Affranchissement à forfait ».

¹ Extrait du « Bulletin de l'AI » n° 30.

PETITES INFORMATIONS

Nouvelles interventions parlementaires

Postulat Klingler
du 13 décembre 1961

Le 13 décembre 1961, M. Klingler, conseiller national, a présenté le postulat suivant:

« Selon les explications officielles, l'interruption des négociations entre la Suisse et l'Italie en matière de convention est due, en bonne partie, au régime actuellement insuffisant des allocations pour enfants versées aux ouvriers italiens qui travaillent en Suisse.

Par circulaire du 7 décembre 1961, l'Office fédéral des assurances sociales a invité les gouvernements cantonaux à réviser de toute urgence les lois cantonales en la matière pour qu'elles prévoient que les ouvriers italiens reçoivent des allocations pour leurs enfants à l'étranger. Le partenaire italien insistant pour une réglementation complète, on peut prévoir qu'une solution satisfaisante ne pourra pas être trouvée sur la base des réglementations actuellement très diverses des cantons; des mesures sur le plan fédéral s'imposent donc. Le Conseil fédéral est prié par conséquent de revenir sur son arrêté du 7 juillet 1961 et de présenter aux conseils législatifs un projet de loi relatif au versement d'allocations familiales à tous les travailleurs. Ce projet devrait assurer la coordination des diverses législations cantonales. Il devrait aussi garantir la péréquation financière entre les cantons eu égard notamment à la charge supplémentaire qui résulte du droit des travailleurs étrangers aux allocations pour enfants. »

Interventions parlementaires traitées aux Chambres fédérales

Question Furgler
du 20 décembre 1961

Le 23 février 1962, le Conseil fédéral a répondu de la manière suivante à la question Furgler, du 20 décembre 1961 (RCC 1962, p. 67):

« C'est un fait que l'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité n'est accordée que si le revenu déterminant de l'assuré impotent n'atteint pas les limites légales de revenu, et que la réglementation en vigueur ne permet pas de déduire du revenu à prendre en compte les frais de maladie. Cette réglementation peut ainsi se révéler dans certains cas trop rigoureuse. C'est pourquoi le Conseil fédéral est d'accord d'examiner de quelle manière il est possible de tenir compte de tels cas. »

L'aide à la vieillesse, aux survivants et aux invalides dans les cantons

L'OFAS remercie tous les services cantonaux grâce à la collaboration desquels il a été possible de publier dans le présent numéro, p. 104, un article sur l'aide à la vieillesse et aux survivants dans les cantons. Un article analogue sur l'aide aux invalides suivra.

La rédaction de la RCC signalera volontiers les modifications des dispositions cantonales ou la publication de nouvelles lois sur l'aide à la vieillesse, aux survivants et aux invalides, qui lui seront communiquées.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 19 septembre 1961, en la cause J. B.

Article 85, 2^e alinéa, lettre b, LAVS. Si le recourant ne donne pas suite à une invitation du juge, le recours ne peut pas être examiné quant au fond (considérant 2).

Articles 37 et 38 RAVS. La taxation d'office doit être précédée d'une sommation formelle, établie conformément aux exigences légales et adressée par la caisse de compensation à la personne tenue de payer les cotisations (considérant 3).

Articolo 85, capoverso 2, lettera b, LAVS. Se il ricorrente non dà seguito ad un invito del giudice, non si può entrare nel merito del ricorso (considerando 2).

Articoli 37 e 38 OAVS. La tassazione d'ufficio dev'essere preceduta da un'intimazione formale, redatta in conformità dei requisiti legali e indirizzata dalla cassa di compensazione alla persona tenuta a pagare i contributi (considerando 3).

Ayant en vain demandé par écrit à un employeur, en mai 1960, de déclarer dans les dix jours les salaires versés de janvier à mars 1960 et, au mois d'août 1960, dans le même délai, ceux du premier semestre de l'année, la caisse notifia le 11 octobre 1960 à cet employeur une décision de taxation d'office fixant à 4320 francs les cotisations calculées sur un total d'environ 90 000 francs de salaires, plus une contribution aux frais d'administration de 172 fr. 80 et les frais de sommation arrêtés à 15 francs. L'autorité de première instance n'a pas examiné le fond du recours formé par l'employeur, car celui-ci n'avait pas donné suite à la démarche du juge l'invitant à compléter l'acte de recours.

Le TFA a, pour les motifs suivants, refusé d'admettre l'appel interjeté par le recourant:

1. ...

2. Tout recours formé contre une décision de caisse doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs, ainsi que les conclusions. Le juge cantonal doit, quand l'acte de recours ne satisfait pas à ces exigences, impartir au recourant un délai raisonnable pour combler les lacunes en l'avertissant qu'en cas d'inobservation, « le recours sera écarté » (art. 85, 2^e al., lettre b, LAVS).

Les mémoires déposés le 17 octobre et le 11 novembre 1960 par l'appelant indiquent seulement que de janvier à septembre 1960, les salaires versés ont atteint 56 003 fr. 25. Ils ne mentionnent pas l'état nominatif des personnes occupées par l'appelant dans cette période, ni le salaire touché par chacune d'elles. Or, ces renseignements doivent être fournis en vertu de la loi (art. 51, 3^e al., LAVS, art. 43, 2^e al., RAVS ; arrêt du TFA en la cause J. et A. H., du 30 novembre 1959, considérant 1, ATFA 1959, p. 243 = RCC 1961, p. 67 ; arrêt H. M., du 31 mai 1961, considérants 1 et 2, ATFA 1961, p. 144 = RCC 1962, p. 30). Vu ces lacunes dans l'état des faits allégués, le juge a, le 15 mars 1961, imparti avec raison un délai pour produire les livres de salaires et, l'échéance du délai demeuré inutilisé, prononcé que conformément à l'avertissement donné, il n'examinait pas le fond du recours. Du moment que l'appelant n'avait pas donné suite à l'invitation du juge du 15 mars 1961, il devait légalement s'ensuivre que le recours fût écarté (art. 85, 2^e al., lettre b, LAVS ; cf. aussi arrêt du TFA, du 28 septembre 1956, en la cause W. S.A., RCC 1956, p. 442).

3. Contrairement à l'opinion exprimée par l'OFAS, le président de la commission de recours n'a pas confirmé la décision de taxation d'office notifiée le 11 octobre 1960, mais a prononcé qu'il n'entrait pas en matière et a refusé l'examen du fond. Ce prononcé étant, comme indiqué ci-dessus, conforme aux dispositions légales et à la jurisprudence, le TFA ne peut, lui non plus, examiner l'affaire quant au fond. Toutefois, il y a lieu de relever, à l'intention de la caisse de compensation, le point suivant, bien qu'il ne soit pas litigieux en l'espèce :

Il y a de bons arguments pour admettre avec l'OFAS que la décision de taxation d'office du 11 octobre 1960 n'est pas valable et ne sort par conséquent aucun effet juridique. La lettre, baptisée « sommation », adressée le 18 août 1960 par la caisse à l'employeur ne satisfait nullement aux exigences posées pour les sommations à l'article 37 RAVS. Cette lettre ne signale pas, en particulier, les conséquences de l'inobservation de la sommation, telles qu'elles sont prévues à l'article 38 RAVS. Enfin, la caisse de compensation fait observer, dans sa réponse à l'appel, qu'elle tient pour incomplète l'attestation de cotisations pour 1960 produite pour la première fois par l'employeur en instance d'appel. (La caisse ajoute qu'en 1959, l'employeur a détourné des cotisations paritaires au détriment de ses salariés, « ce qui fera l'objet d'une information pénale ».) Dans ces conditions, la caisse de compensation devra probablement revenir sur sa décision de taxation d'office et procéder ensuite d'une manière strictement conforme aux articles 37 et 38 RAVS (cf. à ce sujet les arrêts du TFA en la cause A. B., du 8 septembre 1949, RCC 1949, p. 433, et H. M., du 31 mai 1961, considérants 1 et 2, ATFA 1961, p. 144 = RCC 1962, p. 30).

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 7 décembre 1961, en la cause O. S.¹

Article 12 LAI. Si une mesure médicale présente aussi bien les caractéristiques du traitement de l'affection comme telle que celles de la réadaptation

¹ Cf. l'article à la page 113.

à une activité lucrative, on examinera, d'après les circonstances du cas, quel est son but principal (considérant 1).

Article 85, 1^{er} alinéa, LAI. Les mesures médicales appliquées à des invalides avant l'entrée en vigueur de la LAI ne sont pas prises en charge par l'AI (considérant 2).

Article 2 RAI. Dans les cas d'épiphyseolyse et d'enraidissement de la hanche, les exercices de mobilisation avec extension des jambes, effectués en clinique après l'opération, pendant une année, sont réputés mesures médicales répétées dans une période limitée, dont les frais sont à la charge de l'AI (considérant 3).

Article 21 LAI. Les étriers de Thomas et chaussures spéciales sont pris en charge par l'AI s'ils sont nécessaires à la réadaptation et représentent un complément important des mesures médicales (considérant 4).

Articolo 12 LAI. Se un medesimo provvedimento sanitario presenta tanto le caratteristiche della cura del male quanto quelle dell'integrazione nell'attività produttiva, si dovrà esaminare, in base a tutte le circostanze del caso, lo scopo preponderante del provvedimento (considerando 1).

Articolo 85, capoverso 1, LAI. Le spese per i provvedimenti sanitari applicati a invalidi prima dell'entrata in vigore della LAI non sono assunte dall'AI (considerando 2).

Articolo 2 OAI. Nel caso di distacco epifisario e di anchilosi dell'anca, gli esercizi motori con estensione delle gambe, eseguiti in clinica dopo l'operazione, durante un anno, sono considerati provvedimenti sanitari d'integrazione ripetuti in un periodo determinato, le cui spese sono assunte dall'AI (considerando 3).

Articolo 21 LAI. Le spese per staffe Thomas e per scarpe speciali vanno a carico dell'AI se sono necessarie all'integrazione e costituiscono un complemento essenziale ai provvedimenti sanitari (considerando 4).

L'assurée, née en 1945, souffrait depuis l'automne 1958 d'une double épiphyseolyse qui avait provoqué l'enraidissement des deux hanches. Elle fut opérée en juin et en juillet 1959; le processus de guérison fut d'abord normal, mais plus tard il se produisit des troubles de la circulation, principalement dans la région de l'articulation de la hanche droite. Les médecins conclurent que seule une immobilisation complète permettrait de maintenir le bon fonctionnement de la hanche droite. Du 15 mars 1960 au 12 février 1961, l'assurée séjourna sans interruption dans une clinique, où elle fit des exercices de mouvement accompagnés d'extension des jambes. Lorsqu'elle sortit de la clinique, la mobilité des articulations était satisfaisante; on lui remit cependant, pour ménager la hanche droite, un étrier de Thomas et des chaussures spéciales. Des prestations de l'AI ayant été demandées en faveur de l'assurée, la commission cantonale AI refusa la prise en charge des mesures médicales, celles-ci ayant pour but le traitement de l'affection comme telle et non pas directement la réadaptation professionnelle.

Le père de l'assurée recourut contre la décision de la caisse. L'autorité de recours estima que les deux opérations et le traitement en clinique présentaient principalement le caractère de mesures de réadaptation; l'étrier de Thomas et les chaussures constituaient un complément important de ces mesures.

L'OFAS a porté ce jugement en appel. Il déclara que les mesures médicales appliquées pour combattre l'épiphyseolyse et ses conséquences étaient un traitement de l'aff-

fection comme telle et ne pouvaient par conséquent être prises en charge par l'AI. La réussite finale de la réadaptation d'un assuré par des mesures médicales ne prouve pas que ce but n'ait pas été atteint par le traitement de l'affection comme telle.

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

1. Selon 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. En ce qui concerne les mesures médicales, on examinera donc si elles représentent le traitement de l'affection comme telle, qui n'est pas à la charge de l'AI, ou si elles visent directement la réadaptation professionnelle et sont nécessaires ou de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain. Or, il peut être difficile de tracer la limite entre le traitement de l'affection comme telle et les mesures médicales de réadaptation, lorsqu'une mesure présente aussi bien les caractéristiques du traitement de l'affection comme telle que celles de la réadaptation. Il faut établir alors, d'après les circonstances du cas, quel est le but principal de cette mesure.

2. Les opérations des hanches effectuées en juin et juillet 1959 sont-elles des mesures de réadaptation au sens de l'article 12 LAI ? Il n'est pas nécessaire de répondre à cette question. La LAI est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1960 et ne contient aucune disposition mettant à la charge de l'AI des mesures appliquées avant cette date. Les frais des opérations ne peuvent donc, contrairement au jugement de première instance, être pris en charge par l'AI, qu'il s'agisse ou non de mesures de réadaptation au sens de l'article 12 LAI.

A ce propos, il faut toutefois constater que de l'avis de l'OFAS, des interventions chirurgicales peuvent également être réputées mesures de réadaptation si elles s'avèrent nécessaires, en vue de la réadaptation professionnelle, lorsqu'il s'agit des séquelles tardives de maladies rhumatismales, pour empêcher une atteinte durable à la capacité de gain (cf. à ce sujet l'arrêt du 7 septembre 1961 en la cause M. Sch., RCC 1961, p. 464, où le traitement chirurgical de la coxarthrose a été pris en charge par l'AI, le seul point contesté étant de savoir si la cure de bains subséquente représentait une mesure de réadaptation).

3. Une autre question mérite en revanche un examen plus approfondi: Le traitement post-opératoire du 15 mars 1960 au 12 février 1961 peut-il être considéré comme mesure de réadaptation ? Il présente les caractéristiques d'un traitement de l'affection comme telle, mais aussi celles d'une mesure de réadaptation. Toutefois, c'est la réadaptation qui l'emporte ici, puisque le traitement en clinique visait principalement à assurer, après l'opération des hanches, le bon fonctionnement des jambes, essentiel pour l'exercice d'une activité lucrative. Dans l'arrêt du 21 octobre 1961 en la cause F. J. (RCC 1962, p. 72), le TFA déclare que les mesures de réadaptation de l'AI sont des mesures exactement définies et adaptées à leur but; c'est pourquoi la précision de l'article 2 RAI, selon laquelle les mesures médicales accordées par l'AI comprennent des actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée, ne sort pas du cadre de la définition générale donnée par l'article 12 LAI. En l'espèce, le traitement en clinique du 15 mars 1960 au 12 février 1961 était un acte médical unique, visant avant tout — en tenant compte aussi de l'âge de l'assurée — à rétablir le bon fonctionnement des jambes en vue d'une future activité lucrative. Selon les directives de l'OFAS, on considère d'ailleurs comme mesures de réadaptation, après une phase aiguë de paralysie, les mesures nécessaires au rétablissement ou au développement des fonctions physiques, s'il est à prévoir que l'absence de telles mesures entraînerait une diminution durable et

importante de la capacité de gain. Bien que cette instruction administrative ne soit pas directement applicable en l'espèce, elle montre néanmoins que, précisément, le développement de fonctions physiques, tel qu'il a été entrepris pendant le séjour de l'assuré en clinique, peut être reconnu comme mesure de réadaptation.

4. Puisque le traitement en clinique du 15 mars 1960 au 12 février 1961 représente une mesure de réadaptation qui est prise en charge par l'AI, celle-ci doit, comme le demandait le tribunal de première instance, prendre en charge aussi les frais pour l'étrier de Thomas et les chaussures spéciales. Ces moyens auxiliaires ont été en effet nécessaires à la réadaptation professionnelle et ont constitué le complément important des mesures médicales (art. 21 LAI).

Arrêt du TFA, du 25 septembre 1961, en la cause W. Sch.

Article 18, 2^e alinéa, LAI. L'AI n'alloue pas d'aide en capital à un assuré pour lui permettre d'entreprendre une activité comme jardinier indépendant s'il n'est pas nécessaire qu'il quitte une activité salariée et s'il n'a pas les qualités personnelles qu'exige l'exercice d'une activité indépendante.

Articolo 18, capoverso 2, LAI. L'AI non assegna un aiuto in capitale ad un assicurato affinché possa avviarsi all'attività lucrativa indipendente di giardiniera se il mutamento dell'attività dipendente a quella indipendente non è necessario e se il richiedente non ha le attitudini sufficienti per gestire un'azienda.

L'assuré était au service d'un maître-jardinier, lorsqu'il tomba d'un mur le 10 octobre 1959, ce qui lui valut une double fracture de l'articulation de la hanche gauche et une fracture du radius gauche. Partiellement rétabli par suite d'un traitement médical prolongé, il travailla dès le 9 mai 1960 comme aide-jardinier d'un hôpital. Il demanda ensuite une aide en capital pour invalide, afin de pouvoir travailler pour son propre compte; puis, sans attendre la réponse de l'AI, il reprit en octobre 1960 une exploitation abandonnée. Interrogé à son sujet par la commission AI, l'office régional AI déclara que le requérant n'était manifestement pas un homme d'affaires et ferait mieux de chercher un emploi dans une serre ou quelque autre activité salariée, au lieu de s'établir à son compte. Se fondant sur le prononcé de la commission AI, la caisse de compensation refusa l'aide en capital.

L'assuré recourut et déclara qu'étant sans fortune, il demandait une aide en capital de 3000 francs pour installer des casiers chauffables dans sa serre. Ce recours ayant été rejeté, l'assuré fit appel et renouvela sa demande, déclarant que par suite de son accident, il devait se ménager et ne pouvait être tenu à des heures de travail fixes; il estimait par conséquent qu'une activité indépendante était la seule solution, et demandait à l'AI de l'aider à s'y maintenir.

Le TFA rejeta cet appel pour les motifs suivants:

1. L'aide en capital permettant d'entreprendre une activité indépendante, prévue par l'article 18, 2^e alinéa, LAI, est une des mesures de réadaptation professionnelle visées par l'article 8, lettre b, de cette loi. Cette aide n'est accordée que si elle est nécessaire et de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser la capacité de gain d'un assuré partiellement invalide (art. 9, 1^{er} al., LAI), et si le requérant a les connaissances professionnelles et les qualités personnelles qu'exige l'exercice d'une activité indépendante (art. 18, 2^e al., LAI, et 7, 1^{er} al., RAI; arrêt du TFA, du 28 août 1961, en la cause J. St., cons. 2 et 3, RCC 1961, p. 423).

2. Or, ces conditions ne sont pas remplies en l'espèce. L'invalidité de l'appelant n'est que de 25 pour cent; il a travaillé avant son accident comme jardinier salarié, et ensuite, pendant cinq mois, comme aide-jardinier d'un hôpital; il n'est pas du tout nécessaire qu'il prenne maintenant une activité de maître-jardinier. L'hôpital qui l'avait embauché atteste qu'il était un travailleur zélé et ponctuel et touchait un salaire horaire de 3 francs. Le centre de réadaptation professionnelle déclare qu'une activité salariée (par exemple dans une serre) lui conviendrait bien mieux qu'une exploitation propre. Le juge cantonal fait remarquer à ce propos, très justement, que dans son exploitation indépendante, l'assuré doit effectuer lui-même tous les travaux et se ménager donc moins qu'il ne pourrait le faire au service d'un employeur compréhensif. En outre, l'appelant n'a pas les capacités commerciales requises; l'office régional AI signale à ce propos qu'il a dû remettre, au bout de deux ans, une exploitation qu'il avait ouverte en 1936, et qu'il a dû, de même, abandonner après un an et demi une autre affaire indépendante entreprise en 1956. Il y a donc peu de chances qu'il s'en tire mieux dans sa nouvelle activité. (Cf. d'ailleurs la lettre mal rédigée et confuse que l'appelant a écrite le 6 septembre 1960 à la commission AI). En revanche, l'office régional l'aidera, au besoin, à trouver une activité salariée qui lui convienne (art. 63, lettre b, LAI).

Le jugement cantonal, dûment motivé, fait remarquer très justement que le recours formé contre la décision de la caisse n'est manifestement pas fondé. De même, l'appel n'apporte aucun élément juridique nouveau, et l'assuré aurait mieux fait d'y renoncer.

Arrêt du TFA, du 6 janvier 1962, en la cause J. G.

Article 18, 2^e alinéa, LAI. L'invalidé a droit à une aide en capital s'il remplit les conditions posées par la LAI et le RAI. La réadaptation dans une activité lucrative indépendante doit être la mesure appropriée et l'aide en capital doit être nécessaire à cette activité.

Articolo 18, capoverso 2, LAI. L'invalido ha diritto ad un aiuto in capitale se soddisfa alle condizioni poste dalla LAI e OAI. L'integrazione in un'attività lucrativa indipendente dev'essere appropriata e l'aiuto in capitale necessario a questa attività.

L'assuré, né en 1911, souffre depuis sa jeunesse d'une paralysie du bras gauche et de la jambe gauche. De 1956 à 1960, il travailla comme représentant. Depuis 1956, il possède une auto, qu'il a dû remplacer en 1957 par suite d'un accident; ces achats ont été financés par des emprunts.

En février 1960, l'assuré adressa une demande à l'AI. L'office régional lui procura un emploi comme représentant de la maison M. à partir du 1^{er} mars 1960. La caisse de compensation lui notifia que la commission AI avait refusé de lui allouer une rente, le degré d'invalidité exigé par la loi n'étant pas atteint. Cette décision n'ayant pas été attaquée, elle passa en force de chose jugée. A la fin d'avril 1960 déjà, l'assuré quitta le service de la maison M. et trouva, par les bons offices de l'aide aux invalides, un autre emploi de représentant pour le compte de la maison R. En juillet 1960, il présenta une nouvelle demande à l'AI, sollicitant cette fois une aide en capital; il déclara qu'il avait renoncé à son activité de représentant, dont le revenu était insuffisant, et qu'il avait l'intention de s'installer comme distributeur d'outillages. Au milieu d'août 1960, il entreprit effectivement cette activité.

La commission AI refusa l'aide en capital pour les motifs suivants:

L'octroi d'une aide en capital supposerait que, sans cette aide, une réadaptation vraisemblablement de longue durée ne serait pas possible. Or, en l'espèce, l'assuré était déjà réadapté comme représentant. Le choix d'une activité indépendante ne présente aucun rapport avec l'invalidité de l'assuré. Le recours formé contre la décision de la caisse fut rejeté par le Tribunal cantonal des assurances, qui adopta les conclusions de la commission AI et déclara, en outre, qu'il n'existait pas un droit à une aide en capital. Dans son appel, l'assuré renouvela sa demande d'aide en capital et soutint que, faute d'un revenu suffisant comme représentant, il n'avait jamais été réadapté à la vie professionnelle; son invalidité ne lui permettait, à la longue, qu'une activité indépendante.

La commission AI et l'OFAS ont proposé le rejet de cet appel.

Le TFA a admis l'appel dans le sens des considérants ci-après:

1. Selon l'article 18, 2^e alinéa, LAI, une aide en capital peut être allouée à l'assuré invalide qui est susceptible d'être réadapté, afin de lui permettre d'entreprendre une activité comme travailleur indépendant; chargé de régler les modalités de cette prestation le Conseil fédéral a disposé, à l'article 7 RAI, qu'une aide en capital peut être allouée si le bénéficiaire a les connaissances professionnelles et les qualités personnelles qu'exige l'exercice d'une activité indépendante, si les conditions économiques de l'affaire à entreprendre paraissent garantir de manière durable l'existence de l'assuré et si les bases financières sont saines.

Contrairement à l'opinion du tribunal de première instance, il n'appartient pas à l'autorité d'apprécier si une aide en capital doit être accordée ou non. L'assuré a droit à cette prestation s'il remplit les conditions posées par la LAI et le RAI. On ne peut exiger que le genre et les chances de succès de la réadaptation rendent nécessaire une activité indépendante, comme l'a admis le tribunal de première instance. Il suffit de savoir si ce genre de réadaptation est bien choisi; l'aide en capital, comme telle, doit être nécessaire à l'activité indépendante qui a été considérée comme appropriée (art. 9, 1^{er} al., LAI).

2. L'assuré déclare qu'une activité indépendante s'imposait; les expériences qu'il a pu faire pendant de longues années lui ont montré que son invalidité l'empêchait de gagner suffisamment comme représentant salarié. Les pièces du dossier indiquent, il est vrai, que l'assuré a obtenu un revenu satisfaisant au cours du premier mois de son activité au service de la maison M.; mais il a gagné beaucoup moins le deuxième mois, parce que, comme abstinent et non-fumeur, il ne parvenait pas à vendre sa marchandise dans les restaurants. De même, son activité au service de la maison R., qu'il avait acceptée à titre provisoire, ne lui rapporta pas un gain suffisant. A cela s'ajoute le fait, dont on peut admettre la vraisemblance, que pendant ses vingt ans d'activité de représentant invalide, la clientèle ne l'a jamais pris très au sérieux. Dans ces conditions, l'invalidité a certainement joué un rôle dans sa décision de renoncer au métier de représentant. En outre, l'assuré ne peut être assimilé à un représentant ordinaire; il avait l'intention d'apprendre le métier d'aide-comptable, mais son infirmité l'en empêcha. (Selon le service d'aide aux invalides, il serait même apte à fonctionner comme aide-éducateur, activité qu'il ne peut exercer à son lieu de domicile, où sa femme possède une maison.) Enfin, l'assuré est décrit comme un homme au caractère sérieux, qui a su prendre ses précautions avant d'entreprendre son activité indépendante (il vend des outillages qu'il écoulait précédemment pour le compte d'un tiers, en qualité de salarié). Etant donné cette situation spéciale, on ne saurait dire que le choix d'une activité indépendante n'a pas été judicieux.

3. Les pièces du dossier ne permettent pas, toutefois, de juger la demande d'aide en capital. En outre, la commission AI devra encore préciser si les conditions énoncées à l'article 7 RAI sont remplies. Avant tout, il conviendra, en tenant compte des considérants, de déterminer les aptitudes de l'assuré pour une activité indépendante. Les résultats, qui manquent encore au dossier, de cette activité exercée maintenant depuis près d'un an et demi permettront sans doute de juger si les conditions de l'affaire garantissent de manière durable l'existence de l'assuré et si les bases financières sont saines. (Le résultat enregistré pour la brève période du 19 août au 30 novembre 1960 était satisfaisant, si l'on tient compte des difficultés initiales). Il faut remarquer aussi à ce propos que l'assuré compte rembourser au moins en partie l'aide en capital qu'il aura reçue et peut fournir une caution. Le fait que cette aide doit servir en premier lieu à rembourser la somme empruntée pour les achats d'autos n'est pas un obstacle à l'octroi de cette prestation. L'aide en capital est fixée selon un certain montant et n'est pas liée à son objet; dans une entreprise, l'amortissement d'une dette constitue une charge comme une autre. De plus, l'assuré a incontestablement besoin d'une auto pour exercer son activité présente.

Arrêt du TFA, du 5 janvier 1962, en la cause N. M.

Article 19 LAI. L'assuré capable de suivre l'enseignement d'une classe spéciale ou de développement est réputé apte à fréquenter l'école publique et ne peut prétendre des contributions de l'AI aux frais d'école et de pension, même s'il n'y a pas de classes de développement à son lieu de domicile et qu'il doit, pour cette raison, fréquenter une école spéciale dans une autre localité.

Articolo 19 LAI. L'assicurato idoneo a seguire l'insegnamento di una classe differenziale è considerato atto a frequentare la scuola pubblica e non può pretendere dall'AI sussidi per le spese scolastiche e di pensione anche se nel suo luogo di domicilio non vi sono classi differenziali e per tal motivo deve frequentare una scuola speciale in un'altra località.

L'assuré, né en 1948, a un quotient d'intelligence de 78 selon Binet-Kramer, d'après le diagnostic du service psychologique scolaire. Il est incapable de suivre l'enseignement ordinaire de l'école primaire et a besoin d'une classe spéciale ou de développement. Comme il n'y a pas de classe de ce genre au lieu de domicile de ses parents, dont il dut quitter l'école primaire en 1957, il fut mis dans un home pour y recevoir son instruction scolaire. La commission cantonale AI refusa une contribution aux frais d'école de l'assuré, celui-ci n'étant pas invalide au sens de la loi. La décision de la caisse de compensation fut attaquée par le père de l'assuré, mais sans succès. La commission cantonale de recours estima que l'assuré, étant donné son quotient d'intelligence, n'avait pas droit à des contributions à ses frais d'école. Ce jugement fut porté devant le TFA, au nom de l'assuré, par « Pro Infirmis », qui demanda une contribution aux frais d'école et de pension en vertu de l'article 10 RAI, éventuellement une contribution aux frais pour permettre la fréquentation de l'école, selon l'article 11 RAI.

Le TFA a rejeté cet appel. Voici ses considérants:

1. Aux termes de l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI, des subsides sont alloués pour la formation scolaire spéciale des mineurs aptes à recevoir une instruction mais qui, par suite d'invalidité, ne peuvent fréquenter l'école publique ou dont on ne peut attendre qu'ils la fréquentent. Ces subsides comprennent une contribution aux frais d'école et

une contribution aux frais de pension (art. 19, 2^e al., LAI). Selon le 3^e alinéa de cet article, le Conseil fédéral précise les conditions nécessaires selon l'alinéa 1^{er} pour l'octroi des subsides et fixe le montant de ceux-ci.

L'article 8, 2^e alinéa, RAI précise que l'on entend, par école publique, tout enseignement du cycle de la scolarité obligatoire, y compris l'enseignement dans des classes spéciales ou de développement. L'article 9 énumère les infirmités donnant droit à des subsides pour la formation scolaire spéciale (notamment la déficience mentale, si le quotient d'intelligence ne dépasse manifestement pas 75). Enfin, les articles 10 et 11 définissent les contributions aux frais d'école et de pension.

2. Le Conseil fédéral étant chargé par la LAI de préciser les conditions nécessaires à l'octroi des subsides, l'article 9 RAI ne dépasse pas les limites fixées par la loi. Il en est de même de l'article 8, 2^e alinéa, RAI, selon lequel l'enseignement dans des classes spéciales ou de développement fait partie de l'enseignement de l'école publique. Or, si cette disposition est conforme à la loi, cela exclut l'octroi de contributions aux frais d'école et de pension d'un enfant apte à être instruit dans une classe spéciale, même si l'école publique du lieu de domicile ne possède pas de telles classes; en effet, la LAI exige (art. 19, 1^{er} al.) que l'empêchement de fréquenter l'école publique soit dû à l'*invalidité*. Les enfants qui peuvent suivre l'enseignement d'une classe spéciale ne sont pas invalides au sens de la loi; cela ressort de l'article 5, 2^e alinéa, LAI, et se trouve confirmé par l'article 9 RAI, qui se fonde sur l'article 19 LAI. Sans doute, le fait que tous les enfants peu doués ne puissent fréquenter une classe spéciale à leur lieu de domicile crée-t-il une certaine inégalité; mais il y a là une lacune dans l'organisation scolaire cantonale, et l'on ne saurait modifier en conséquence les dispositions de la LAI et allouer des prestations nécessitées par cette lacune et non par l'invalidité.

3. En l'espèce, l'assuré est apte à suivre l'enseignement d'une classe spéciale ou de développement; il est donc apte à fréquenter l'école publique. Ainsi, il ne remplit pas les conditions posées à l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI pour l'octroi de contributions aux frais d'école et de pension. Les articles 10 et 11 RAI, cités à l'appui, n'y changent rien; car les prestations qui y sont définies ne sont allouées qu'aux conditions énoncées à l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI. Puisque l'assuré est apte à fréquenter l'école publique, il est superflu de se demander si l'examen d'intelligence qu'il a subi (quotient d'intelligence 78 selon Binet-Kramer) suffirait à justifier le refus de subsides à la formation scolaire spéciale au sens de la loi (cf. arrêt du TFA, du 2 novembre 1961, en la cause E. K., RCC 1962, p. 36).

RENTES ET ALLOCATIONS POUR IMPOTENTS

Arrêt du TFA, du 4 décembre 1961, en la cause S. G.

Article 28, 2^e alinéa, LAI. Pour déterminer le degré d'invalidité d'un artisan ou d'un commerçant établi à son compte, les organes de l'AI ne doivent pas adopter exclusivement l'évaluation médicale; il leur incombe d'estimer sa capacité de gain, en tenant compte de toute activité qu'on peut raisonnablement exiger de lui et des possibilités de gain ainsi offertes (considérant 1).

Article 28, 2^e alinéa, LAI. Une rente d'invalidité ne peut être allouée qu'après examen de toutes les possibilités d'une réadaptation. Cet examen

doit être fait d'office, même si l'assuré ne requiert pas de mesures de réadaptation (considérant 2).

Articolo 28, capoverso 2, LAI. Per determinare il grado d'invalidità d'un artigiano o di un commerciante indipendente, non devesi accettare senz'altro una valutazione meramente medica; incombe agli organi della AI di stimare la sua capacità di guadagno, tenendo conto di ogni attività che ragionevolmente si possa richiedere da lui, e delle possibilità di guadagno che gli sono in tal modo aperte (considerando 1).

Articolo 28, capoverso 2, LAI. La concessione di una rendita è subordinata ad un esame preliminare delle possibilità di una integrazione, la cui opportunità va esaminata d'ufficio, anche se l'assicurato non lo chiede (considerando 2).

L'assuré, victime d'un accident de motocyclette en 1934, fut amputé de la jambe gauche au tiers inférieur de la cuisse; il porte depuis lors une prothèse périodiquement renouvelée.

La commission AI reconnut au requérant le droit à une nouvelle prothèse, mais, estimant que le degré d'invalidité ne dépassait pas 33 pour cent, lui refusa toute autre prestation.

Saisie d'un recours, la commission cantonale de recours accorda à l'assuré une demi-rente d'invalidité.

Sur appel de l'OFAS, le TFA annula l'arrêté cantonal et renvoya la cause à la commission AI pour examen complémentaire et nouveau prononcé, 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 (50 pour cent) au moins; dans les cas pénibles, une rente peut être allouée déjà lorsque l'assuré est invalide pour les deux cinquièmes (40 pour cent) au moins. L'article 4 LAI définit l'invalidité comme étant « la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident ». Pour qu'il y ait invalidité au sens de la LAI, il ne suffit donc pas que la santé soit atteinte; il faut encore que cette atteinte diminue la capacité de gain. En définissant ainsi l'invalidité par l'incapacité de gain, l'article 4 LAI reprend une notion connue déjà de l'assurance obligatoire contre les accidents et de l'assurance militaire (voir p. ex. ATFA 1960, p. 249 ss., et la jurisprudence qui y est citée; en outre, RCC 1961, p. 79).

L'incapacité de gain est la diminution future probable et moyenne — découlant de l'atteinte à la santé et du préjudice porté à la capacité de travail — des possibilités de gain sur l'ensemble du marché du travail ouvert à l'assuré. Son ampleur est déterminée par des critères objectifs, soit par la perte que l'assuré subit sur un marché du travail équilibré, en utilisant dans toute la mesure que l'on peut raisonnablement exiger de lui sa capacité résiduelle de travail. L'article 28, 2^e alinéa, LAI reprend ces critères, lorsqu'il pose pour règle que l'invalidité est évaluée par comparaison entre le revenu du travail que l'assuré « pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail », et le revenu qu'il « aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide ». Il s'agit donc, abstraction faite des cas particuliers mentionnés à l'article 28, 3^e alinéa, LAI, de comparer entre eux deux revenus hypothétiques.

Sans doute cette comparaison offre-t-elle quelques difficultés à l'égard d'un artisan

ou commerçant établi à son compte, l'évaluation des deux revenus à prendre pour termes de la comparaison comportant une large part d'appréciation. Ces difficultés n'autorisent cependant pas à adopter sans plus une évaluation purement médicale. S'il appartient au médecin de déterminer l'état physique et mental de l'assuré et d'indiquer sa capacité de travail, il incombe aux organes de l'AI d'en estimer les répercussions sur la capacité de gain, en tenant compte de toute activité qu'on peut raisonnablement exiger de l'assuré et des possibilités de gain ainsi offertes. L'état physique et mental une fois connu, il faut donc estimer d'abord le revenu que l'assuré peut obtenir. Ainsi que le TFA a eu déjà l'occasion de le relever (voir arrêt E. N. du 21 septembre 1961, RCC 1961, p. 465), le gain effectif moyen réalisé par l'indépendant jouera à cet égard un rôle parfois déterminant, autant que rien n'amène à conclure que ce gain est réduit pour des motifs subjectifs à un niveau bien inférieur à ce que l'intéressé pourrait réaliser. Il faut estimer ensuite le gain que l'assuré pourrait réaliser s'il n'était pas devenu invalide. Devront être prises en considération les circonstances diverses de chaque cas (telles qu'aptitudes professionnelles, genre de l'activité, développement de l'entreprise avant la survenance de l'invalidité, etc.) et l'évolution qu'aurait vraisemblablement suivie l'affaire de l'assuré. La situation d'entreprises similaires fournira fréquemment sur ce point des indices utiles. Seule, la comparaison de ces deux gains donnera enfin le degré de l'invalidité.

En l'espèce, le juge cantonal a adopté le degré évalué par le médecin fonctionnant comme expert judiciaire, en indiquant certes les motifs de sa manière de faire, mais sans vérifier si ce degré correspondait à l'incapacité de gain au sens de la LAI. Quant à la Commission AI, on ne voit pas, dans son prononcé, sur quoi se fonde son évaluation. Les pièces versées au dossier ne permettant pas d'évaluer le degré de l'invalidité de l'assuré ainsi que l'exigent les dispositions légales, la cause devrait, pour ce motif déjà, être renvoyée pour nouvelle décision.

2. En outre, il faut examiner, avant d'allouer une rente, si des mesures de réadaptation sont possibles. L'article 28, 2^e alinéa, LAI le prescrit, en précisant que le premier terme de la comparaison ci-dessus exposée est le revenu du travail que l'assuré pourrait obtenir « après exécution éventuelle de mesures de réadaptation ». Or, la Commission AI paraît ne pas avoir envisagé cette possibilité, et le juge cantonal l'élimine parce que l'assuré n'a requis de telles mesures que subsidiairement à l'octroi d'une rente.

Sans doute l'assuré a-t-il varié dans ses demandes. S'il requérait à l'origine un reclassement professionnel, il n'en a plus parlé qu'à titre accessoire dans son mémoire de recours, pour en rejeter l'idée dans sa réponse à l'appel. Mais la possibilité de mesures de réadaptation doit être examinée d'office, même si l'intéressé ne les demande pas (voir p. ex. ATFA 1960, p. 249 ss., et RCC 1961, p. 79); l'opposition de l'assuré à des mesures de réadaptation auxquelles on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette et dont on peut attendre une amélioration notable de sa capacité de gain entraîne le refus temporaire ou définitif de la rente (art. 31 LAI).

En l'espèce, l'OFAS est d'avis que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel s'imposent et qu'il y a tout lieu d'en attendre une amélioration de la capacité de gain. L'assuré, dans sa réponse à l'appel, déclare de telles mesures impossibles, en raison de son âge et des résultats décevants d'un stage qu'il a entrepris de sa propre initiative. Le dossier ne permet pas à la Cour de céans de trancher définitivement le litige. Aussi appartiendra-t-il à la Commission AI d'examiner si des mesures de réadaptation sont possibles et, dans l'affirmative, de déterminer la nature de ces mesures et les prestations à prendre en charge par l'AI. Si de telles mesures étaient impossibles ou devaient échouer, il faudrait, alors seulement, évaluer le degré de l'invalidité en vue de l'octroi éventuel d'une rente.

Arrêt du TFA, du 28 novembre 1961, en la cause K. S.

Article 42 LAI. L'assuré impotent, placé dans un asile, continue à dépendre de l'assistance si, outre la rente d'invalidité et l'allocation pour impotent, il a besoin pour son entretien de prestations que lui verse une institution d'entraide privée, mais qui sont remboursées à celle-ci par la commune d'origine de l'assuré.

Articolo 42 LAI. L'assicurato impotente ricoverato in uno stabilimento non è dimesso dall'assistenza pubblica se, oltre alla rendita d'invalidità e all'assegno per impotenti, necessita di contributi per le spese di mantenimento che gli sono bensì versati da istituzioni assistenziali private ma rifiusi a quest'ultime dal suo comune d'origine.

L'assuré, né en 1903, souffre depuis des années de la maladie de Little et d'une légère débilité mentale. De 1940 à 1960, il a séjourné soit dans l'établissement hospitalier de sa commune, soit à l'hôpital de district; depuis mai 1960, il se trouve à l'hôpital de psychiatrie de son canton d'origine. En juin 1960, le service de l'assistance de sa commune d'origine déposa en son nom une demande de prestations de l'AI. La commission AI admit une invalidité de 100 pour cent et une impotence totale. La caisse de compensation octroya à l'assuré une rente d'invalidité de 900 francs par mois avec effet dès le 1^{er} janvier 1960, mais lui refusa une allocation pour impotent, estimant que l'octroi de cette dernière prestation ne lui permettrait pas de ne plus dépendre de l'assistance.

La commission de recours admit, pour les motifs suivants, le recours interjeté contre la décision de la caisse: si les frais d'entretien des assurés placés dans un asile ne sont pas couverts par les prestations de l'AI et doivent être pris en charge par l'assistance publique, ils sont payés par l'Association cantonale de l'aide aux invalides. Il est vrai que ces frais sont remboursés par la commune d'origine des intéressés, mais comme ces montants ne sont pas directement versés par la caisse de l'assistance, ils n'ont pas le caractère de prestations d'assistance. Dès lors, les assurés invalides qui étaient entretenus jusqu'alors par l'assistance devaient être considérés comme libérés de cette institution. Partant, les considérations qui avaient motivé la décision négative de la caisse se révélaient inexactes, de sorte que c'est à tort que l'allocation pour impotent avait été refusée.

L'OFAS appela de ce jugement devant le TFA en faisant valoir essentiellement que l'Association cantonale n'avait qu'un rôle d'intermédiaire entre l'assuré et sa commune d'origine; elle était, en effet, chargée de transmettre à ce dernier les prestations auxquelles il avait droit en vertu de la législation cantonale sur l'assistance. Les secours ainsi fournis ne libéraient donc pas l'assuré de l'assistance.

Le TFA admit l'appel pour les motifs suivants:

1. Les assurés invalides qui sont dans le besoin et qui sont impotents à tel point que leur état nécessite des soins spéciaux et une garde ont droit à une allocation pour impotent (art. 42, 1^{er} al., 1^{re} phrase, LAI). Toutefois, s'ils sont placés dans un asile aux frais de l'assistance, ils ne recevront l'allocation que si elle leur permet de ne plus dépendre de l'assistance (art. 42, 2^e al., LAI). Ainsi, lorsque l'allocation pour impotent — y compris la rente d'invalidité — ne couvre que partiellement les frais d'entretien dans un asile d'un assuré impotent relevant jusqu'alors de l'assistance, l'allocation ne peut être accordée, car le montant non couvert doit être pris en charge par l'assistance. Pour maintenir malgré tout le droit à une allocation en pareil cas, la Conférence des agents de l'assistance publique du canton passa un arrangement avec l'Association cantonale

de l'aide aux invalides, aux termes duquel ladite Association prenait en charge, avec effet au 1^{er} janvier 1960, les frais d'entretien d'assurés invalides et impotents, placés dans un asile, à la condition toutefois que, d'une part, les prestations de l'AI soient versées à l'Association et non pas aux autorités d'assistance et que, d'autre part, les communes intéressées remboursent à l'Association la différence entre les frais d'entretien de ces assurés et le montant des prestations d'assurance.

Pour l'OFAS, une telle solution ne libère pas les intéressés de l'assistance, étant donné que les frais non couverts par l'AI ne sont qu'avancés par l'Association en question et continuent d'être à la charge de l'assistance.

2. Pour résoudre le litige, il convient d'examiner quelles sont les conditions qui doivent être remplies pour que l'octroi d'une allocation pour impotent libère l'assuré de l'assistance, conformément à l'article 42, 2^e alinéa, LAI. Cette disposition mérite un examen attentif: elle reprend la teneur de l'article 75, 2^e alinéa (2^e phrase) du projet de loi. Le message du Conseil fédéral relatif à ce projet précise que « par analogie avec la réglementation en vigueur pour l'aide complémentaire à la vieillesse, cette allocation (pour impotent) n'est en principe pas accordée aux personnes assistées, pensionnaires d'un établissement ». La réglementation à laquelle le message fait allusion est contenue à l'article 6, 1^{er} alinéa, de l'ordonnance d'exécution de l'arrêté fédéral concernant l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants, du 28 janvier 1949. Aux termes de cette disposition — qui, soit dit en passant, ne tient pas encore compte de l'abaissement de la limite d'âge de la femme pour l'octroi d'une rente de vieillesse — « les personnes âgées de plus de 65 ans et les survivants placés dans un établissement à la charge de l'assistance publique ne peuvent toucher des prestations... que si celles-ci leur permettent de ne plus être assistés ». Or, l'article 42, 2^e alinéa, LAI prévoit le même motif d'exclusion du droit à l'allocation que l'article 6, 1^{er} alinéa, de l'ordonnance précitée. Aussi les conditions auxquelles l'allocation pour impotent ou les prestations de l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants sont censées libérer l'intéressé de l'assistance doivent-elles être les mêmes dans les deux cas.

L'article 6, 3^e alinéa, de l'arrêté fédéral concernant l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants, du 8 octobre 1948, prévoit que les prestations doivent être fixées autant que possible de manière à *préserver* le bénéficiaire de tomber à la charge de l'assistance publique. Tant l'article 6, 1^{er} alinéa, de l'ordonnance d'exécution que l'article 42, 2^e alinéa, LAI — qui doit être interprété de manière analogue — permettent d'octroyer même à des pensionnaires d'établissement *déjà assistés* des prestations de l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants ou des allocations pour impotents. La seule condition mise à cet octroi est que les intéressés soient ainsi libérés de l'assistance. Au sens de ces dispositions, un tel résultat ne sera atteint que si les prestations qu'elles prévoient permettent effectivement d'éviter de recourir aux deniers de l'assistance publique. Selon l'article 42 LAI, un assuré sera libéré de l'assistance publique s'il peut bénéficier, outre d'une allocation pour impotent, de prestations de l'aide aux invalides. Ainsi, la loi tend apparemment à favoriser indirectement la création d'institutions cantonales destinées à compléter l'AI. Les prestations complémentaires d'une telle aide doivent couvrir dans une mesure suffisante les charges d'entretien des invalides.

Il ressort de ces considérations que la simple intervention d'une institution privée, à laquelle la commune a donné mandat de « financer » l'entretien de pensionnaires invalides d'un établissement, ne saurait empêcher les effets négatifs de l'article 42, 2^e alinéa, LAI. Doit être considéré comme dépendant de l'« assistance » au sens de l'article 42, 2^e alinéa, LAI celui qui, malgré l'octroi d'une allocation pour impotent, continue d'avoir besoin des secours publics que les communes doivent verser aux per-

sonnes dans le besoin en vertu de leur obligation générale d'entretien. Il n'en est pas de même, en revanche, lorsque les secours publics, dont a besoin un assuré en plus de l'allocation pour impotent, sont versés par une institution légale (aide aux invalides) créée en vue de couvrir, à titre complémentaire, un risque qui doit être supporté en premier lieu par les assurances sociales.

3. Il est établi en l'espèce que l'assuré continuerait d'avoir besoin du concours financier de sa commune malgré l'octroi d'une allocation pour impotent, étant donné qu'une telle prestation, ajoutée à la rente d'invalidité, ne suffirait pas à couvrir ses frais d'entretien dans l'établissement hospitalier. Comme le canton intéressé ne possède pas d'institution légale d'aide aux invalides dont l'assuré pourrait prétendre les prestations, les frais de pension encore dus demeurent en principe à la charge de l'assistance publique. Ce fait engendrerait incontestablement, en l'espèce, les effets juridiques défavorables prévus par l'article 42, 2^e alinéa, LAI. Pour éviter d'en venir là, on a prévu dans ledit canton que l'Association de l'aide aux invalides paierait les frais d'entretien non couverts par la rente et l'allocation pour impotent. Toutefois, les prestations de cette association lui sont remboursées par la commune d'origine de l'assuré, si bien qu'en définitive c'est cette dernière qui, vu son obligation générale d'entretien, supporte la part des frais qui ne sont pas pris en compte par l'assurance sociale. Du point de vue de l'article 42, 2^e alinéa, LAI, il importe peu que ces frais soient remboursés par la caisse de l'assistance ou par une autre caisse officielle, tant que la preuve manque que le remboursement effectué à l'Association *n'a pas* été fait en vertu de l'obligation générale incombant aux communes d'entretenir leurs citoyens dans le besoin. Il y a lieu, dès lors, de conclure que l'intervention de l'Association de l'aide aux invalides ne permet pas à l'assuré, même s'il était mis au bénéfice de l'allocation pour impotent, de ne plus dépendre de l'assistance (voir au surplus ATF 65 I 218). L'appel doit ainsi être admis.

CHRONIQUE MENSUELLE

Dans sa séance du 7 mars, le Conseil national a discuté le projet de *modification de la loi fédérale fixant le régime des allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux paysans de la montagne*, se ralliant, sur tous les points, aux propositions de sa commission (voir RCC 1962, p. 89). Par 73 voix contre 33, il a décidé, en accord avec le Conseil des Etats (voir RCC 1962, p. 2), de classer les initiatives des cantons de Fribourg et du Valais qui tendaient à l'institution d'un régime fédéral d'allocations familiales pour les salariés. Après que le Conseil des Etats eut, le 15 mars, éliminé toutes les divergences par adhésion aux décisions du Conseil national, le projet a été adopté en *vote final* par les deux Conseils et sans opposition, le 16 mars.

Pour l'essentiel, les innovations légales sont les suivantes : Une allocation pour enfant de 15 francs par mois et par enfant est instituée en faveur des petits paysans de la plaine. L'allocation pour enfant aux paysans de la montagne est portée de 15 à 20 francs. Pour les travailleurs agricoles, ladite allocation est augmentée à 20 francs en zone de montagne alors qu'elle reste fixée à 15 francs en région de plaine. L'allocation de ménage est de 60 francs par mois pour tous les travailleurs agricoles. La limite de revenu à laquelle est subordonné le droit aux allocations des petits paysans de la montagne et de la plaine est fixée à 5500 francs, ce montant représentant le revenu net annuel ; le supplément pour enfant qui s'ajoute à cette limite est de 700 francs par enfant donnant droit aux allocations. La contribution des employeurs est portée à 1,3 pour cent des salaires. En ce qui concerne le droit des gendres de l'exploitant aux allocations familiales, la loi consacre la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances. Enfin, le Conseil fédéral se voit attribuer la compétence de prescrire que les allocations pour enfants doivent également être versées pour les enfants que les salariés étrangers ont laissés hors de notre pays. Le Conseil fédéral fixera la date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions après l'expiration du délai référendaire ; cette date sera vraisemblablement le 1^{er} juillet 1962.

*

Les *gérants des caisses cantonales de compensation* ont siégé le 8 mars à Berne sous la présidence de M. Weiss, gérant de la caisse de compensation de Bâle-Ville, en présence de M. Frauenfelder, directeur, et d'autres représentants de

l'Office fédéral des assurances sociales. Ils ont discuté le projet d'une circulaire concernant le remboursement des frais de réadaptation dans l'AI et ont été informés de toutes les questions qui s'y rattachent.

*

En date du 15 mars, la signature de l'arrangement administratif relatif aux modalités d'application de la *convention complémentaire anglo-suisse du 12 novembre 1959* a eu lieu. En application de l'article 1^{er} de cet arrangement, les dispositions de l'arrangement administratif du 1^{er} septembre 1954 relatif aux modalités d'application de la convention anglo-suisse en matière d'assurances sociales du 16 janvier 1953 s'appliquent désormais, par analogie, également à l'Ile de Jersey.

*

La *commission mixte de liaison des autorités fiscales et de l'AVS* a siégé les 21 et 22 mars sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a étudié des propositions tendant à simplifier la perception des cotisations des travailleurs indépendants et discuté la question des cotisations personnelles irrécouvrables.

*

D'après les résultats disponibles aujourd'hui, le *compte d'exploitation de 1961 de l'AVS* se solde à nouveau par un excédent de recettes assez considérable. Les chiffres ci-après sont donnés sous réserve de l'approbation des comptes que le conseil d'administration du Fonds de compensation doit donner à l'intention du Conseil fédéral. Les cotisations des assurés et des employeurs ont rapporté 906 millions en chiffre rond (1960 : 798 millions), tandis que les prestations se sont élevées à 848 millions (1960 : 721). La cinquième révision de l'AVS n'a pas produit tous ses effets en 1961, puisqu'elle n'est entrée en vigueur que le 1^{er} juillet. Compte tenu des contributions des pouvoirs publics, du produit des intérêts et des frais d'administration, l'excédent de recettes atteint 382 millions (1960 : 386).

Les *comptes d'exploitation de l'AI en 1961* donnent les résultats suivants : Cotisations des assurés et des employeurs : 89 millions ; contributions des pouvoirs publics 78 millions ; ensemble des dépenses 156 millions. L'excédent de recettes s'élève à 13 millions. Là aussi, l'augmentation des rentes ne s'est fait sentir que dans la seconde moitié de l'année.

Dans les *APG*, les recettes se sont établies à 92 millions et les dépenses à environ 72 millions.

Le contentieux de l'AI

Généralités

Tout l'édifice des assurances sociales est fondé sur le *droit de l'assuré* à un certain nombre de prestations. C'est à l'administration qu'il incombe, en premier lieu, de déterminer celles-ci. Mais même la meilleure des administrations n'est pas infallible, et il peut arriver que l'assuré ait de la peine à faire reconnaître son droit. En cas de litige, un simple recours par voie hiérarchique laisserait l'intéressé seul et inexpérimenté face à une organisation experte et puissante, et il serait à craindre qu'il ne puisse obtenir pleine justice. C'est la raison pour laquelle le législateur a confié le contentieux de l'AVS, en 1948, à des *autorités juridictionnelles indépendantes de l'administration*. Il a, d'autre part, toujours en matière d'AVS, prévu une procédure simple, rapide et, en principe, gratuite, qui doit permettre à tout assuré de saisir sans difficulté l'autorité de recours et d'appel. Autorité de recours : en général une autorité cantonale. Autorité d'appel : le Tribunal fédéral des assurances (TFA).

En instituant l'AI, le législateur a tenu compte des expériences satisfaisantes qu'on a faites depuis plus de dix ans dans le domaine de l'AVS. Il a confié le contentieux de l'AI aux autorités de recours de l'AVS et a prévu l'application des mêmes dispositions de procédure.

Par la même occasion, le législateur a pris soin d'améliorer encore l'organisation du contentieux. Il a renforcé l'indépendance du juge vis-à-vis de l'administration et posé une série d'exigences nouvelles auxquelles doivent désormais répondre les dispositions cantonales de procédure de recours en matière d'AVS et d'AI. On a tenu compte, sur ce point, tant de l'expérience acquise au cours des premières années de l'AVS que des problèmes particulièrement compliqués et difficiles que l'AI ne saurait manquer de poser au juge.

La plupart des cantons ont déjà adapté leurs dispositions de procédure en conséquence. Certains d'entre eux ont saisi cette occasion pour centraliser le contentieux des assurances sociales entre les mains d'une seule et même autorité de recours (non seulement pour les affaires de l'AVS, de l'AI, des allocations aux militaires et des allocations familiales, régime fédéral, mais encore pour celles de l'assurance militaire et de la CNA). Cette réorganisation paraît donner d'excellents résultats, d'autant plus que maint problème de l'AI se présente aussi dans les domaines de l'assurance militaire et de l'assurance-accidents obligatoire. Il faut souhaiter que le succès de cette expérience engage d'autres cantons encore à suivre la même voie, ce dont l'assuré n'aurait, en fin de compte, qu'à bénéficier.

Quelques chiffres

Alors que 1960 a été une année encore relativement calme, 1961 a vu aug-

menter considérablement le nombre des litiges. Les autorités de première instance ont rendu 256 décisions en matière d'AI en 1960 et 1642 en 1961. Quant au TFA, il a rendu 13 arrêts en 1960 et 187 en 1961. On peut d'ores et déjà constater que le nombre des recours relatifs à des prestations AI est beaucoup plus important qu'au début de l'AVS pour les rentes AVS. Si l'on considère le nombre élevé de demandes de prestations enregistrées au début de cette année, il est fort probable que les litiges en matière d'AI seront également nombreux en 1962. Au surplus, les cas de l'AI posent au juge des questions délicates et l'obligent souvent à ordonner des enquêtes complémentaires, ce qui augmente et alourdit sa tâche.

S'il est un domaine où les procès de longue durée sont malvenus, c'est bien celui des assurances sociales. Un encombrement des tribunaux AVS serait désastreux pour les assurés. C'est pourquoi l'OFAS souhaite que les commissions AI et les caisses de compensation fassent tout leur possible afin d'accélérer la procédure de recours. Elles peuvent y contribuer, et elles y contribuent grandement, en respectant les délais fixés par le juge et en préparant soigneusement leurs dossiers et préavis.

L'issue des procès montre que cet appareil judiciaire a sa raison d'être non seulement pour le principe, mais parce qu'il permet également, dans bien des cas concrets, de corriger les décisions attaquées. C'est ainsi qu'en 1961, sur 101 appels au TFA interjetés par l'assuré, 24 ont été admis totalement ou partiellement ; sur 83 appels de l'OFAS, 58 ont abouti totalement ou partiellement.

Ces arrêts n'ont certes d'effet direct que sur le litige en cause, mais bien souvent ils montrent aussi à l'administration quelle interprétation il faut donner à certaines dispositions légales. Nous reviendrons sur ce point à la fin du présent exposé.

Le rôle de la commission AI et de la caisse de compensation en procédure de recours et d'appel

Les fonctions respectives de ces deux organes administratifs sont fixées par la loi, au moins d'une manière générale. La *caisse de compensation* est seule compétente pour notifier au requérant les décisions de l'AI le concernant (art. 54, lettre f, LAI). Elle a ainsi qualité de partie en cas de procès, ce qui n'a jamais été contesté.

La position de la *commission AI*, elle, n'est pas aussi facile à définir. Sans jamais lui reconnaître la qualité de partie, l'OFAS l'avait considérée, dans sa circulaire du 15 juillet 1960 sur le contentieux, comme « autorité intéressée » au litige et, pour des raisons de simplification administrative et de discrétion, était enclin à admettre des rapports directs entre elle et le juge.

Certaines autorités cantonales de recours étaient allées plus loin encore et avaient reconnu à la commission AI la qualité de partie.

Récemment, le TFA a eu l'occasion de se prononcer à ce sujet et il l'a fait, dans son arrêt du 21 octobre 1961 en la cause F. J. (RCC 1962, p. 72 ss), en refusant à la commission AI tant la qualité de *partie* que celle d'*autorité intéressée*.

Le TFA précise comme il suit le rôle de la commission AI : la commission AI est un organe de l'AI qui examine et se prononce au sujet de questions spéciales définies dans la loi, et surveille l'application des mesures de réadaptation. Le TFA compare les prononcés de la commission AI aux communications fiscales en matière d'AVS, auxquelles les caisses ne peuvent pas déroger dans leur décision. Pourrait-on reconnaître à la commission AI la qualité de tiers intéressé, d'« autorité intéressée » ? Non, déclare le TFA, car ne peut être considérée comme telle que l'autorité dont les droits et obligations envers l'assurance sont l'objet de la décision (art. 76 et 91 RAI). Ce ne saurait être le cas de la commission AI, puisque le prononcé qu'elle communique à la caisse de compensation devient ensuite un élément de la décision rendue par cette dernière. Par conséquent, conclut le TFA, n'étant ni partie ni « intéressée » en première instance, la commission AI n'a pas qualité pour interjeter appel auprès du TFA. La qualité de partie lui fait aussi défaut en procédure d'appel.

Le TFA a tiré de cet argument juridique un certain nombre de conséquences d'ordre administratif. Désormais, lorsqu'il est saisi d'un appel, il ne remet l'acte d'appel et le dossier qu'à la caisse de compensation, en l'invitant à lui fournir une réponse. Il ne s'adresse plus directement à la commission AI ; c'est à l'administration de faire en sorte que la caisse de compensation puisse présenter une réponse pertinente et tous les moyens de preuve dont elle dispose. Pratiquement, cela signifie que la caisse devra demander à la commission AI de lui fournir les renseignements et les pièces nécessaires. La circulaire de l'OFAS du 2 février 1962 tire les conséquences de cette jurisprudence sur le plan interne. Nous nous permettons de nous y référer.

Ce qui vient d'être dit concerne la procédure d'appel auprès du TFA. Quelles vont être les conséquences de l'arrêt précité sur la *procédure de recours* ? Les autorités cantonales de recours qui ont pris l'habitude de consulter directement la commission AI pourront-elles continuer à agir de la même manière à l'avenir, ou devront-elles passer chaque fois par la caisse de compensation ?

Il faut, à ce sujet, faire une distinction entre la situation juridique de la commission AI et de la caisse AVS, situation clairement définie désormais par le TFA, et l'instruction elle-même du procès en première instance.

Un point est clair : dans tout litige en matière d'AI, la *caisse qui a rendu la décision est partie*, avec tous les droits et obligations que cela comporte, notamment celui de fournir une réponse. Il ne sera plus possible à des autorités de recours de considérer la commission AI comme partie et de laisser la caisse AVS complètement en dehors du litige, comme cela a été quelquefois le cas.

Mais cela ne signifie pas que le juge cantonal doive renoncer à s'adresser directement à la commission AI ou à l'un de ses membres s'il l'estime opportun. L'article 85, 2^e alinéa, lettre c, LAVS prévoit que le juge établit d'office les faits déterminants pour la solution du litige. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Par conséquent, en raison du caractère inquisitoire de la procédure de recours en matière d'AVS et d'AI, l'autorité

cantonale de recours pourra, comme par le passé, s'adresser directement à quiconque peut la renseigner utilement sur la cause. L'OFAS, pour sa part, n'a pas vu la nécessité d'obliger les commissions AI à adresser leurs préavis et dossiers au juge par l'intermédiaire de la caisse AVS. Il faut seulement que cette dernière, en qualité de partie, puisse prendre connaissance du mémoire de la commission AI, d'une manière ou d'une autre, et ait l'occasion d'émettre son avis.

Questions de procédure

1. La notion de recours

La première question qui se pose, au début de la procédure, est la suivante : Que faut-il considérer comme un recours ? Certes, les recours ne doivent pas être adressés à la commission AI, mais à l'office désigné par le règlement cantonal de procédure. Il arrive néanmoins que des assurés écrivent à la *commission AI* qu'ils ne peuvent admettre la décision reçue. Or, d'après la jurisprudence du TFA, toute déclaration écrite, remise dans le délai et exprimant clairement le refus de l'intéressé d'admettre la décision de la caisse, est un recours (RCC 1957, p. 129). La conséquence de cette jurisprudence est que de telles communications doivent être transmises aussitôt à l'autorité de recours compétente. Il est donc inadmissible que des commissions AI ou leurs secrétariats interviennent auprès de l'intéressé afin de le persuader que son recours est sans espoir et de provoquer ainsi un retrait (cf. circulaire 28 a, en matière d'AVS).

2. La commission AI peut-elle prendre une nouvelle décision au sujet d'un cas en instance de recours ?

Parfois, le recours montre que la commission AI a ignoré certains faits et que son prononcé est mal fondé. Dans la pratique, on a constaté que la commission revient alors parfois sur son prononcé antérieur et invite l'assuré à retirer son recours. Il est même arrivé que le recours ne soit ainsi jamais transmis au juge. Quelquefois enfin, la déclaration de retrait a fait l'objet de contestations ultérieures, la nouvelle décision reçue ne correspondant pas à ce que l'assuré comptait obtenir à la suite de ses pourparlers avec la commission AI. D'où des retards et des complications.

L'OFAS a l'intention de soumettre l'ensemble de ces questions à un examen approfondi. Pour l'heure, nous nous bornerons à rappeler qu'en matière d'AVS, le TFA a déclaré que dès qu'une affaire est pendante devant le juge, la caisse de compensation doit s'abstenir de prendre toute nouvelle mesure sur le plan administratif (RCC 1958, p. 139). L'instruction de l'affaire incombant désormais au juge, toute nouvelle décision rendue par un organe administratif au sujet d'un point litigieux doit être considérée comme une proposition faite au juge. L'acquiescement lui-même ne dispense pas le tribunal d'aborder le fond de la question litigieuse, et une radiation de l'affaire n'interviendra que s'il paraît justifié d'adopter quant au fond les conclusions de l'appelant (RCC 1961, p. 32).

On peut aller jusqu'à se demander si, dans ces circonstances, le *retrait du recours* est admissible. Le TFA a répondu affirmativement à cette question (RCC 1961, p. 161), à propos d'un pourvoi en appel. Il a toutefois réservé le cas où le retrait aurait pour but d'éviter une « *reformatio in pejus* », de sauver une situation risquant d'être modifiée par le juge au détriment du justiciable.

Somme toute, l'on doit conclure qu'il est préférable que commissions AI et caisses de compensation s'abstiennent, d'une manière générale, de rectifier tout prononcé et décision dès que le juge a été saisi de l'affaire. Qu'elles fassent plutôt connaître leur avis au juge dans leur mémoire et lui laissent le soin de trancher. Certes, la liquidation du cas par voie administrative paraît plus expéditive au premier abord ; mais la sécurité juridique exige que l'on crée des situations nettes et que le droit de recourir de l'ayant droit ne soit restreint en aucune manière.

La portée de la jurisprudence à l'égard des organes administratifs de l'assurance

La jurisprudence a pour but principal de garantir la jouissance de ses droits à l'assuré qu'un litige oppose à un organe administratif de l'assurance. Le tribunal tranche donc des cas concrets. On peut cependant trouver dans l'exposé des motifs d'un jugement des considérations permettant de prévoir la façon dont seront vraisemblablement jugés des cas futurs. Précieux renseignements pour l'administration, à qui l'interprétation des dispositions légales pose souvent des problèmes difficiles.

Cela dit, il faut également signaler certains dangers dans l'interprétation de la jurisprudence : *D'abord, le danger d'une généralisation trop hâtive.* Le tribunal ayant toujours à trancher des cas individuels, il faut apprécier ses considérations, même formulées de façon générale, dans le contexte de l'affaire jugée ; se garder de lui faire dire davantage qu'il n'en a eu l'intention ; s'abstenir enfin de tirer des conclusions définitives de la façon dont il a tranché tel cas d'espèce, qui se présentait peut-être sous un aspect un peu particulier.

C'est pourquoi, avant d'adapter la pratique administrative à la jurisprudence, l'on examinera très attentivement si le jugement considéré a *force de précédent ou non.*

La qualité de précédent ne peut être reconnue, en règle générale, qu'aux arrêts de la plus haute autorité judiciaire, le TFA, et non aux jugements cantonaux.

Il faut en outre être certain qu'il s'agit d'un *arrêt de principe.* Enfin, une certaine prudence est de rigueur lorsqu'il s'agit d'apprécier la portée d'arrêts touchant des domaines nouveaux, dont de nombreux aspects doivent encore être élucidés.

C'est aussi dans cette perspective que se pose le problème des contradictions possibles entre les directives de l'autorité de surveillance et la jurisprudence, un vaste sujet qui ne peut être qu'effleuré ici. Les directives de l'au-

torité administrative de surveillance sont valables « sous réserve de la jurisprudence » (art. 72 LAVS). Comme un écart entre la jurisprudence et les directives de l'autorité de surveillance porterait atteinte au principe de l'égalité des assurés devant la loi, les directives doivent être adaptées en conséquence. Mais une telle adaptation ne peut avoir lieu que s'il est vraiment sûr qu'un arrêt a force de précédent, faute de quoi l'autorité de surveillance attendra que le TFA confirme son point de vue dans un arrêt ultérieur, tandis que les organes administratifs continueront à se conformer aux directives en vigueur.

La collaboration entre les commissions AI et les offices régionaux

Au cours de l'année écoulée, l'Office fédéral des assurances sociales a, en vertu de l'article 92, 1^{er} alinéa, RAI, contrôlé la gestion de plusieurs offices régionaux. Les constatations faites à cette occasion ont montré que la liaison avec les commissions AI avait bien joué. Toutefois, certains problèmes qui n'avaient pas encore trouvé de solution ont nécessité des entretiens que l'Office fédéral a organisés en commun avec les commissions AI et les offices régionaux. Ces discussions ont donné d'heureux résultats, dont certains présentent un intérêt général.

*

Durant les deux premières années de l'AI, les offices régionaux ont supporté le poids d'un grand nombre d'examins confiés par les commissions AI. Vu la masse des demandes, ils ont dû examiner plusieurs cas sans rapport direct avec la réadaptation professionnelle (p. ex. l'estimation de la capacité de travail de ménagères et d'agriculteurs ou l'enseignement spécial). Aujourd'hui, pour l'étude de pareils cas, les commissions AI ne devraient plus avoir besoin du concours des offices régionaux ; elles ont la possibilité de s'adresser aux services sociaux de l'aide aux invalides ou à des experts, ou même à des fonctionnaires qualifiés des secrétariats des commissions. Il est très important que les offices régionaux puissent concentrer leurs efforts sur l'examen de questions de leur propre ressort, car ces cas-là exigent de leur part un travail particulièrement intense.

Les commissions ont aussi la possibilité de faire appel aux services sociaux de l'aide aux invalides pour l'examen de cas de réadaptation professionnelle. Toutefois, les mandats qui s'y réfèrent doivent être transmis, dans chaque cas, par l'office régional ; celui-ci doit garder une vue d'ensemble sur toutes les mesures de réadaptation prises dans sa circonscription.

*

Des améliorations peuvent également être apportées aux mandats que les commissions AI remettent aux offices régionaux. Les mandats doivent être établis avec le plus de clarté et de précision possible. Ils doivent contenir toutes les indications que les spécialistes donnent en séance de commission.

Lorsque des mesures médicales sont accordées en plus des mesures de réadaptation, l'office régional n'entre généralement en action qu'après l'exécution des mesures médicales ou peu avant qu'elles ne prennent fin. Il s'est révélé utile que la commission AI reste en contact avec l'agent qui exécute les mesures médicales et qu'elle indique elle-même à l'office régional le moment auquel la réadaptation professionnelle peut commencer. De même, dans les cas où une intervention rapide de l'office régional est désirable, la commission qui est tenue de prendre les dispositions principales en vue de la réadaptation devrait en contrôler les différentes phases.

En cas de formation scolaire spéciale et de formation professionnelle initiale, il est important, pour permettre à l'office régional de prendre à temps les dispositions nécessaires, que l'orienteur professionnel soit consulté le plus tôt possible. De toute façon, on comprend que les offices régionaux désirent connaître au plus vite les décisions des commissions, car leurs efforts tendent à réadapter au plus vite l'assuré et à utiliser à cet effet toutes les possibilités du moment.

L'expérience a également révélé qu'il est avantageux de consulter l'office régional avant de remettre des prothèses en vue d'une activité professionnelle, ceci afin d'éviter l'attribution d'appareils insuffisants.

*

Pour leur part, les offices régionaux sont tenus de présenter aux commissions AI des rapports clairement rédigés, permettant à ces commissions d'exécuter leur travail d'une manière expéditive. Une certaine uniformité dans la présentation des rapports s'est révélée très avantageuse.

Il est aussi important que les offices régionaux s'expriment avec prudence lorsqu'ils exposent aux assurés les possibilités de réadaptation et qu'ils leur fassent bien comprendre que les décisions à ce sujet sont prises par les commissions AI. Le refus de mesures qui avaient été envisagées crée généralement des ennuis à tous les intéressés.

Le calcul des indemnités journalières

Dans un arrêt rendu récemment (cf. présent n^o, p. 167) le Tribunal fédéral des assurances s'est prononcé au sujet d'une importante question en matière de calcul de l'indemnité journalière en précisant dans quels cas l'assuré doit être considéré comme actif pour le calcul de l'indemnité journalière de l'AI et dans quels cas comme non-actif.

Le Tribunal fédéral des assurances est parti du principe que la distinction faite par la loi en matière d'APG entre personnes ayant exercé une activité lucrative et celles n'en ayant pas exercé doit également être appliquée pour les indemnités journalières de l'AI. Dans le régime des APG, les notions d'actifs et de non-actifs sont définies à l'article premier RAPG édicté par le Conseil fédéral en exécution du mandat général à lui confié par l'article 34, 3^e alinéa, RAPG. Or, aux termes de l'article premier RAPG, ont droit à une allocation en tant que personne exerçant une activité lucrative les militaires qui, au cours des douze derniers mois précédant l'entrée au service, ont exercé une activité lucrative pendant au moins quatre semaines. Le Conseil fédéral a pu renoncer à délimiter à nouveau ces deux notions dans le RAI, avec les particularités qui leur sont propres en matière d'AI, et s'est contenté de déclarer, dans l'article 21, 1^{er} alinéa RAI, que les dispositions valables en matière d'APG sont applicables par analogie dans l'AI.

Après avoir dûment apprécié l'état de faits particulier dans l'AI, notamment aussi durant la période d'introduction de la loi, l'autorité judiciaire suprême est arrivée à la conclusion que les buts recherchés par l'octroi d'indemnités journalières ne seraient pas atteints si l'application de mesures de réadaptation était entièrement assimilée à l'accomplissement du service militaire et si, par conséquent, tout invalide qui a exercé durant les douze derniers mois ayant précédé le stage de réadaptation une activité lucrative pendant moins de quatre semaines ne pouvait bénéficier que d'une indemnité journalière prévue pour les non-actifs. Le TFA a relevé que, précisément dans l'AI, il faut tenir compte du fait que, très souvent, l'invalide a été empêché durant une période plus ou moins longue d'exercer une activité lucrative en raison de sa maladie ou de son invalidité. Dans de tels cas, il serait inéquitable de considérer l'invalide comme non-actif. Le tribunal suprême a donc fondé son arrêt sur la considération qu'un invalide peut prétendre une indemnité journalière en tant que personne ayant exercé une activité lucrative non seulement lorsqu'au cours des douze derniers mois précédant le stage de réadaptation il a exercé cette activité pendant quatre semaines au moins, mais aussi dans les cas où l'abandon de l'activité lucrative est uniquement dû à une maladie ou invalidité sans laquelle l'assuré aurait vraisemblablement continué à être actif. Cette pratique devra être appliquée à tous les invalides ayant déjà exercé une activité lucrative avant la mise en œuvre des mesures de réadaptation.

Le TFA n'a toutefois pas précisé de façon exhaustive quelles adaptations l'application par analogie des principes valables dans les APG entraîne pour les indemnités journalières de l'AI. Ainsi cet arrêt ne dit notamment pas d'après quels principes l'indemnité journalière doit être calculée pour un assuré majeur qui, en raison d'une invalidité congénitale ou d'enfance, n'a encore jamais exercé d'activité lucrative. Dans de tels cas — et sous réserve de la jurisprudence — il faut continuer à accorder l'indemnité journalière prévue pour les non-actifs.

Les caisses de compensation voudront connaître la portée que le présent jugement a sur les cas qui ont déjà fait l'objet d'une décision entrée en force.

Or, la nouvelle délimitation ne s'applique qu'aux cas qui ne sont pas encore liquidés, ainsi qu'à des cas futurs. Par contre, les cas d'indemnités journalières déjà traités ne doivent pas être revus (cf. Revue 1958, p. 424).

Deux problèmes actuels du contrôle des employeurs

1. L'ordonnance de mesures de contrôle, décision sujette à recours

En vertu de l'article 162, 1^{er} alinéa, RAVS et aux termes de la circulaire 62 de l'Office fédéral des assurances sociales, le contrôle des employeurs peut être exercé de deux manières. En général, l'employeur est contrôlé sur place par un bureau de revision. Dans des cas particuliers, lorsque certaines conditions sont remplies, le contrôle peut se faire d'une autre manière. Il s'agit maintenant de savoir ce qu'il advient lorsque l'employeur s'oppose au contrôle, qu'il ait lieu sur place ou d'une autre manière. L'employeur peut-il en ce cas avoir recours aux moyens de droit et demander au juge de décider de l'opportunité de la mesure de contrôle prévue par la caisse? Cette question a été traitée dans un jugement rendu le 4 octobre 1961 par la commission de recours pour l'AVS du canton de Zurich.

La commission de recours a estimé que le fait d'ordonner un contrôle d'employeur peut être une décision sujette à recours. Elle a déclaré à ce sujet : « Dans un avis de droit établi à l'intention de l'Office fédéral des assurances sociales (cf. RCC 1950, p. 447), le professeur Imboden émet l'opinion que tous les actes souverains d'administration, c'est-à-dire que toutes les décisions prises par les caisses de compensation dans l'exercice de leurs attributions de droit public, et qui modifient d'une manière quelconque la situation juridique des particuliers, peuvent faire l'objet d'un recours. Par exemple, l'employeur peut recourir, en se fondant sur l'article 84 LAVS, contre la demande de la caisse tendant à obtenir des listes de salaires détaillées en vue de l'inscription sur les comptes individuels des cotisations. Dans l'intérêt d'une protection légale très étendue de l'assuré, la commission de recours se range à cette opinion préconisant l'extension la plus large du droit de recours en matière d'assurance sociale. »

Toutefois, l'autorité de recours ne désire pas obliger les caisses de compensation à rendre une décision sujette à recours chaque fois qu'elles ordonnent des mesures de contrôle. Elle a déclaré à ce sujet : « Il n'est ni nécessaire, ni judicieux, de donner la forme d'une décision à la communication annonçant à l'employeur qu'un contrôle aura lieu. De même, les employeurs ne sont pas appelés par des décisions à régler régulièrement leurs comptes de cotisations. C'est seulement au moment où l'employeur se soustrait à cette obligation que

la caisse se voit obligée de fixer par une taxation d'office les cotisations présumables. Lorsqu'elle ordonne un contrôle, la caisse de compensation rend l'employeur attentif à son obligation de tenir à la disposition de l'organe de contrôle tous les documents nécessaires, tels que la comptabilité, les quittances de salaire, etc. Contrairement à ce que la caisse de compensation peut faire en sommant l'employeur de lui envoyer des listes de salaire, il lui est impossible, en ordonnant un contrôle, de préciser et d'indiquer de manière exhaustive les pièces à présenter lors du contrôle.

Ce n'est qu'en cours de revision, après avoir pris connaissance des pièces disponibles, de la manière de comptabiliser, des opérations particulières à porter en compte, etc., que le reviseur peut décider dans quelle mesure et à quels documents le contrôle doit être étendu... Etant donné que le fait d'ordonner un contrôle d'employeur est un acte souverain d'administration qui modifie la situation juridique de l'employeur, on ne peut prétendre que la caisse ne soit pas qualifiée pour rendre une décision dans l'affaire qui nous occupe. Si la caisse est en outre en mesure de constater quels sont les documents disponibles et lesquels sont absolument nécessaires au contrôle, il est de sa compétence de prendre une décision ordonnant à l'employeur à lui fournir ces pièces. »

En adoptant ce point de vue, la caisse de compensation peut, dans les cas litigieux d'exécution d'un contrôle d'employeur, rendre une décision sujette à recours. Il est indiqué de procéder ainsi lorsqu'un employeur conteste la légalité d'une mesure de contrôle. En pareils cas, comme le contrôle représente une intrusion dans les affaires de l'employeur, le litige doit pouvoir être soumis à l'appréciation de l'autorité juridictionnelle avant que la mesure contestée ne soit mise en œuvre sous la menace de la sanction pénale de l'article 88 LAVS. Toutefois, l'usage des moyens de droit ne doit pas permettre à l'employeur de se soustraire à ses obligations en usant de moyens dilatoires. Le cas échéant, la caisse de compensation sera dans l'obligation de demander au tribunal de prendre des mesures provisionnelles aux fins de maintenir la situation de fait et de mettre en sûreté les moyens de preuve. En termes concrets, il s'agit principalement d'assurer la conservation des pièces que l'employeur refuse de mettre à la disposition des organes de contrôle.

2. Les pièces que l'employeur doit présenter lors du contrôle

Le bureau de revision a pour mission, conformément à l'article 163 RAVS, d'examiner si l'employeur exécute correctement les tâches qui lui incombent. Le contrôle doit s'étendre aux pièces indispensables à cet examen. Quand l'employeur possède, outre les pièces relatives aux salaires, d'autres documents propres à renseigner sur les points soumis à vérification, le contrôle s'étendra aussi à ces documents, en tant que l'examen prescrit l'exige (cf. Instructions aux bureaux de revision sur l'exécution des contrôles d'employeurs selon l'art. 68, 2^e al., LAVS, du 1^{er} septembre 1954, ch. IV/1). Toutefois, lorsque l'employeur n'est pas obligé de tenir une comptabilité, conformément à l'article 957 du Code des obligations, on peut se demander si les organes de con-

trôle peuvent exiger, en plus des quittances de salaires, d'autres pièces justificatives, comme par exemple le livre de caisse.

Dans son jugement cité plus haut, la commission de recours s'est également prononcée à ce sujet. Elle est d'avis que le bureau de revision a non seulement le droit, mais même l'obligation d'examiner le livre de caisse : « Comme la recourante tient une comptabilité simple, ne comprenant que les livres de salaire et de caisse, le bureau de revision doit pouvoir examiner le livre de caisse, sinon il ne serait pas à même de constater si des prestations ayant la nature de salaires n'ont pas été versées sous le titre frais, gratifications, cadeaux, etc. La possibilité de contrôler l'employeur ne peut être limitée à l'examen des documents que l'employeur est astreint de tenir en vertu de la loi ; elle doit être adaptée aux conditions propres à chaque entreprise. Le fait que la recourante n'est pas obligée de tenir des livres en vertu du Code des obligations ne joue pas de rôle du point de vue de l'AVS. »

La nouvelle circulaire sur le salaire déterminant

(suite)¹

Aux termes de l'article 7, lettre c, RAVS, *les gratifications* font partie du salaire déterminant, quel que soit leur montant. L'article 8, lettre c, RAVS excepte du salaire déterminant *les cadeaux* dont la valeur ne dépasse pas 100 francs par année. Comment faut-il faire le départ entre ces deux catégories de prestations ? La pratique a été sur ce point, incertaine. Ici et là, l'usage s'était établi de se fonder sur le montant de la prestation pour fixer la limite. Les versements ne dépassant pas 100 francs étaient considérés comme cadeaux non soumis à cotisations. Tout ce qui dépassait cette limite était assimilé aux gratifications. Dans son arrêt du 4 novembre 1960 en la cause D. S. A. (ATFA 1960, 295 ; RCC 1961, 111), le Tribunal fédéral des assurances, reprenant les considérants émis dans un arrêt antérieur (arrêt du 12 décembre 1952 en la cause A., ATFA 1952, 241), a donné de l'article 8, lettre c, RAVS une interprétation conforme à la lettre et à l'esprit de cette disposition. Il faut partir de l'idée que les prestations volontaires de l'employeur au salarié sont en principe des gratifications et doivent être comptées dans le salaire, quel que soit leur montant, c'est-à-dire même si elles n'atteignent pas 100 francs par année. L'article 8, lettre c, RAVS institue une exception. Ainsi, même si elle n'atteint pas 100 francs par an, une prestation volontaire de l'employeur au salarié ne doit être qu'exceptionnellement affranchie des cotisations, et seulement si elle a manifestement le caractère d'un cadeau. Il n'y a lieu de l'admettre que si *des*

¹ Voir RCC 1962, p. 101.

relations personnelles étroites existent entre l'employeur et le salarié, c'est-à-dire dans des circonstances où l'on se fait habituellement des cadeaux. On peut ainsi dire que les cadeaux au sens de l'article 8, lettre c, RAVS sont avant tout des cadeaux en nature, les dons en argent n'étant retenus comme tels que s'ils représentent à certains égards le succédané d'un cadeau en nature. Il ne faut en général admettre l'existence de relations personnelles étroites que là où le salarié vit dans la famille de l'employeur. Une précision supplémentaire est fournie par la règle selon laquelle les prestations volontaires qui sont soumises aux primes dues au titre de l'assurance-accidents obligatoire doivent en tout cas être considérées comme des gratifications et incorporées au salaire déterminant. Le texte du n° 52 a été modifié en conséquence.

Dans maintes entreprises, il est d'usage d'allouer aux salariés des *primes* en espèces ou en nature pour *récompenser des propositions utiles à la marche de l'affaire*. Fréquemment, des prix sont même mis au concours pour encourager de telles propositions. Des primes de ce genre font en principe partie du salaire déterminant, conformément à l'article 7, lettres a et c, RAVS. D'ailleurs, jusqu'ici, le n° 40 les désignait explicitement comme un élément du salaire. Ces primes peuvent atteindre des sommes d'une certaine importance. Toutefois, ce ne sont souvent que des dons de valeur modique, dont le but principal est de récompenser le salarié qui s'intéresse à la bonne marche de l'entreprise. Pour différents motifs, il est apparu inopportun d'exiger des cotisations aussi sur de telles prestations, qui sont allouées une fois ou occasionnellement au salarié. Le Conseil fédéral a dès lors répondu le 28 avril 1961 à la question Sausser, du 6 mars 1961 (cf. RCC 1961, p. 148 et 200), que les sommes accordées par l'employeur au personnel pour récompenser des propositions améliorant la marche de l'entreprise font en principe partie du salaire déterminant, mais peuvent être considérées comme des cadeaux au sens de l'article 8, lettre c, RAVS et, partant, exceptées dudit salaire, lorsqu'elles ne dépassent pas 100 francs par an. Le texte de la seconde partie du n° 40 a dès lors été supprimé. Comme les primes ici visées sont plutôt des primes au rendement, une réglementation conforme à la réponse du Conseil fédéral a été énoncée au n° 53.

Les prestations destinées à *compenser une perte de salaire* peuvent être considérées comme n'étant pas le gain d'une activité lucrative ou être incorporées au salaire déterminant. Selon le droit de l'AVS, ce n'est pas le caractère d'une telle prestation qui est déterminant, mais bien plutôt la personne qui alloue cette prestation. Si c'est l'employeur ou une institution propre à l'entreprise, les prestations compensant la perte de salaire font partie du salaire déterminant (cf. art. 7, lettres m, n et o, RAVS ; n^{os} 65 ss et 75 ss). Si c'est un tiers, c'est-à-dire une institution étrangère à l'entreprise, ces prestations ne font pas partie du revenu de l'activité lucrative (cf. art. 6, 2^e al., lettres a, b et c, RAVS ; n^{os} 4, 6 et 7). Si l'employeur a, en vertu du contrat ou du contrat collectif, l'obligation d'allouer au salarié certaines prestations couvrant la perte de salaire, ainsi l'indemnité journalière en cas de maladie dans l'industrie des arts graphiques, et si *l'employeur s'assure contre ce risque*, les prestations qu'il alloue au salarié (et qui lui sont rétrocédées en tout ou partie par l'assureur) font néanmoins partie

du salaire déterminant. Car c'est l'employeur qui alloue ici la prestation au salarié et non pas l'assureur ; c'est l'employeur et non pas le salarié qui a un droit aux prestations d'assurance. Le contrat passé par l'employeur avec l'assurance a le caractère d'une assurance-responsabilité. Certes, cet état de fait n'est peut-être pas d'une très grande importance dans la pratique ; pourtant, il peut conduire à des interprétations inexactes. C'est pourquoi le problème a été traité dans la circulaire, au n° 65.

Aux termes de l'article 8, lettre b, RAVS, les prestations des employeurs pour les primes d'assurance-maladie, accidents ou chômage au profit de leurs employés ou ouvriers sont exceptées du salaire déterminant. Il y a deux moyens juridiques d'assurer le salarié contre les suites économiques de la maladie ou de l'accident. Ou bien c'est l'employeur qui conclut un contrat d'assurance en faveur de ses salariés et qui acquitte lui-même les primes en sa qualité de preneur d'assurance, ou bien c'est le salarié qui conclut le contrat et qui doit alors les primes. Si, dans cette seconde hypothèse, l'employeur *contribue au paiement de la prime due par le salarié*, la situation économique est la même que dans le premier cas. Dans les deux cas, l'employeur assume en tout ou en partie les frais de l'assurance du salarié. Dans son ancienne teneur, le n° 88 visait seulement le cas où l'employeur payait les primes comme preneur d'assurance.

Dans son premier alinéa, le nouveau texte du n° 88 excepte du salaire déterminant les deux catégories de prestations de l'employeur, c'est-à-dire aussi bien le paiement de la prime par l'employeur que la contribution de l'employeur au paiement de la prime due par le salarié. Cette interprétation est également conforme au texte même de l'article 8, lettre b, RAVS.

Le n° 88 a été modifié sur un autre point, par l'adjonction d'un deuxième alinéa. Seules étaient jusqu'ici exceptées du salaire déterminant les primes relatives à l'assurance du salarié lui-même, à l'exclusion de celles se rapportant à l'assurance de ses proches. D'autre part, l'article 8, lettre a, RAVS excepte du salaire déterminant les prestations de l'employeur aux proches du salarié pour le paiement de frais médicaux, pharmaceutiques, d'hôpital et de cure. On ne voit pas pourquoi, dès l'instant que les prestations elles-mêmes sont franches de cotisations, il n'en irait pas de même des primes que l'employeur acquitte pour permettre aux proches du salarié d'obtenir les prestations d'assurance correspondantes. Dès lors, le n° 88 statue que sont aussi exceptées du salaire déterminant *les primes et contributions au paiement de primes pour des assurances-maladie en faveur des proches du salarié*.

Le texte du n° 97 a été précisé en ce sens que *les frais remboursés séparément* ne font pas partie du salaire déterminant, quel que soit leur montant, c'est-à-dire même s'ils n'atteignent pas 10 pour cent du salaire brut. L'article 9, 1^{er} alinéa, RAVS proscrivant la déduction de frais inférieurs à 10 pour cent du salaire (voir n° 95) ne vaut donc que pour les frais que le salarié doit couvrir avec son salaire (voir n° 96).

(A suivre)

L'aide à la vieillesse et aux survivants dans les cantons (fin) ¹

Etat le 1^{er} janvier 1962

8. Canton d'Appenzell Rh. Int.

La législation

Verordnung über die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenbeihilfe, du 2 juin 1960 ; en vigueur dès le 1^{er} janvier 1960.

Les prestations

Montants en francs

Bénéficiaires	Prestations annuelles maximum ¹
Personnes seules	1 200
Couples	1 600
Enfants	600

¹ Ces taux peuvent exceptionnellement être dépassés lorsqu'il s'agit de prévenir des cas d'indigence grave, par exemple si le bénéficiaire a besoin de soins permanents, d'un traitement médical coûteux ou doit être interné dans un établissement.

Les limites de revenu et de fortune

Pas de limite arithmétique.

L'aide est fournie aux vieillards dans le besoin, aux veuves et aux orphelins touchant une rente AVS, aux bénéficiaires de l'AI nécessiteux, et à d'autres personnes dans le besoin qui répondent aux conditions posées par le droit fédéral, pourvu que l'aide qui leur est accordée puisse leur permettre d'échapper à la misère de façon durable. Sont considérées comme nécessiteuses les personnes qui sont dans l'impossibilité de subvenir, par leurs propres moyens, à leur entretien et à celui des personnes dont elles ont la charge.

Les délais d'attente

Pour le moment aucun, ni pour les Suisses ni pour les étrangers.

Le financement

Le financement est assuré comme suit :

a. Aide à la vieillesse et aux survivants

- les subventions versées en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948 ;
- les contributions du fonds des vieillards, veuves et orphelins ;
- les subsides des régions « intérieure » et « extérieure » du canton.

b. Aide aux invalides

- les subsides des régions « intérieure » et « extérieure » du canton.

Les charges sont réparties entre les régions « intérieure » et « extérieure » en fonction du nombre d'habitants, de la fortune et du revenu imposables.

¹ Voir RCC 1962, p. 104. Ce rapport complet peut être commandé sous n° 318.320.01 à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3.

9. Canton de Saint-Gall

La législation

Gesetz über die Alters- und Hinterlassenenbeihilfe, du 22 janvier 1961 ;

Vollzugsverordnung über die Alters- und Hinterlassenenbeihilfe, du 18 avril 1961.

Les prestations

Montants en francs

Bénéficiaires	Prestations annuelles maximum	
	Régions urbaines	Régions rurales
Personnes seules	1 260	1 140
Couples	1 980	1 680
Veuves	1 260	1 140
Orphelins	660-720	540-600

Ces prestations peuvent être augmentées d'un tiers au plus dans des cas pénibles d'indigence extrême, par exemple en cas de traitement médical coûteux, besoin permanent de soins, infirmité, frais d'entretien pour enfants mineurs, loyer élevé ou séjour dans un home.

Les veuves et les orphelins peuvent bénéficier en outre de suppléments d'automne ou d'hiver, ainsi que de subsides pour la formation professionnelle des orphelins.

Les limites de revenu et de fortune

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de revenu annuel	
	Régions urbaines	Régions rurales
Personnes seules	2 300	2 200
Couples	3 600	3 300
Veuves	2 300	2 200
Orphelins	1 100-1 800 ¹	1 000-1 600 ¹

¹ Limites graduelles selon l'âge.

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de fortune
Personnes seules	6 000
Couples	10 000
Veuves	6 000
Orphelins	4 000

Dans les cas pénibles, les limites de revenu peuvent être augmentées d'un tiers au maximum.

Les délais d'attente

Pour les ressortissants du canton :

Aucun.

Pour les ressortissants d'autres cantons :

Séjour ininterrompu de cinq ans dans le canton pendant les sept dernières années.

Pour les étrangers et apatrides :

Séjour de dix ans dans le canton pendant les douze dernières années.

Le financement

Les ressources sont fournies par :

- a. les subventions versées en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948 au canton et aux fondations ;
- b. les contributions des communes, selon leur capacité fiscale, d'un montant de 20 à 40 pour cent des prestations d'aide allouées ;
- c. les contributions du canton, soit :
 - les recettes du fonds cantonal de l'aide à la vieillesse et aux survivants, c'est-à-dire les intérêts de ce fonds, les taxes d'acquisition de la bourgeoisie du canton, les héritages dévolus à l'Etat à défaut d'héritiers et la moitié du produit de la collecte faite à l'occasion du Jeûne fédéral ;
 - les intérêts provenant du legs Arnold Billwiller ;
 - des subsides à la charge du compte administratif du canton.

L'organisation et l'exécution

L'exécution de la loi est confiée aux organes cantonaux de la fondation saint-galloise « Pro Senectute » et de la fondation suisse « Pro Juventute ».

10. Canton des Grisons

La législation

Gesetz über die Ausrichtung von Alters- und Hinterlassenenbeihilfen, du 6 mars 1960 ; en vigueur dès le 1^{er} octobre 1960 ;

Vollziehungsverordnung zum Gesetz über die Ausrichtung von Alters- und Hinterlassenenbeihilfen, du 20 novembre 1959 ;

Ausführungsbestimmungen über die Ausrichtung von Alters- und Hinterlassenenbeihilfen, du 11 juin 1960/8 août 1961.

Les prestations

Montants en francs

Bénéficiaires	Prestations annuelles maximum ¹
Personnes seules bénéficiant d'une rente	400
Personnes seules sans rente	520
Couples bénéficiant d'une rente	600
Couples sans rente	780
Veuves	400
Orphelins	220

¹ Des prestations uniques d'un montant ne dépassant pas 1200 francs peuvent être accordées pour des achats urgents ou lorsqu'il s'agit d'atténuer une indigence momentanée.

Les limites de revenu et de fortune

On se fonde sur l'état de nécessité des bénéficiaires.

Les conditions personnelles et économiques des requérants, ainsi que les moyens disponibles, servent de critères pour la fixation des prestations.

Les délais d'attente

Aucun pour les ressortissants suisses.

Les étrangers et les apatrides doivent habiter la Suisse depuis au moins dix ans.

Le financement

Les ressources nécessaires sont fournies par :

- la subvention versée en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948 ;
- un subside cantonal représentant le double de la subvention fédérale, mais ne dépassant pas 600 000 francs

11. Canton d'Argovie

La législation

Gesetz über kantonale Zuschüsse zu den Renten der AHV, du 11 janvier 1956 ;

Vollziehungsverordnung zum Gesetz über kantonale Zuschüsse zu den Renten der AHV, du 6 juillet 1956 ;

Verordnung über die zusätzliche Alters- und Hinterlassenenfürsorge, du 11 mai 1951/10 janvier 1956/19 décembre 1958.

Les prestations

Montants en francs

Bénéficiaires	Prestations annuelles maximum
Personnes seules	300
Couples	450
Veuves de moins de 65 ans	250
Orphelins simples	90
Orphelins doubles	130

Les limites de revenu et de fortune

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de revenu annuel ¹	Limites de la fortune	
		Fortune mobilière et immobilière	Fortune immobilière
Personnes seules de plus de 65 ans	2 400	12 000	5 000
Couples	3 600	20 000	8 000
Veuves de moins de 65 ans	2 400	12 000	5 000
Orphelins simples	1 000	12 000	5 000
Orphelins doubles	1 200	12 000	5 000

¹ Limites de tous les revenus, rentes AVS comprises.

Les délais d'attente

Aucun.

Le financement

Le financement des rentes complémentaires est assuré par :

- une subvention des communes d'un montant global de 400 000 francs, graduée selon la capacité fiscale de chaque commune ;
- une part de 200 000 francs de la subvention versée en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948.

L'Etat prend à sa charge le reste des dépenses.

Dans les cas de gêne particulièrement grande, une aide complémentaire peut être ajoutée à la rente complémentaire cantonale en vertu de l'ordonnance du 11 mai 1951/10 janvier 1956/19 décembre 1958. Ces prestations, financées par les subsides prévus dans l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948, sont actuellement, par an et au maximum, de 240 francs pour une personne seule et de 360 francs pour un couple. Si les rentes complémentaires cantonales ne sont destinées qu'aux personnes touchant une rente AVS, les prestations de l'aide complémentaire sont attribuées aux personnes dans le besoin qui ne bénéficient pas de rentes AVS.

Les prestations complémentaires des communes

Cinq communes accordent en outre à leur propre charge des prestations complétant celles de l'aide cantonale.

12. Canton de Thurgovie

La législation

Gesetz über die Schaffung eines Fonds für kantonale Alters- und Hinterlassenenbeihilfen, du 6 décembre 1947 ;

Verordnung des Regierungsrates über die Alters- und Hinterlassenenbeihilfen, du 3 mai 1949/27 février 1951.

Les prestations

Les prestations sont déterminées de cas en cas selon la libre appréciation d'une commission désignée par le Conseil d'Etat.

Les limites de revenu et de fortune

Aucune.

Les délais d'attente

Pour les ressortissants suisses :

Aucun.

Pour les étrangers :

Les étrangers et les apatrides qui ne bénéficient pas de rentes AVS doivent habiter en Suisse depuis au moins dix ans.

Le financement

Les ressources nécessaires sont fournies par :

- les subventions versées en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948 ;
- les intérêts du fonds cantonal d'aide à la vieillesse et aux survivants ;
- les versements légaux faits à ce fonds ;
- les montants prélevés sur le compte général de l'Etat s'élevant à 20 000 francs par année.

Les prestations complémentaires des communes

Quatre communes accordent en outre à leur propre charge des prestations complétant celles de l'aide cantonale.

13. Canton du Tessin

La législation

Legge sull'aiuto complementare ai vecchi ed ai superstiti, du 10 janvier 1956 / 26 juin 1961 ;

Regolamento di applicazione della legge sull'aiuto complementare ai vecchi ed ai superstiti, du 2 juillet 1957.

Les prestations

Montants en francs

Bénéficiaires	Prestations annuelles maximum ¹
Personnes seules	360
Couples	540
Veuves de moins de 63 ans	240
Orphelins simples	135
Orphelins doubles	180

¹ Dans des conditions particulières, les prestations peuvent être majorées de 200 francs au maximum par cas.

Les limites de revenu et de fortune

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de revenu annuel ¹	Limites de fortune
Personnes seules ou veuves .	1 800	5 000
Couples	2 700	7 000
Orphelins simples	600	2 000
Orphelins doubles	900	2 500

¹ Le revenu provenant des rentes de l'AVS fédérale est compris dans ces montants.

Les délais d'attente

Pour les ressortissants suisses :

Aucun.

Pour les étrangers :

Des prestations d'aide sont versées aux étrangers et apatrides qui sont domiciliés en Suisse depuis dix ans et qui remplissent les conditions générales d'obtention d'une rente AVS, mais qui sont exclus du droit à la rente par l'article 18 LAVS.

Le financement

Le financement de l'aide est assuré par les ressources suivantes :

— les subventions versées en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948 ;

- une subvention cantonale annuelle d'un montant de 500 000 francs, prélevée sur le produit de l'impôt sur les spectacles ;
- les dons et legs ;
- les sommes constituant l'éventuelle différence nécessaire à l'attribution des prestations sont à la charge du budget ordinaire de l'Etat.

14. Canton de Vaud

La législation

Décret concernant l'aide complémentaire à l'AVS, du 5 décembre 1955 ;

Arrêté concernant l'aide complémentaire à l'AVS, du 5 mars 1956 ;

Décret du 22 novembre 1960 accordant pour 1961 une nouvelle aide complémentaire à l'AVS.

Les prestations

Montants en francs

Bénéficiaires	Prestations annuelles maximum
Personnes seules ou veuves .	1 020
Couples	1 620
Orphelins simples	340 ¹
Orphelins doubles	510 ¹

¹ Ces montants sont augmentés de 50 pour cent pour les orphelins de plus de 15 ans.

A ces prestations s'ajoute une allocation complémentaire versée en fin d'année.

En 1961, une prestation d'aide complémentaire a été versée à tous les bénéficiaires inscrits le 1^{er} mars 1961.

Les limites de revenu

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de revenu annuel	
	Minimum ¹	Maximum
Personnes seules ou veuves	980	2 000
Couples	1 580	3 200
Orphelins simples	260	600 ²
Orphelins doubles	390	900 ²

¹ Les prestations de l'aide complémentaire ne sont pas comprises dans ces montants.
² L'orphelin ayant au moins 15 ans révolus est mis au bénéfice d'une limite de revenu double.

Les délais d'attente

Pour les ressortissants d'autres cantons :

Les ressortissants d'autres cantons doivent avoir été domiciliés dans le canton durant dix ans au moins au cours des quinze années qui précèdent la demande. Les ressortissants confédérés domiciliés dans le canton pendant moins de dix ans reçoivent le tiers des prestations versées aux Vaudois.

Pour les étrangers :

Les étrangers et apatrides, domiciliés dans le canton durant dix ans au moins au cours des quinze années qui précèdent la demande, sont assimilés aux Suisses. Les étrangers et apatrides domiciliés dans le canton pendant moins de dix ans, mais en Suisse pendant plus de dix ans, reçoivent le quart des prestations versées aux Vaudois.

Le financement

Les subventions versées en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948 sont affectées à l'aide complémentaire. Les autres dépenses sont à la charge de l'Etat et couvertes par voie budgétaire. Une somme annuelle de 120 000 francs est en outre allouée à la fondation cantonale « Pour la Vieillesse ».

Les prestations complémentaires des communes

Huit communes accordent en outre à leur propre charge des prestations complétant celles de l'aide cantonale.

15. Canton du Valais

La législation

Décret du 12 mai 1961 sur l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants.

Les prestations

Montants en francs

Bénéficiaires	Prestations annuelles maximum ¹
Personnes seules ou veuves .	400
Couples	640
Orphelins simples	240
Orphelins doubles	360

¹ Ces prestations peuvent être augmentées proportionnellement si les résultats de l'exercice le permettent.

Les limites du revenu et de la fortune

L'aide est accordée lorsque le revenu annuel du requérant, y compris les prestations des assurances sociales, les présentes allocations et une part équitable

de la fortune, mais à l'exclusion des secours de l'assistance publique, n'atteint pas les limites de revenu fixées par le Conseil d'Etat.

Les délais d'attente

Pour les ressortissants suisses :
Aucun.

Les étrangers et les apatrides qui ne reçoivent pas de rentes AVS doivent être domiciliés en Suisse depuis dix ans au moins.

Le financement

Les dépenses sont couvertes :

- par les subventions allouées au canton en vertu de la législation fédérale ;
- par les subventions du canton.

Un crédit de 600 000 francs est inscrit chaque année au budget cantonal pour être affecté à l'aide complémentaire.

16. Canton de Neuchâtel

La législation

Loi sur l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants, du 27 juin 1961.

Les prestations

Seules les personnes pouvant exciper d'un revenu minimum (voir tableau ci-dessous concernant les limites de revenu) peuvent prétendre des prestations de l'aide cantonale (allocation complémentaire). Les autres personnes peuvent seulement bénéficier de l'« aide sociale », financée par un subside du canton ou de la commune d'origine.

a. Allocations complémentaires

Montants en francs

Bénéficiaires	Prestations annuelles ¹	
	Minimum	Maximum
Personnes seules ou veuves .	120	1 080 (1200 ²)
Couples	240	1 640 (1920 ²)
Orphelins	600	600

¹ Les prestations de l'« allocation complémentaire » représentent 80 pour cent de la différence entre le revenu pris en compte et les limites de revenu maximum ci-après.
² Pour les personnes possédant de la fortune.

Une allocation d'hiver, ainsi qu'une allocation de renchérissement, sont en outre accordées aux bénéficiaires de l'aide complémentaire.

b. Aide sociale

L'aide sociale est fixée à 100 pour cent de la différence entre les ressources et les limites de revenu (v. limites de revenu, lettre b).

Les limites de revenu

a. Allocations complémentaires

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de revenu annuel ¹	
	Minimum ²	Maximum
Personnes seules ou veuves .	1 500	2 800
Couples	2 500	4 500
Orphelins	840	1 500

¹ Les rentes AVS sont prises en compte lors du calcul du revenu minimum. Le quinzième de la fortune, sous déduction d'un montant de 10 000 francs pour personne seule, de 15 000 francs pour un couple et de 5000 francs pour les orphelins, est ajouté au revenu.

² La condition de revenu minimum n'est pas exigée des personnes possédant de la fortune.

b. Aide sociale

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de revenu annuel ¹
Personnes seules ou veuves .	2 580
Couples	4 140
Orphelins	1 440

¹ L'aide sociale est comprise dans ces montants.

Les délais d'attente pour les allocations complémentaires

Pour les ressortissants suisses :

Les ressortissants ou agrégés neuchâtelois doivent habiter le canton depuis au moins une année, les Confédérés depuis l'âge de 60 ans au moins.

Les veuves et les orphelins doivent être domiciliés dans le canton au moins depuis le décès de leur conjoint ou père, ou avoir un domicile ininterrompu dans le canton depuis un an au moins, s'il s'agit d'un ressortissant ou agrégé neuchâtelois, et depuis trois ans au moins s'il s'agit d'un Confédéré.

Pour les étrangers :

Les règles pour les Confédérés valent aussi pour les étrangers et apatrides.

Le financement

Les charges de l'aide sont supportées moitié par le canton, moitié par la commune de domicile des bénéficiaires. Les subventions versées en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948 sont affectées au financement partiel des allocations d'hiver versées à tous les bénéficiaires de l'aide complémentaire.

17. Canton de Genève

La législation

Loi sur l'aide à la vieillesse, aux veuves, aux orphelins et aux invalides, du 7 octobre 1939/6 et 27 octobre 1956/9 mars 1957/31 janvier 1959/1^{er} juillet 1961.

Les prestations

Montants en francs

Bénéficiaires	Prestations annuelles maximum ¹
Personnes seules ou veuves .	2 700
Couples	4 380
Orphelins	1 285

¹ Les rentes AVS sont comprises dans ces montants.

A ces prestations s'ajoutent des allocations d'automne et d'hiver.

Les limites de revenu et de fortune

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de revenu annuel ¹
Personnes seules ou veuves .	3 300
Couples	5 100
Orphelins	1 620

¹ Y compris les rentes AVS et les prestations de l'aide complémentaire.

En ce qui concerne la *fortune*, les montants de 12 000 francs, dont 5000 francs de biens facilement réalisables, ne doivent pas être dépassés. Pour les veuves, ces montants sont augmentés de 3000 francs par orphelin.

Les délais d'attente

Pour les ressortissants d'autres cantons :

Ils doivent avoir été domiciliés dans le canton pendant quinze ans au moins au cours des vingt dernières années. Les Confédérés nés dans le canton de Genève ou qui s'y sont établis avant l'âge de 25 ans, ayant été domiciliés dans le canton sans interruption jusqu'au moment où ils peuvent bénéficier des prestations, sont traités comme des Genevois, même dans le cas où le canton ou la commune d'origine ne prend pas à sa charge une part des prestations.

Pour les étrangers :

Les étrangers sont exclus de l'aide cantonale.

Le financement

Les deux tiers des frais sont à la charge de la commune ou du canton d'origine. Le tiers des frais, à la charge du canton de Genève, est couvert par un impôt communal spécial encaissé par le canton (centimes additionnels). Le taux en est fixé chaque année suivant les besoins de l'aide et est uniforme pour toutes les communes du canton.

Les subventions versées en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948 sont affectées au versement de prestations d'aide aux personnes qui ne peuvent prétendre des prestations de l'aide cantonale, en particulier aux étrangers.

Problèmes d'application de l'AI

Demandes de renseignements des offices régionaux AI aux médecins ¹

Selon la RCC 1960, p. 154, les offices régionaux sont, à certaines conditions, autorisés à demander des renseignements aux médecins. Il ne peut s'agir, par cette voie directe, que de renseignements complémentaires aux rapports médicaux, que les médecins sont en mesure de donner gratuitement. Pour le reste, les offices régionaux communiqueront avec les médecins par l'intermédiaire des commissions AI. Le mandat d'examen médical spécial ne donne droit à des honoraires que s'il a été remis par la commission AI.

Consultation des dossiers par l'assurance militaire fédérale ¹

Selon la RCC 1961, p. 454, les commissions AI peuvent, sans autorisation spéciale de l'Office fédéral des assurances sociales, prêter leurs dossiers à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à la condition que cette dernière présente sa demande par écrit. La même réglementation est applicable à l'assurance militaire fédérale qui, de son côté, met ses pièces médicales à la disposition des commissions AI.

Garantie d'un emploi conforme des rentes AI ¹

Lorsqu'une commission AI constate, d'après les pièces à sa disposition, que le versement direct de rentes AI à un assuré, qui n'est pas sous tutelle, pourrait

¹ Extraits du « Bulletin de l'AI » n° 31.

entraîner un emploi abusif de ces rentes, soit en raison de débilité mentale, d'alcoolisme ou pour un autre motif semblable, la caisse de compensation doit en être informée. Il appartient alors à la caisse — après avoir, le cas échéant, procédé à un examen complémentaire — de se prononcer sur la question du versement de la rente en mains de tiers.

Mesures médicales : Frais de traitement dans un établissement hospitalier ¹

Selon l'article 14, 2^e alinéa, LAI, l'assurance ne prend en charge les frais de traitement dans un établissement hospitalier qu'en *division commune*. Si l'assuré désire expressément être soigné en *division privée*, l'AI n'assume pas les frais supplémentaires qui en résultent. Les patients de la division commune ne doivent donc pas être astreints à supporter des charges financières supplémentaires ; en revanche, l'hôpital et le médecin peuvent *adresser leur facture directement* aux patients privés pour les frais supplémentaires occasionnés pendant le traitement dans l'établissement (mais pas pour le traitement ambulatoire), en plus des frais pris en charge par l'AI.

Afin d'éviter des malentendus, les commissions AI sont priées d'informer à temps les assurés des conséquences financières de leur choix de division.

¹ Extrait du « Bulletin de l'AI » n° 32.

BIBLIOGRAPHIE

La sécurité sociale aux Etats-Unis. Bulletin de l'Association internationale de la sécurité sociale, octobre 1961, p. 567 à 649. Exposé détaillé sur les institutions d'assurance sociale des Etats-Unis d'Amérique, comprenant un historique et traitant principalement les branches suivantes : l'assurance-vieillesse-survivants et invalidité, l'assurance-maladie et accidents, le régime des allocations aux militaires. Champ d'application, cotisations, prestations, organisation, financement et contentieux de ces diverses œuvres sociales.

Scharll Martha : Orthopädische Krankengymnastik. Lexikon und Kompendium. Mit Geleitwort von G. Hohmann. 2^e édition, 8, 184 p., ill. Stuttgart, Thieme, 1961.

Wilhelm Schweingruber : Invaliden-Heimarbeit. Conférence prononcée devant l'Assemblée générale de l'Union suisse pour le travail à domicile. N^o 22 de la série publiée par cette Union. Ostermündigen (Berne), 1961.

Petit guide AVS et AI. Edition 1962. 34 pages, format A 6. Edité par la Commission de coordination pour l'information en matière d'AVS/AI/APG.

PETITES INFORMATIONS

Nouvelles interventions parlementaires

Interpellation Schütz
du 14 mars 1962

M. Schütz, conseiller national, a présenté le 14 mars 1962 l'interpellation suivante :

« Le Conseil fédéral est-il disposé à donner des renseignements sur les répercussions financières de la cinquième révision de l'assurance-vieillesse et survivants ?

N'est-il pas aussi d'avis que les rentes devraient être adaptées à la hausse du coût de la vie ? »

Motion Schuler
du 21 mars 1962

M. Schuler, conseiller national, a présenté le 21 mars 1962 la motion suivante :

« Lors de la cinquième révision de l'assurance-vieillesse et

survivants au printemps 1961, une disposition fut insérée dans la loi, selon laquelle le Conseil fédéral fera rapport à l'Assemblée fédérale tous les cinq ans, la première fois en 1967, sur l'état des rentes en relation avec les prix et les revenus du travail, ainsi que sur la situation financière de l'assurance et, au besoin, proposera en même temps une juste adaptation des rentes.

Etant données la forte augmentation du coût de la vie qui s'est produite de façon inattendue au cours des derniers mois, comme aussi l'évolution financière de l'assurance-vieillesse et survivants depuis la cinquième révision, il est impossible d'attendre une nouvelle amélioration des prestations de cette assurance avant 1967.

Le Conseil fédéral est par conséquent invité à soumettre aux conseils législatifs, encore au cours de cette année, un projet permettant de mettre en vigueur au début de 1963 les améliorations des rentes admissibles dans les limites du système de financement actuel.

Le Conseil fédéral est en outre invité à faire rapport aux conseils législatifs sur les deux questions suivantes et, le cas échéant, à leur soumettre des propositions :

1. Ne paraît-il pas indiqué, au vu des plus récentes expériences, d'insérer dans la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants une disposition qui assure désormais automatiquement aux rentiers la compensation du renchérissement ?
2. Dans quelles conditions serait-il possible d'améliorer les prestations de l'assurance-vieillesse et survivants de façon qu'elles garantissent dans tous les cas un minimum vital, sans pour cela que les prestations supplémentaires de l'économie privée deviennent superflues ? »

Postulat
Weber Max
du 21 mars 1962

M. Weber Max, conseiller national, a présenté le 21 mars 1962 le postulat suivant :

« Dans sa structure actuelle, l'assurance-vieillesse et survivants est une assurance de base qui ne peut pas garantir un minimum vital à ceux qui ne reçoivent pas de prestations complémentaires de la caisse de pension d'une entreprise ou d'une assurance privée.

Le Conseil fédéral est prié d'examiner et de faire rapport aux conseils législatifs comment pourrait être créée, avec l'aide de la Confédération et des cantons, une assurance complémentaire pour les milieux de la population qui ne peuvent obtenir, d'une autre manière, un complément aux rentes de l'assurance-vieillesse et survivants. »

**Allocations
familiales
dans le canton
des Grisons**

Lors de la votation populaire du 4 mars 1962, un projet de modification de la loi sur les allocations familiales aux salariés a été accepté par 15 746 voix contre 3 724. Aux termes des dispositions révisées, les salariés étrangers dont les enfants

vivent hors de notre pays ont, en principe, également droit aux allocations pour enfants ; le Petit Conseil peut cependant édicter des prescriptions de détail sur le droit aux prestations, en particulier en ce qui concerne la notion d'enfants donnant droit aux allocations, la limite d'âge et le nombre maximum d'enfants ouvrant droit aux allocations. D'autre part, le Grand Conseil s'est vu attribuer la compétence de porter le taux de la contribution des employeurs, fixé actuellement à 1 pour cent des salaires, jusqu'à 1,3 pour cent. Il appartient au Petit Conseil de fixer la date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

**Numéro
de la branche
économique**

Selon l'article 144 RAVS, le numéro de relevé de compte de toute personne tenue de payer des cotisations (employeur, indépendant, non-actif ou salarié dont l'employeur n'est pas tenu de payer des cotisations) doit contenir un nombre de deux chiffres indiquant la branche d'activité. Ce nombre peut être omis dans les relevés de compte, mais il conserve son importance dans les CIC.

La formation du numéro de la branche économique est réglementée dans les annexes 10, 11 et 12 de la circulaire n° 10 du 25 novembre 1947. L'annexe 10 (Schéma des branches économiques) peut être commandée à l'OFAS, ainsi que la « Marche à suivre pour le chiffrage » ; les annexes 11 et 12, donnant l'ordre systématique et alphabétique détaillé, sont en revanche épuisées.

**Correspondance
avec l'OFAS**

L'OFAS rappelle à ses correspondants qu'ils veuillent bien indiquer le numéro de référence du document auquel se rapporte leur écrit.

**Nouvelles
personnelles**

Le Conseil d'Etat de la République et canton de Genève a nommé *M. B. Pellouchoud*, jusqu'ici sous-directeur, comme successeur de *M. F. Décombaz* à la tête de l'Office régional AI de Genève.

**Répertoire
d'adresses
AVS/AI/APG**

Page 22 : Commission AI du canton de Zurich. Nouvelle adresse et numéro de téléphone : Zurich 3, Steinstrasse 21, tél. (051) 35 41 90. Adresse postale : Bleicherweg 5, Zurich 1.

Page 23 : Office régional AI de Zurich. Nouvelle adresse et numéro de téléphone : Steinstrasse 21, Zurich 3, tél. (051) 35 26 64.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 16 novembre 1961, en la cause C. H.

Article 86, 1^{er} alinéa, LAVS. Seule a qualité pour interjeter appel la caisse de compensation qui a pris la décision litigieuse.

Articolo 86, capoverso 1, LAVS. Soltanto la cassa di compensazione che ha emesso la decisione impugnata è legittimata ad interporre appello.

Le 9 mai 1959, la caisse cantonale de compensation a pris une décision invitant l'employeur C. H. à verser des cotisations paritaires AVS arriérées sur le gain net qu'il avait alloué dès 1956 à son représentant. Sur recours de l'entreprise, la commission de recours annula cette décision de la caisse et prononça que le représentant devait, dès 1956, être considéré comme un assuré exerçant une activité indépendante. Ce jugement fut également notifié à la caisse cantonale de compensation compétente en raison du domicile du représentant considéré comme travailleur indépendant. Cette dernière caisse a interjeté appel en temps utile, en demandant le rétablissement de la décision prise le 9 mai 1959 par l'autre caisse cantonale.

Le TFA a refusé d'examiner l'appel quant au fond, en énonçant les considérants suivants :

1. Les intéressés (die Betroffenen, gli interessati) peuvent interjeter recours contre les décisions d'une caisse de compensation ; les parties (die Betteiligten, le parti), ainsi que l'OFAS, ont qualité pour interjeter appel auprès du TFA (art. 84, 1^{er} al., et 86, 1^{er} al., LAVS ; art. 201 et 202 RAVS). A donc qualité pour agir dans l'instance cantonale la personne, la communauté ou l'établissement « intéressé » à la décision, la qualité pour défendre revenant dans le domaine des cotisations à la caisse qui, se fondant sur les articles 3 et suivants LAVS, a statué sur les obligations de l'assuré (art. 84 et 97 LAVS en liaison avec l'art. 128 RAVS). Dans l'instance d'appel, la caisse de compensation a également la qualité d'une partie, puisque, comme organe administratif de l'AVS, elle a concouru au procès devant le juge cantonal (art. 2, lettre a de l'ordonnance concernant l'organisation du TFA ; arrêt du TFA en la cause Commune de P., du 29 décembre 1956, considérant 2, ATFA 1957, p. 66 ; arrêt du TFA, du 27 novembre 1957, en la cause E. S. A., RCC 1958, p. 93).

Quoique fortement décentralisée dans l'application technique, l'AVS n'en forme pas moins, juridiquement, un tout qui, dans chaque cas particulier, agit par l'inter-

médiaire de l'un de ses organes, à savoir la caisse de compensation compétente pour statuer dans le cas donné (art. 49 et 107 LAVS ; arrêts en la cause J. H., du 14 novembre 1956, RCC 1957, p. 61, et G. S. A., du 13 avril 1957, considérant 2 b, RCC 1957, p. 364). Les caisses de compensation sont placées sur un pied d'égalité les unes par rapport aux autres, mais subordonnées à l'OFAS qui fonctionne comme autorité administrative de surveillance (art. 49, 65, 1^{er} al., et 72, 1^{er} al., LAVS ; art. 176, 2^e al., RAVS). Ce système empêche par définition de reconnaître la qualité de partie au procès à une caisse qui n'a pas elle-même pris la décision litigieuse. Il incombe à l'OFAS d'inviter une caisse à modifier, le cas échéant, la décision qu'elle a prise, ou interjeter appel auprès du TFA, s'il estime que la caisse a statué contrairement à la loi ou que le juge cantonal a rendu un prononcé incompatible avec les dispositions légales. La caisse dont la qualité pour agir est définie à l'article 2, lettre a, de l'ordonnance concernant l'organisation du TFA ne peut être que celle qui a pris la décision litigieuse.

En l'espèce, l'appel n'a été interjeté ni par la caisse de compensation qui a pris la décision du 9 mai 1959, ni par l'OFAS, qui aurait été recevable à déférer le prononcé cantonal à la juridiction fédérale, conformément à l'article 86 LAVS. L'appel déposé par l'autre caisse est donc irrecevable et le TFA n'a pas à examiner quant au fond si le prononcé du juge de première instance est conforme à la loi.

2. ...

3. ...

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 21 décembre 1961, en la cause Th. S.

Article 13 LAI. La hernie ombilicale n'est plus reconnue comme infirmité congénitale depuis le 1^{er} janvier 1961. L'AI ne peut pas prendre en charge les frais d'une opération demandée en 1960, mais effectuée seulement en 1961 avant qu'une décision ait été prise (considérant 2).

Article 12 LAI. Les mesures médicales nécessaires à la guérison d'une hernie ombilicale représentent un traitement de l'affection comme telle (considérant 3).

Articolo 13 LAI. L'ernia ombelicale non è più riconosciuta infermità congenita dal 1° gennaio 1961. L'AI non può assumere le spese di un'operazione chiesta nel 1960 ma eseguita soltanto nel 1961 prima che sia stata presa una decisione (considerando 2).

Articolo 12 LAI. I provvedimenti sanitari necessari per l'eliminazione di un'ernia ombelicale costituiscono una cura vera e propria del male (considerando 3).

L'assurée, née le 7 janvier 1958, souffrait depuis sa naissance d'une hernie ombilicale. Son père demanda à l'AI, le 22 septembre 1960, de lui accorder des mesures médicales.

Dans son rapport du 30 octobre 1960, le médecin proposa à la commission AI l'opération de l'assurée. Le médecin ou le personnel de l'hôpital ayant eu trop à faire, l'opération ne put être entreprise que le 19 janvier 1961. La commission AI traita la demande de prestations le 30 janvier 1961 ; elle constata que la hernie ombilicale ne figurait pas dans la liste des infirmités congénitales du 5 janvier 1961 et que par conséquent les mesures médicales demandées ne pouvaient être prises en charge par l'AI. Ce prononcé de la commission fut notifié aux parents de l'assurée le 3 février 1961 par la caisse de compensation.

Le recours formé contre ce prononcé a été admis en première instance. Les principaux motifs du jugement sont les suivants : La hernie ombilicale figure encore dans la liste provisoire des infirmités congénitales dressée le 16 janvier 1960 par l'OFAS. La liste qui fait partie de l'OIC du Conseil fédéral, du 5 janvier 1961, en vigueur dès le 1^{er} janvier 1961, ne mentionne plus cette infirmité. L'ordonnance en question ne contient aucune disposition transitoire relative aux cas restés en suspens jusqu'à son entrée en vigueur ; c'est pourquoi elle n'a pas d'effet rétroactif, contrairement à l'avis de l'OFAS. Ceci appert d'ailleurs aussi du fait que l'OIC ne contient aucune disposition qui corresponde à l'article 117, 1^{er} alinéa, RAI, et qui déclare cette ordonnance applicable également aux demandes de prestations pour l'année 1960 non encore liquidées lors de son entrée en vigueur.

L'appel interjeté par l'OFAS contre ce jugement a été admis par le TFA, dont les considérants sont les suivants :

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. Les assurés mineurs ont droit, en outre, selon l'article 13, à toutes les mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales qui, vu leur genre, peuvent entraîner une atteinte à la capacité de gain ; le Conseil fédéral désigne ces infirmités.

Se fondant sur cette disposition de la loi, le Conseil fédéral a publié le 5 janvier 1961 son ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC), dont l'article 2 contient la liste des infirmités pouvant donner droit à des prestations de l'assurance selon l'article 13 LAI. Cette ordonnance est entrée en vigueur, selon son article 3, le 1^{er} janvier 1961 ; elle abroge les directives que l'OFAS avait édictées le 16 janvier 1960 en vertu de la compétence qui lui avait été déléguée de prendre, dans les limites de la loi, toutes mesures nécessaires à l'introduction de l'AI.

2. La hernie ombilicale figurait encore dans la liste provisoire des infirmités congénitales dressée le 16 janvier 1960 par l'OFAS. Elle n'a pas été admise, en revanche, dans la nouvelle liste, celle de l'OIC entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1961. L'OFAS explique cette omission en faisant remarquer qu'il est très difficile de déterminer si cette infirmité a déjà existé à la naissance ou si elle n'était alors, comme dans la grande majorité des cas, qu'une prédisposition. Pour savoir si l'assurée a droit à des prestations de l'assurance selon l'article 13 LAI, il y a donc lieu d'établir quel est le droit applicable en l'espèce.

L'OIC du 5 janvier 1961 est liée étroitement au règlement d'exécution de la LAI, du 17 janvier 1961. Les deux ordonnances reposent sur la même base légale et ont une nature juridique identique, si bien qu'on aurait pu les fonder en une seule ordonnance. En outre, l'article 3 RAI renvoie expressément à l'OIC pour la détermination des infirmités congénitales pouvant donner droit à des prestations de l'assurance selon l'article 13 LAI. Les deux ordonnances émanent du Conseil fédéral et sont en vigueur

depuis le 1^{er} janvier 1961. Cependant, tandis que l'article 117, 1^{er} alinéa, RAI déclare le règlement d'exécution « applicable aux demandes de prestations déposées en 1960 mais non encore liquidées à la date de son entrée en vigueur », l'article 3 OIC ne contient aucune disposition transitoire. Comme le TFA l'a déjà décidé (arrêt du 15 juin 1961 en la cause H. Sch., RCC 1961, p. 334), l'OIC ne peut, eu égard à cette étroite corrélation, et malgré l'absence d'une disposition correspondant à l'article 117, 1^{er} alinéa, RAI, être soumise à une autre réglementation transitoire que celle du RAI ; ce faisant, le TFA tenait compte aussi du principe selon lequel le droit transitoire d'une assurance sociale doit être conçu d'une manière aussi uniforme que possible (cf. par exemple, dans le domaine de l'assurance militaire, ATFA 1959, p. 116). Il est donc certain que l'OIC est également applicable aux demandes de prestations de 1960 non encore liquidées.

Puisque l'OIC est applicable en l'espèce, et que la hernie ombilicale ne figure pas dans la liste des infirmités congénitales de cette ordonnance, il s'ensuit que l'assurée n'a pas droit à des prestations en vertu de l'article 13 LAI.

L'autorité de première instance estime injuste de repousser, par suite de la modification d'un texte législatif, la demande d'un invalide qui, confiant dans un droit qu'il avait précédemment, a pris des mesures en conséquence. Elle semble oublier cependant que les directives prises par l'OFAS le 16 janvier 1960, et sur lesquelles se fondait le droit de l'assurée, n'avaient que le caractère d'une ordonnance provisoire, valable seulement jusqu'à l'entrée en vigueur du règlement d'exécution (arrêt du TFA du 10 janvier 1961 en la cause M. N., RCC 1961, p. 75). Si donc ce règlement d'exécution (le RAI) contient une disposition lui donnant un effet rétroactif, qui est d'ailleurs à l'avantage des assurés dans la plupart des cas, il faut accepter, dans l'intérêt de l'unité de l'AI, que cela comporte aussi certaines rigueurs. En l'espèce, le rejet de la demande de prestations en vertu de l'article 13 LAI n'est pas trop pénible, comme le prouve la facture assez modeste des frais d'opération et d'hôpital de la recourante, qui semble d'ailleurs être assurée auprès d'une caisse-maladie. La commission AI n'ayant rendu son prononcé qu'après l'opération, et même après l'entrée en vigueur de l'OIC (c'était le 30 janvier 1961), les intéressés ont pris sur eux les risques d'un refus éventuel.

3. L'assurée n'ayant pas droit à des prestations en vertu de l'article 13 LAI, il reste à voir si elle pourrait prétendre des mesures médicales selon l'article 12 LAI. Celui-ci prévoit que des mesures médicales ne peuvent être accordées que si elles sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle, mais n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle. En l'espèce, il est certain que le traitement de la hernie ombilicale vise l'affection comme telle et qu'il ne sert qu'indirectement à améliorer la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. La demande de prestations ne peut donc être fondée sur l'article 12 LAI.

RENTES ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

*Arrêt du TFA, du 3 novembre 1961, en la cause J. M.*¹

Article 24, 1^{er} alinéa, LAI et 21, 1^{er} alinéa, RAI. L'invalide dont seule l'atteinte à la santé a interrompu l'activité lucrative doit être considéré comme actif pour le calcul des indemnités journalières lui revenant.

Articoli 24, capoverso 1, LAI e 21, capoverso 1, OAI. L'assicurato la cui attività lucrativa è stata interrotta unicamente a causa di un danno alla salute, dev'essere considerato, per il calcolo delle indennità giornaliere spettantigli, esercitante la sua attività.

L'assuré, né en 1933, a travaillé dans son métier de frappeur-gratteur jusqu'à fin mai 1958. Atteint de phthisie en juin de la même année, il fut soigné en sanatorium jusqu'à fin juillet 1959 puis, après quelques mois de convalescence, il entra dans un centre de formation professionnelle pour invalides, où il commença un apprentissage de sellier-tapissier et poseur de sol. L'assuré ayant présenté une demande de prestations AI, il fut décidé que l'assurance prendrait en charge les frais de reclassement du 1^{er} janvier 1960 au 30 juin 1963, ainsi que les frais d'entretien et de logement audit centre ; par décision complémentaire, la caisse lui accorda en outre une indemnité journalière pour personne seule de 2 francs par jour en qualité de personne sans activité lucrative. L'assuré ayant recouru contre cette dernière décision, la commission de recours, considérant qu'il devait être traité comme une personne exerçant une activité lucrative, le mit au bénéfice d'une indemnité journalière calculée sur le dernier salaire touché avant sa maladie.

Le TFA rejeta pour les motifs suivants l'appel interjeté par l'OFAS contre la décision cantonale :

1. ...

2. L'article 24, 1^{er} alinéa, LAI déclare applicable aux indemnités journalières de l'AI « les dispositions qui, dans la loi sur les allocations aux militaires pour perte de gain (LAPG), concernent le montant, le mode de calcul et les taux maximums des allocations », sous réserve cependant du 2^e alinéa du même article, lequel prévoit que « pour le calcul de l'indemnité journalière revenant à un assuré ayant exercé une activité lucrative, le revenu du travail acquis dans sa dernière activité exercée en plein sera déterminant ». Il en découle que, tout comme les militaires qui exerçaient une activité lucrative avant d'entrer au service voient leur allocation pour perte de gain calculée sur la base du revenu moyen acquis avant le service (art. 9 LAPG), l'invalide ayant exercé une activité lucrative touchera durant un stage de réadaptation — de même que pendant certains examens (art. 17 RAI), délais d'attente (art. 18 et 19 RAI ; voir arrêt F. J. du 20 janvier 1961, RCC 1961, p. 119) et mises au courant (art. 20 RAI) — une indemnité journalière variable, calculée sur la base de son revenu du travail, ce revenu étant toutefois celui acquis dans la dernière activité exercée en plein (art. 24, 2^e al., LAI) ; en revanche, l'invalide n'ayant pas exercé d'activité lucrative touchera une indemnité journalière fixe, les militaires qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'entrer au service recevant eux aussi des allocations de montant uniforme (art. 10 LAPG).

¹ Voir commentaire à la page 139 de ce n°.

Ni la LAI, ni la LAPG, ne définissent plus amplement ce qu'il faut entendre par personnes ayant exercé une activité lucrative ou n'en ayant pas exercé. La délimitation de ces deux catégories de personnes est précisée, en revanche, par les dispositions d'exécution. En matière d'APG, l'article 1^{er} RAPG — édicté par le Conseil fédéral en exécution du mandat général à lui confié par l'article 34, 3^e alinéa, LAPG et en vertu de l'autorisation particulière à lui donnée par l'article 10, 2^e alinéa, LAPG — dispose ainsi qu'« ont droit à une allocation en tant que personnes exerçant une activité lucrative les militaires qui, au cours des douze derniers mois précédant l'entrée au service, ont exercé une activité lucrative pendant au moins quatre semaines » (1^{er} al.) et que « sont assimilés aux personnes exerçant une activité lucrative les militaires qui prouvent qu'ils auraient entrepris une activité lucrative de longue durée s'ils n'avaient pas dû entrer au service » (2^e al.). En matière d'AI, l'article 21 RAI — édicté par le Conseil fédéral en exécution du mandat général à lui confié par l'article 86, 2^e alinéa, LAI et en vertu de l'autorisation particulière à lui donnée par l'article 24, 3^e alinéa, LAI — déclare les dispositions du RAPG « applicables par analogie, sous réserve de l'article 24, 2^e alinéa, LAI », pour le calcul de l'indemnité journalière (1^{er} al.) ...

3. L'OFAS applique par analogie l'article 1^{er} RAPG au calcul des indemnités journalières et assimile à cet effet les périodes de réadaptation aux périodes de service militaire. ... Appliqué par analogie, l'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, RAPG désigne sans doute comme personnes ayant exercé une activité lucrative les invalides qui, au cours des douze derniers mois précédant le stage de réadaptation, ont exercé une activité lucrative pendant au moins quatre semaines. Mais le raisonnement par la voie du contraire, qui aboutit à traiter comme non actif tout invalide ne remplissant pas cette condition — sous la seule réserve de l'article 1^{er}, 2^e alinéa, RAPG — ne serait concluant que si une telle application par analogie des règles régissant les APG répondait aux buts et besoins également des indemnités journalières de l'AI. Or, traiter en cette matière comme non actif tout assuré qui n'a pas exercé d'activité lucrative pendant au moins quatre semaines au cours des douze derniers mois précédant le stage de réadaptation, quel que soit le motif de ce défaut d'activité durant cette période d'un an, défavoriserait sans raison valable l'invalide atteint depuis un an ou davantage d'incapacité de travail totale, par rapport à celui dont l'incapacité n'est que partielle ou moins ancienne. Une telle solution romprait aussi l'unité logique du système de l'assurance, en qualifiant de non-actifs pour le calcul des indemnités journalières nombre d'assurés qui seront, de toute évidence, tenus pour actifs dès l'instant où il s'agira de déterminer leur droit à une rente d'invalidité. Elle irait enfin à l'encontre de la tendance clairement exprimée par le législateur à l'article 24, 2^e alinéa, LAI — et renforcée par l'article 21, 2^e alinéa, RAI — qui s'écarte du principe du revenu du travail acquis en dernier lieu pour adopter celui du revenu acquis dans la dernière activité exercée en plein, et qui par là veut précisément éliminer pour le moins les répercussions, sur le montant de l'indemnité journalière, d'une invalidité ou maladie ayant empêché l'assuré de travailler en plein durant une période plus ou moins longue précédant la mise en œuvre des mesures de réadaptation.

... En admettant que l'article 1^{er} RAPG conserve toute sa portée, il est évident que son application par analogie ne saurait être aussi étroite que le postule l'OFAS, que l'on ne peut en particulier traiter comme non-actif — sous la seule réserve de l'article 1^{er}, 2^e alinéa, RAPG — tout assuré qui n'a pas exercé d'activité lucrative pendant au moins quatre semaines au cours des douze derniers mois précédant le stage de réadaptation, sans se préoccuper d'aucune sorte des motifs de son défaut d'activité. En tout cas, lorsqu'il a exercé auparavant une activité lucrative, il faut examiner en

autre — ainsi que le TFA l'a reconnu en matière de rentes, à titre de règle de droit transitoire il est vrai (voir ATFA 1961, p. 166 = RCC 1961, p. 337) — si cet assuré aurait poursuivi son activité pendant la période en cause au cas où il ne serait pas devenu invalide ou malade. L'assuré dont seule l'invalidité ou la maladie a interrompu l'activité lucrative doit alors être considéré comme actif pour le calcul des indemnités journalières lui revenant.

4. En l'espèce, il est établi que l'intimé n'a exercé aucune activité lucrative au cours des douze derniers mois précédant le stage de réadaptation. Mais il est manifeste que seules la maladie et l'invalidité qui s'en est suivie ont interrompu l'activité exercée jusqu'alors et que, sans ces maladie et invalidité, l'assuré aurait poursuivi son activité au cours de l'année précédant le stage de réadaptation. L'intimé a droit dès lors à une indemnité journalière en tant qu'assuré ayant exercé une activité lucrative, indemnité calculée — aux termes de l'article 24, 2^e alinéa, LAI — sur la base du revenu du travail acquis dans sa dernière activité exercée en plein...

Arrêt du TFA, du 7 décembre 1961, en la cause O. H.

Article 28, 2^e alinéa, LAI. Le gain effectif d'un assuré après sa réadaptation constitue un élément décisif pour déterminer le revenu qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail.

Articolo 28, capoverso 2, LAI. Il guadagno effettivamente conseguito da un invalido dopo la sua reintegrazione costituisce un elemento decisivo per determinare il reddito che egli potrebbe ottenere nell'esercizio di un'attività ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro.

L'assuré, né en 1926, a, peu après avoir accompli sa 18^e année, perdu accidentellement son bras droit au cours de son apprentissage de mécanicien. La Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents a admis une invalidité de 70 pour cent et lui a accordé une rente. Depuis son accident, l'assuré, qui dispose d'une prothèse bien adaptée, travaille dans l'industrie et a obtenu en 1960 un salaire de 6680 francs (7300 francs de salaire de base et 460 francs de suppléments, moins 880 francs constituant une prise en compte partielle de la rente versée par la CNA). La commission AI lui a refusé l'octroi d'une rente, estimant que l'invalidité n'est que de 30 pour cent. L'intéressé a recouru contre cette décision. Au cours de la procédure, il modifia sa demande initiale d'une allocation unique et demanda l'octroi d'une rente en raison d'une invalidité de 70 pour cent, ainsi que le versement d'une allocation pour impotent.

La commission de recours admit une invalidité de 50 pour cent et accorda à l'intéressé une demi-rente. Dans ses considérants, elle releva qu'on ne pouvait pas se fonder sur le gain effectif, car il n'était pas établi que l'assuré serait à même d'obtenir ce gain dans une situation équilibrée du marché du travail. L'autorité de première instance refusa par contre l'octroi d'une allocation pour impotent, estimant que l'assuré n'était pas impotent au sens de la loi.

L'appel interjeté par l'assuré, qui a réitéré sa demande d'une rente entière et d'une allocation pour impotent, a été rejeté par le TFA, qui, par contre, a admis l'appel de l'OFAS proposant de refuser la rente, et cela pour les motifs suivants :

1. Selon l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, un assuré peut prétendre une rente lorsqu'il est invalide pour la moitié (50 pour cent) au moins ; dans les cas pénibles, la rente peut être allouée lorsque l'assuré est invalide pour les deux cinquièmes au moins

(40 pour cent). La LAI entend par invalidité une diminution de la capacité de gain présumée permanente ou de longue durée (art. 4 LAI). L'ampleur de l'incapacité de gain est déterminée d'après la perte que l'assuré subit en utilisant sa capacité résiduelle de travail, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail. Par conséquent, l'article 28, 2^e alinéa, LAI prévoit que, pour l'évaluation de l'invalidité, il faut comparer le revenu 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 », à celui qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

2. Vu les conditions du cas d'espèce, on peut admettre que l'assuré, qui possède une prothèse bien adaptée et surveille le fonctionnement d'une installation de distillation dans une fabrique, est réadapté, dans la mesure du possible, à la vie professionnelle ; dès lors, des mesures de réadaptation selon les articles 8 et suivants LAI n'entrent, pour le moment, pas en ligne de compte.

3. Etant donné que l'assuré, qui depuis des années travaille de façon ininterrompue dans l'industrie, est réadapté à la vie professionnelle, le gain effectif qu'il obtient constitue un élément décisif pour déterminer le revenu qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail. Ce revenu doit être comparé à celui d'un mécanicien qualifié, étant donné que, par suite de la perte d'un bras, l'assuré n'avait pas pu terminer son apprentissage de mécanicien (art. 26, 2^e al., RAI). L'autorité de première instance estime que l'assuré ne pourrait pas obtenir le revenu de 6800 francs en chiffres ronds, réalisé en 1960, si la situation du marché du travail était équilibrée ; pour cette raison, elle a estimé le gain que peut obtenir l'intéressé en tant qu'invalidé à un montant sensiblement inférieur, soit de 5000 à 5500 francs. En procédant ainsi, il ne faut toutefois pas non plus prendre en compte le salaire le plus élevé qu'un mécanicien peut obtenir actuellement (11 000 francs), étant donné qu'un tel taux ne pourrait également pas être atteint si le marché du travail était équilibré. Bien que le montant des deux revenus hypothétiques entrant en ligne de compte ne puisse guère être fixé exactement, on peut tout de même admettre en l'espèce, avec une probabilité suffisante, que la perte due à l'invalidité n'atteint pas 50 pour cent. Ainsi, tout droit à une rente d'invalidité est exclu. Etant donné que l'assuré célibataire ne fait pas valoir d'obligation d'assistance et peut couvrir ses frais d'entretien par ses propres moyens, on ne se trouve pas en présence d'un cas pénible qui justifierait l'octroi d'une rente pour une invalidité de 40 pour cent seulement. (D'après les directives de l'OFAS, on peut, d'une manière générale, admettre qu'il s'agit d'un cas pénible lorsque sa capacité de gain ne permet pas à l'invalidé de subvenir à ses propres besoins et à ceux de sa famille, ou lorsque l'invalidité entraîne des frais extrêmement élevés, de médicaments par exemple, qui ne sont pas couverts par l'assurance.)

L'assuré objecte que la CNA a fixé l'invalidité à 70 pour cent, estimation qui doit être déterminante aussi pour l'AI. La notion d'invalidité de l'assurance obligatoire en cas d'accidents correspond certes dans une large mesure à celle de l'AI. En l'espèce, toutefois, il faut tenir compte du fait que la CNA a dû fixer le degré d'invalidité à la suite de l'accident survenu en 1944, sans qu'une révision ait été jugée nécessaire, depuis lors, pour des raisons médicales. Malgré son invalidité physique (perte d'un bras), l'assuré a, dans une large mesure, pu être réadapté à la vie professionnelle. Dans l'évaluation de l'invalidité faite en 1960 pour déterminer le droit à une rente d'invalidité, il faut tenir compte de la réadaptation qui a été réalisée ; on constate alors une invalidité inférieure à 50 pour cent.

4. Selon l'article 42, 1^{er} alinéa, LAI, les assurés invalides qui sont dans le besoin

et qui sont impotents à tel point que leur état nécessite des soins spéciaux et une garde ont droit à une allocation pour impotent. Selon la jurisprudence, est impotent l'assuré qui doit avoir recours à l'aide d'autrui pour les actes ordinaires de la vie et les soins du corps (ATFA 1961, p. 61 ; RCC 1962, p. 42). En l'espèce, cela n'est pas le cas. Le fait que l'assuré a besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir ne permet pas de le qualifier d'impotent au sens de l'article 42 LAI (cf. arrêt du 13 avril 1961 en la cause M. N., RCC 1961, p. 343). Comme l'assuré célibataire a obtenu un gain de 6800 francs en chiffres ronds en 1960, on ne peut pas prétendre non plus qu'il soit dans le besoin (cf. art. 37 RAI). C'est donc à juste titre que l'octroi d'une allocation pour impotent a été refusé.

Arrêt du TFA, du 11 décembre 1961, en la cause L. P.

Article 42, 1^{er} alinéa, LAI; article 39 RAI. L'assurée qui, atteinte d'une paralysie totale des membres inférieurs et partielle des membres supérieurs, dépend de son entourage pour la plupart des actes ordinaires de la vie, sans toutefois être totalement impotente, n'a droit qu'à une allocation pour impotent des deux tiers.

Articolo 42, capoverso 1, LAI ; articolo 39 OAI. L'assicurata che, colpita da paralisi totale degli arti inferiori e parziale di quelli superiori, abbisogni dell'aiuto altrui per la maggior parte degli atti ordinari della vita, senz'essere, tuttavia, totalmente impotente, ha diritto a un assegno per impotente soltanto in ragione di 2/3.

L'assurée, née en 1926 et atteinte de poliomyélite en 1932, souffre d'une paralysie totale des membres inférieurs et partielle des membres supérieurs. Elle ne peut se déplacer que difficilement à l'aide de béquilles ou en voiturette. Vivant chez des parents, elle s'occupe de quelques menus travaux de couture.

La commission de l'AI accorda à la requérante les moyens auxiliaires nécessaires, mais lui refusa une allocation pour impotent, estimant qu'en l'espèce l'intéressée n'était pas impotente au sens de la loi. Saisi d'un recours, le tribunal de première instance accorda à l'assurée une allocation entière pour impotent, dès le 1^{er} janvier 1960.

Sur appel de l'OFAS, le TFA annula l'arrêt cantonal et mit l'assurée au bénéfice d'une allocation pour impotent de deux tiers seulement, pour les motifs suivants:

1. Aux termes de l'article 42, 1^{er} alinéa, LAI, ont droit à une allocation pour impotent « les assurés invalides qui sont dans le besoin et qui sont impotents à tel point que leur état nécessite des soins spéciaux et une garde ». La notion d'impotence est connue de l'assurance obligatoire contre les accidents (art. 77, 1^{er} al., LAMA) et de l'assurance militaire (art. 42 LAM), et les éléments constitutifs en sont identiques dans l'AI. Selon la définition donnée par le TFA, est ainsi impotent celui qui doit recourir à l'assistance et aux services de tiers pour l'accomplissement de ses fonctions quotidiennes les plus usuelles (voir p. ex. ATFA 1961, p. 58 ss = RCC 1962, p. 42, et la jurisprudence qui y est citée).

L'article 42, 3^e alinéa, LAI dispose que le montant annuel de l'allocation ne peut être supérieur à la rente ordinaire minimum de vieillesse simple, ni inférieur au tiers de celle-ci, et qu'il incombe aux commissions de l'AI de fixer dans chaque cas le montant de l'allocation « d'après le degré d'impotence ». L'article 39 RAI — qui est applicable également aux demandes non encore liquidées lors de son entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1961 (art. 117, 1^{er} al., RAI) et l'est par conséquent au cas présent — prévoit trois

degrés d'impotence seulement. Il dispose en effet à son 1^{er} alinéa que le « degré d'impotence est déterminé par la durée et l'importance des soins et de la garde quotidiens » et à son 2^e alinéa que « le montant annuel de l'allocation pour impotent équivaut au montant minimal de la rente ordinaire de vieillesse simple (rente complète) lorsque le degré d'impotence est grave, aux deux tiers de ce montant s'il est moyen et au tiers s'il est faible ». Les limites de ces divers degrés n'étant pas plus amplement définies, une large place est laissée à l'appréciation des circonstances particulières de chaque cas. Toutefois, la notion d'impotence impliquant la nécessité pour l'assuré d'avoir recours à autrui dans une mesure qui ne soit pas négligeable, même une impotence de faible degré ne peut être admise que si l'aide nécessaire atteint une certaine ampleur (voir p. ex. les arrêts M. H. du 24 février 1961 et M. N. du 13 avril 1961, RCC 1961, p. 157 et 343, qui refusent toute allocation pour impotent à des assurés n'ayant besoin que d'une surveillance constante en raison de leur état mental ou que d'une aide pour se lever, se vêtir, se dévêtir et se coucher). Il s'ensuit que l'impotence de degré moyen suppose déjà la nécessité d'une aide pour la plupart des fonctions quotidiennes et que l'impotence ne peut guère être reconnue comme grave qu'en cas d'impossibilité totale ou quasi totale d'accomplir seul aucun des actes courants de la vie.

2. En l'espèce, l'intimée est paralysée des deux jambes; cette paralysie s'accompagne probablement d'une déficience fonctionnelle de la colonne vertébrale, puisque l'assurée doit porter un lombostat. Il est cependant vraisemblable, sur la base des indications figurant au dossier, que l'intimée puisse se déplacer dans son logis, encore que difficilement et à l'aide de béquilles. Elle-même n'a d'ailleurs jamais prétendu le contraire. Dans sa demande d'allocation pour impotent, elle déclarait que sa mère ou sa sœur devaient « me faire à manger, me blanchir, me mettre aux toilettes, au lit, etc. »; dans son mémoire de recours, elle disait devoir être aidée dans des actes tels qu'« aller aux toilettes, me soigner, descendre et monter les escaliers »; dans sa réponse à l'appel enfin, elle a relevé qu'elle avait besoin du concours d'autrui pour « me lever, me vêtir et me dévêtir, etc. » et qu'il était « absolument faux de dire que je puisse me déplacer seule en dehors de mon domicile ». Si, contrairement à son premier certificat, du 5 avril 1960, où il déclarait que la patiente pouvait « se déplacer difficilement avec des béquilles », le médecin traitant a noté dans un certificat du 16 octobre 1960 qu'elle ne pouvait se déplacer seule dans la maison, cette indication n'est étayée par aucune autre et paraît se rapporter également à des déplacements relativement difficiles (p. ex. d'un étage à l'autre), dont l'impossibilité n'est alors pas contestée en l'espèce.

Quant à l'état des membres supérieurs, les indications sont contradictoires et ne permettent pas de se faire une idée précise de la situation réelle. Si le médecin traitant notait dans son certificat du 5 avril 1960 que l'assurée était « également fortement handicapée par la parésie de la main droite et surtout des doigts » et y posait le diagnostic de « paralysie des deux membres inférieurs et de la main droite », le rapport d'expertise psychotechnique du 27 juillet 1960 parle de « paralysie totale du bras droit ». Le certificat médical du 11 juillet 1961 mentionne une « parésie des membres supérieurs », ce qui laisse supposer en sus une certaine faiblesse du bras gauche. Que la fonction de la main gauche s'en trouve réduite de 50 pour cent, ainsi que l'intimée le déclare dans sa réponse à l'appel, surprend quelque peu en présence du silence observé à ce propos par le médecin traitant. Quoi qu'il en soit, l'assurée est capable — à force d'énergie et de persévérance — de faire quelques menus travaux de couture; ce qui prouve qu'elle conserve l'usage au moins partiel de ses mains. Elle dit d'ailleurs elle-même qu'il lui est « possible de porter les aliments à sa bouche » à l'aide de sa main gauche, qu'elle dépend par contre entièrement de son entourage pour préparer les repas, mettre le couvert et couper la viande et autres aliments d'une certaine consistance.

Il est dès lors évident que l'intimée est impotente au point de devoir recourir à l'assistance et aux services de tiers pour maint acte de la vie quotidienne. Aussi sensible que soit son impotence, elle est cependant loin d'être totale et n'atteint donc pas un degré qui puisse être qualifié de grave au sens de la loi. D'autre part, la fonction résiduelle des membres est limitée toutefois à tel point que l'impotence dépasse manifestement un faible degré.

Nul ne mettant en doute que la condition de besoin soit remplie, l'intimée peut bénéficier par conséquent d'une allocation pour impotent de deux tiers.

CHRONIQUE MENSUELLE

La *commission de coordination pour l'information en matière d'AVS/AI/APG* a siégé le 5 avril sous la présidence de M. Greiner, gérant de la caisse de compensation du canton de Zurich, avec des représentants de l'Office fédéral des assurances sociales et de la Caisse suisse de compensation. Elle a pris note du succès de la brochure « Petit guide AVS/AI » et décidé de poursuivre ses travaux d'information et d'approfondir les problèmes. Une sous-commission étudiera les possibilités d'information des travailleurs étrangers.

*

Les *gérants des offices régionaux AI* se sont réunis le 5 avril sous la présidence de M. Achermann, de l'Office fédéral des assurances sociales. Ils ont discuté des questions ayant trait au rapport pour l'année 1962. En outre, ils ont été informés des principaux travaux que devra accomplir l'autorité de surveillance pendant l'année, ainsi que des expériences faites par l'Office fédéral lors des premiers contrôles des offices régionaux AI.

*

M. *Cristoforo Motta*, chef de la section pour les relations internationales et les conventions en matière d'assurances sociales de l'Office fédéral des assurances sociales, a été nommé *sous-directeur* de cet office le 13 avril par le Conseil fédéral.

*

La *Commission des prestations AI de formation scolaire spéciale et pour enfants inaptes* a siégé les 25 et 26 avril sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a discuté une partie d'un projet de circulaire sur les mesures de réadaptation de l'AI, soit le chapitre consacré à la formation scolaire spéciale et aux mesures en faveur des mineurs inaptes à recevoir une instruction.

*

La *Commission des prestations médicales AI* a siégé les 3 et 4 mai sous la présidence de M. Naef, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a examiné le chapitre « Mesures médicales » du projet de la même circulaire.

La jurisprudence en matière de prestations en espèces de l'AI

Les deux premières années d'existence de l'AI ont vu éclore une abondante jurisprudence du TFA. En précisant très rapidement les notions essentielles de la loi, le TFA a contribué dans une large mesure à renforcer la sécurité juridique. Le présent exposé donne un aperçu de la jurisprudence actuelle du TFA en matière de prestations en espèces. Une première partie sera consacrée aux indemnités journalières. Nous examinerons ensuite la notion d'invalidité et les règles qu'il convient d'observer pour procéder à son évaluation. Une dernière partie portera sur l'interprétation des dispositions relatives aux rentes et aux allocations pour impotents.

I. Les indemnités journalières

1. Le droit

L'indemnité journalière constitue une *prestation accessoire* à des mesures de réadaptation, ainsi que le TFA l'a relevé dans plusieurs arrêts (cf. p. ex. arrêt F. J. du 20 janvier 1961, RCC 1961, p. 119). Cela signifie qu'une indemnité journalière ne saurait en principe être allouée que si l'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure de réadaptation. Est-ce à dire qu'en cas d'interruption (passagère) de la réadaptation, l'indemnité journalière doit être supprimée ? Bien qu'il ait abordé cette question à plusieurs reprises, le TFA ne s'est pas prononcé définitivement à ce sujet.

Dans deux premiers arrêts, il a tout d'abord établi que l'assuré avait déjà droit à une indemnité journalière durant l'exécution de mesures de réadaptation s'il présentait une incapacité de travail de 50 pour cent au moins. Il était dès lors superflu d'examiner encore si l'exécution de mesures de réadaptation empêchait l'assuré d'exercer une activité lucrative. En d'autres termes, lorsque l'assuré présente une telle incapacité de travail, il n'est pas nécessaire qu'il y ait une relation de cause à effet entre les mesures de réadaptation et l'incapacité de travail. Toutefois, ajoutait le TFA, l'assuré n'a droit aux indemnités journalières qu'aussi longtemps que des mesures de réadaptation sont appliquées. Abordant plus particulièrement cette dernière question, le TFA a quelque peu nuancé son jugement dans l'arrêt O. S. du 13 décembre 1961 (RCC 1962, p. 201). Il s'agissait en l'espèce d'un assuré atteint d'ostéomyélite,

qui effectuait un reclassement dans un centre de réadaptation. Ayant contracté une pleurésie sèche rhumatismale, il dut interrompre son activité durant trois jours. Il se rendit chez lui, puis, sur ordre de son médecin, il entra à l'hôpital pour huit jours avant de réintégrer le centre de réadaptation. Le TFA, se ralliant au point de vue de l'Office fédéral des assurances sociales, considéra que des maladies de courte durée, survenant au cours de la réadaptation, ne pouvaient pas être réputées interrompre celle-ci. Cette solution, motivée en l'espèce par des considérations d'ordre pratique, ne saurait cependant faire perdre de vue le principe fondamental selon lequel « la survenance d'une maladie au cours de la réadaptation ne saurait engager automatiquement la responsabilité de l'assurance ».

Dans ce même arrêt en la cause O. S., le TFA a examiné d'autre part la question du droit de l'assuré, qui avait terminé son reclassement en tant que fraiseur, à une indemnité journalière pour la période d'introduction dans sa nouvelle profession. Le TFA jugea que cette période initiale ne constituait pas une « mise au courant » au sens de l'article 20 RAI. Examinant cette notion, il conclut que les conditions posées par cette dernière disposition se trouvaient réalisées « si, une fois le reclassement terminé, il est nécessaire que l'assuré se soumette encore à une formation pratique à l'issue de laquelle seulement il touchera le salaire normal d'un ouvrier qualifié ».

2. Le calcul

L'indemnité journalière est calculée en principe d'après le revenu acquis dans la dernière activité exercée en plein. Les assurés qui n'ont pas exercé d'activité lucrative ont droit à l'indemnité minimale. Dans un arrêt du 3 novembre 1961 en la cause J. M. (RCC 1962, p. 167), le TFA a été appelé à examiner si la réglementation du régime des APG était applicable telle quelle à l'AI pour la distinction entre les personnes actives et les personnes sans activité lucrative. On sait qu'aux termes de cette réglementation (art. 1^{er} RAPG), doit être considéré comme personne ayant exercé une activité lucrative le militaire qui, au cours des douze derniers mois précédant l'entrée au service, a exercé une activité lucrative pendant quatre semaines au moins. Le TFA n'a pas cru pouvoir reprendre sans réserves cette réglementation dans l'AI, car elle désavantagerait par trop les assurés qui, en raison de leur invalidité, n'ont pas exercé d'activité lucrative pendant plus d'une année. Il a jugé en conséquence que l'assuré, dont seule l'atteinte à la santé a interrompu l'activité lucrative, doit être considéré comme actif pour le calcul de l'indemnité journalière. Dans le cas d'espèce, l'assuré tuberculeux, qui avait séjourné quatorze mois au sanatorium et était demeuré trois mois en convalescence avant d'entreprendre sa réadaptation, avait ainsi droit à une indemnité calculée selon les principes applicables aux personnes actives.

Cette solution est intéressante à un autre point de vue : elle permet de supprimer plus aisément la rente des bénéficiaires qui se soumettent plus tard à une réadaptation, pour la remplacer par une indemnité journalière généralement plus élevée.

II. Les rentes

1. La notion d'invalidité

Comme on pouvait s'y attendre, la notion d'atteinte à la santé mentale a fait l'objet de plusieurs litiges, ce qui a permis au TFA de rendre quelques arrêts de principe fort instructifs.

A cet égard, l'un des premiers problèmes à résoudre dans l'AI fut celui des *psychopathes*. Il s'agissait plus particulièrement de savoir si la psychopathie, que l'on peut définir grosso modo comme un trouble important de l'équilibre psychique, et que la psychiatrie distingue généralement des maladies mentales proprement dites, pouvait être considérée comme une atteinte à la santé mentale au sens de la LAI. Dans l'arrêt H. S. du 6 mai 1961 (RCC 1961, p. 382), le TFA a, pour l'essentiel, répondu affirmativement à cette question. Tenant compte du but poursuivi par l'AI, il a admis en effet qu'une manifestation psychopathique devait en principe être comptée au nombre des atteintes à la santé mentale, à la condition toutefois — et c'est là une restriction importante — qu'elle soit, « au dire des psychiatres, d'une gravité telle que, du point de vue social et pratique, on ne saurait raisonnablement attendre de l'assuré qu'il utilise sa capacité de travail sur le marché du travail et qu'un tel usage serait même intolérable pour la société ». En l'espèce, on avait affaire à un psychopathe dépourvu d'intelligence, puéril, au comportement irritable et sujet à des réactions émotionnelles hystériques, le rendant insupportable à la société — il avait d'ailleurs été interdit et interné dans une maison de santé — ; le TFA admit que la condition susmentionnée fût remplie. En revanche, dans le cas d'une assurée âgée de 61 ans qui souffrait de psychopathie et d'infirmités psychiques de moindre importance, le TFA ne considéra pas qu'elle fût atteinte d'une invalidité mentale justifiant l'octroi d'une rente (arrêt L. H. du 5 juin 1961, non publié).

Le TFA a adopté une position quelque peu différente à l'égard des *névrosés*. Dans un arrêt du 27 janvier 1962, en la cause D. Sch. (RCC 1962, p. 199), il a nié l'existence d'une atteinte à la santé mentale au sens de l'article 4 LAI chez un assuré interdit, victime de plusieurs accidents n'ayant entraîné aucune suite grave, mais atteint de troubles fonctionnels d'origine inconnue, éventuellement hystérique. Le TFA, confirmant sa jurisprudence antérieure, a estimé tout d'abord que, d'une manière générale, une aberration psychique, chez un névrosé comme chez un psychopathe, pouvait être assimilée à une atteinte à la santé mentale si elle avait des conséquences graves sur la capacité de gain de l'assuré. Cependant, ajoute le TFA, on ne saurait en aucun cas admettre qu'une anomalie psychique ait de graves conséquences si, en faisant preuve de bonne volonté, l'assuré est capable de travailler dans une mesure suffisante. La mesure de ce que l'on est raisonnablement en droit d'attendre de l'assuré, critère décisif lorsqu'il s'agit de déterminer l'invalidité d'un psychopathe, n'a pas la même importance à l'égard des névrosés. Mais d'autre part, le refus de toute prestation d'assurance peut mettre fin à une névrose de revendication ; en pareil cas, l'atteinte à la santé mentale ne présente donc pas un caractère durable, de sorte que l'on ne saurait parler d'une invalidité

au sens de l'article 4 LAI. Sur le *caractère durable de l'invalidité*, le TFA a également insisté dans des arrêts relatifs à des mineurs présentant des déficiences marquées de caractère et de développement affectif. Il a fait remarquer à ce propos que l'aptitude de l'enfant à se corriger constituait un indice du caractère passager de l'atteinte à la santé, ce qui excluait l'octroi de prestations. Il convient cependant de relever que si le TFA insiste sur la notion uniforme de l'invalidité, il semble néanmoins admettre plus facilement l'existence d'une atteinte à la santé mentale chez les mineurs que chez les personnes adultes (arrêts E. K., du 2 novembre 1961, RCC 1962, p. 36, et M. R., du 21 décembre 1961, RCC 1962, p. 206).

2. Réadaptation et rente

Dès le début, le TFA a posé deux principes fondamentaux concernant les rapports entre les rentes et les mesures de réadaptation, principes qu'il a confirmés dans une jurisprudence constante. D'une part, les commissions AI doivent examiner d'office si l'assuré peut et doit être réadapté. D'autre part, et conséquemment, un prononcé de rente ne doit être rendu que lorsque les mesures de réadaptation nécessaires ont été appliquées ou s'il apparaît que la réadaptation n'est plus possible ou ne l'est que dans une mesure insuffisante (arrêt A. M. du 30 décembre 1960, RCC 1961, p. 73).

Aussi le TFA a-t-il annulé des décisions dans plusieurs cas où cet examen préalable d'une éventuelle réadaptation n'a pas eu lieu. Il a également nié le droit à une rente de l'assuré qui refusait de se soumettre aux examens nécessaires en vue de sa réadaptation (arrêts S. G., du 4 décembre 1961, RCC 1962, p. 125 ; A. R., du 26 septembre 1961, non publié, et K. R., du 15 juillet 1961, RCC 1961, p. 385).

3. L'évaluation de l'invalidité

Le degré d'invalidité, comme tel, n'a jamais fait l'objet d'un litige. De même, le TFA n'a jamais précisé d'une manière définitive la notion de *cas pénible* au sens de l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI. Dans l'arrêt B. L., du 8 juin 1961 (RCC 1961, p. 338), il s'est contenté de renvoyer aux Directives de l'Office fédéral des assurances sociales.

En revanche, la question de l'évaluation de l'invalidité a fait l'objet d'une jurisprudence très abondante. D'une manière générale, le TFA a constaté que l'évaluation médicale théorique n'a pas en elle-même, une valeur décisive. L'AI « n'assure pas l'atteinte à la santé comme telle, mais uniquement les conséquences économiques de cette atteinte » (arrêt E. N., du 21 septembre 1961, RCC 1961, p. 465). Dans l'arrêt J. B., du 14 avril 1961 (non publié), il a précisé : « S'il appartient au médecin d'apprécier l'état physique et mental de l'assuré et d'indiquer sa capacité de travail, il incombe aux organes de l'AI d'en estimer les répercussions sur la capacité de gain, en tenant compte de toute activité que l'on peut raisonnablement exiger de l'assuré et des possibilités de gain ainsi offertes dans une situation équilibrée du marché du travail ».

Le TFA définit l'incapacité de gain comme étant la diminution future et probable des possibilités de gain de l'assuré sur l'ensemble du marché du travail pouvant entrer en considération pour lui. Pour déterminer le degré d'incapacité de gain, il y a lieu, selon la règle posée à l'article 28, 2^e alinéa, LAI, de comparer les revenus que l'assuré pourrait obtenir avec et sans son invalidité. La jurisprudence du TFA concernant l'évaluation de l'invalidité au moyen de la comparaison des revenus et dans des cas spéciaux peut être brièvement résumée comme suit.

a. Le revenu que l'assuré pourrait obtenir sans son invalidité

Il ne saurait s'agir en l'occurrence d'un revenu hypothétique quelconque. Le seul élément déterminant est ce que l'assuré aurait pu vraisemblablement gagner *compte tenu de sa situation personnelle* (arrêt B. L., du 8 juin 1961, RCC 1961, p. 338). Ainsi, pour un colporteur qui aurait vraisemblablement repris le domaine agricole de son père s'il n'avait pas eu un accident, on prendra en compte le revenu qu'il pourrait tirer de ce domaine. De même, pour évaluer l'invalidité d'un assuré qui a dû abandonner sa profession de coiffeur à la suite d'une maladie, on ne tiendra compte que du revenu qu'il aurait pu obtenir en cette qualité et non pas du revenu d'une autre profession à laquelle allaient ses préférences (arrêt M. Sch., du 28 décembre 1961, non publié). Ce faisant, et dans l'intérêt d'une application uniforme de la loi, on se fondera généralement sur des revenus moyens et non pas sur des salaires maximums (arrêts O. H., du 7 décembre 1961, RCC 1962, p. 169 ; H. K., du 27 novembre 1961, non publié). Dans le cas des personnes invalides de naissance ou qui sont devenues telles dans leur enfance et qui, du fait de leur invalidité, n'ont pas pu acquérir des connaissances professionnelles suffisantes, il y a lieu de prendre en compte, conformément à la règle prévue par l'article 26, 2^e alinéa, RAI, le salaire moyen d'ouvriers qualifiés ou semi-qualifiés (arrêt E. B., du 21 décembre 1961, non publié).

b. Revenu que l'assuré peut encore obtenir après la survenance de son invalidité

Une des questions principales qui se posaient à ce propos était de savoir dans quelle mesure le revenu effectif encore acquis par l'assuré pouvait être déterminant pour l'évaluation de son invalidité. Dans deux arrêts du 4 octobre 1960 (dans les causes E. M., RCC 1961, p. 79, et E. H., ATFA 1960, p. 249), le TFA a estimé qu'il ne suffisait pas en principe de se fonder uniquement sur le revenu effectif encore acquis par l'invalidé. Ce revenu peut n'être que provisoire ; se fonder sur lui pourrait soit avantager, soit désavantager l'assuré pour toute la durée de la rente. Néanmoins, un tel revenu peut être déterminant lorsque l'assuré bénéficie de conditions de travail particulièrement stables ou « lorsque l'invalidé exerce une activité correspondant à sa formation et à ses facultés et utilisant en plein sa capacité résiduelle de travail, que cette activité est normalement rétribuée et que l'assuré réaliserait vraisemblablement un revenu équivalent dans d'autres emplois entrant en ligne de compte ». En complément de ce qui précède, le TFA a ajouté par la suite que le gain

effectif d'assurés réadaptés constituait un élément déterminant pour l'évaluation de leur invalidité (arrêt O. H., du 7 décembre 1961, RCC 1962, p. 169).

L'application de ces principes jurisprudentiels aux cas d'espèce a amené le TFA à se fonder de préférence sur le revenu effectif encore acquis lorsque l'assuré exerce une activité régulière. Il lui est arrivé cependant de prendre en considération un revenu inférieur au gain effectif. Ainsi, dans l'arrêt E. M., du 4 octobre 1960 (RCC 1961, p. 79), où il s'agissait d'un assuré âgé de plus de 60 ans, employé comme aide de maison et de charcuterie, qui gagnait un salaire annuel de 3600 francs, le TFA, considérant que l'assuré occupait une place spéciale et qu'il ne trouverait pas n'importe où un emploi aussi bien rémunéré, n'a pris en compte qu'un revenu de 2700 francs, se conformant en cela à l'appréciation du juge cantonal. De même, il a considéré que le revenu effectif de 4500 francs que gagnait un assuré tuberculeux dans un atelier de réadaptation à L. comportait pour une part un « salaire social » et n'a pris en compte, pour évaluer l'invalidité, qu'un montant de 3000 francs par année (arrêt C. F., du 16 mars 1961, RCC 1961, p. 467). Inversement, le TFA s'est fondé parfois sur un revenu supérieur au gain effectif encore obtenu par l'invalidé. Ce fut notamment le cas pour un assuré partiellement paralysé qui, apparemment, ne voulait pas se consacrer à une activité régulière (arrêt W. I., du 4 janvier 1962, non publié); de même pour une femme aveugle qui, pour des raisons personnelles, avait abandonné son activité dans un atelier spécialisé pour ne s'occuper que de son ménage (arrêt A. D., du 28 décembre 1961, non publié) et pour une bonne à tout faire dont on pouvait raisonnablement attendre qu'elle prenne du travail à domicile (arrêt V. B., du 12 décembre 1961, non publié). Enfin, le TFA a déclaré expressément qu'une simple réduction de salaire n'impliquait pas nécessairement une modification de la capacité de gain (arrêt J. B., du 14 avril 1961, non publié).

c. Les cas spéciaux

Le TFA n'a, jusqu'ici, pas eu l'occasion de se prononcer sur l'évaluation de la capacité de gain d'agriculteurs. Il a eu à s'occuper en revanche à deux reprises de *chefs d'entreprises commerciales* — une entreprise de peinture et un commerce de cycles. Il a relevé que, si l'évaluation de l'invalidité soulevait en pareils cas quelques difficultés, il fallait néanmoins s'en tenir à la comparaison des revenus. Ce faisant, il convenait de vouer une attention toute spéciale aux circonstances particulières de chaque cas (telles que les aptitudes personnelles de l'assuré, le genre et l'importance de l'entreprise), et de voir, au surplus, quel aurait été le développement de l'exploitation si l'assuré n'était pas devenu invalide, en se fondant le cas échéant sur les revenus d'entreprises similaires. En ce qui concerne le revenu que l'assuré pourrait encore gagner depuis la survenance de l'invalidité, « le revenu moyen effectif du commerce avait une grande importance, dans la mesure tout au moins où des circonstances personnelles permettent de conclure que l'assuré n'aurait vraisemblablement pas pu obtenir un revenu supérieur sans son invalidité » (arrêts E. N., du 21 septembre 1961, RCC 1961, p. 465; S. G., du 4 décembre 1961, RCC 1962, p. 125).

En ce qui concerne l'évaluation de l'invalidité des *maîtresses de maison*, il convient dans chaque cas de se demander au préalable si l'assurée doit être considérée comme personne active ou comme ménagère.

Pour ce, on examinera généralement si l'assurée a exercé ou non une activité lucrative avant la survenance de son invalidité. Cependant, dans le cas des personnes devenues invalides avant l'entrée en vigueur de la LAI, mais qui sont réputées devenues telles le 1^{er} janvier 1960, le TFA estime qu'il ne suffit pas de constater qu'immédiatement avant cette date, elles n'ont pas eu d'activité lucrative. Il faut encore déterminer si, compte tenu de leur situation sociale (notamment du revenu du mari), elles auraient vraisemblablement exercé une telle activité au cas où elles ne seraient pas devenues invalides auparavant. Lorsque tel semble être le cas, il conviendra d'évaluer leur invalidité selon le principe général de la comparaison des revenus. S'inspirant de ces principes, le TFA jugea qu'il y avait lieu de procéder à une comparaison de revenus pour évaluer l'invalidité d'une femme mariée qui avait exercé une activité lucrative jusqu'à la naissance de son deuxième enfant (1948) et qui, depuis lors, à demi-paralysée, ne s'occupait plus que de la tenue (partielle) de son ménage (arrêt L. S., du 26 juin 1961, RCC 1961, p. 337). La même règle fut appliquée à l'égard d'une coiffeuse, atteinte de cécité, qui ne s'occupe plus aujourd'hui que de la tenue de son ménage, mais qui, compte tenu du revenu de son époux, aurait vraisemblablement exercé une activité lucrative si elle n'avait pas été invalide (arrêt A. D., du 28 décembre 1961, non publié). En revanche, le TFA a considéré que l'invalidité d'une femme célibataire qui, amputée de la jambe droite et souffrant en outre de troubles circulatoires et de diabète, vit des revenus d'un immeuble et de l'hébergement d'un pensionnaire, devait être évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir les travaux de son ménage (arrêt T. G., du 2 novembre 1961, RCC 1962, p. 80). Il est intéressant de relever à propos de ce dernier arrêt que la jurisprudence fixée par le TFA s'applique également aux femmes célibataires.

Une particularité intéressante concerne l'attitude adoptée par le TFA à l'égard de ménagères qui, outre la tenue de leur propre ménage, effectuent des travaux ménagers chez des tiers. Leur invalidité doit être évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir les travaux habituels du ménage, mais on prendra en considération leur aptitude à effectuer des travaux qu'implique la tenue d'un ménage de moyenne importance, que l'on se fonde sur l'article 4 ou sur l'article 5 de la loi (arrêts B. P., du 22 juin 1961, RCC 1961, p. 386 ; A. I., du 29 novembre 1961, non publié).

Au surplus, le TFA se fonde, généralement, pour l'évaluation de l'invalidité des *maîtresses de maison*, sur les constatations de faits et les appréciations effectuées par les commissions AI et les commissions cantonales de recours. Il a ainsi admis le degré d'invalidité de 60 pour cent retenu par ces autorités dans le cas d'une femme atteinte d'une invalidité presque totale, mais qui pouvait encore cuisiner, faire la lessive et les nettoyages, ainsi qu'un degré de moins de 40 pour cent dans le cas d'une mère de six enfants atteinte d'épilepsie (arrêts M. J., du 29 septembre 1961, et R. K. du 6 décembre 1961, non publiés).

4. Début et fin du droit à la rente

Sur la question, fort discutée, de savoir quand il y a lieu d'admettre une invalidité permanente ou une maladie de longue durée, le TFA n'a jusqu'à ce jour pas eu à se prononcer. En revanche, il a été amené à déterminer le début du droit à la rente d'une assurée mineure. Dans l'arrêt M. H., du 28 novembre 1961 (RCC 1962, p. 77), il a jugé qu'un assuré âgé de moins de 20 ans n'avait droit à une rente que si, avant la survenance de l'invalidité, et entre la 18^e et la 20^e année, il avait versé des cotisations ou touché un salaire en nature d'une certaine importance. Ainsi, une invalide de naissance, qui n'a versé des cotisations qu'à partir du 1^{er} janvier 1960, date à laquelle elle est réputée devenue invalide, n'a pas droit à une rente avant l'accomplissement de sa 20^e année.

En ce qui concerne l'extinction du droit à la rente, le TFA a jugé dans l'un de ses premiers arrêts que les rentiers de l'AVS n'avaient en principe plus droit à une rente AI. Il a ainsi refusé à un rentier de l'AVS, invalide, l'octroi d'une rente complémentaire pour son épouse âgée de moins de 60 ans (arrêt J. R., du 20 octobre 1960, RCC 1961, p. 42). Une exception à ce principe a été prévue en faveur de l'épouse invalide (âgée de moins de 60 ans) d'un bénéficiaire de rente de vieillesse pour couple ; le TFA lui a reconnu le droit à des rentes complémentaires pour ses enfants mineurs (arrêt R. B., du 1^{er} mars 1961, RCC 1961, p. 294).

5. Divers

Mentionnons encore deux arrêts qui présentent quelque intérêt pratique.

En dérogation à la jurisprudence qu'il avait admise précédemment en matière de *rentes extraordinaires*, le TFA a jugé que l'invalide placé sous tutelle en Suisse, mais se trouvant dans un établissement hospitalier à l'étranger, avait droit à une rente extraordinaire pour une durée indéterminée (arrêt M. E., du 7 juillet 1961, RCC 1961, p. 389).

D'autre part, il a admis qu'un assuré pouvait valablement *retirer sa demande* de prestations de l'AI, lorsqu'il le faisait pour un motif légitime. Il a ainsi reconnu qu'un tel motif existait lorsqu'une rente extraordinaire de veuve, exempté d'impôt, était remplacée par une rente d'invalidité du même montant, mais imposable. Il a exprimé cependant des réserves à l'égard du retrait d'une demande portant sur des mesures de réadaptation (arrêt F. W., du 2 février 1961, RCC 1961, p. 210).

III. L'allocation pour impotent

1. La notion d'impotence

Pour définir l'impotence, le TFA a repris dans l'essentiel la notion qu'il avait adoptée dans l'assurance-accidents obligatoire et l'assurance militaire. Doit être considéré comme impotent « l'assuré qui a besoin du concours d'autrui pour les actes ordinaires de la vie et les soins du corps. Par actes ordinaires

de la vie, il faut entendre notamment se vêtir et se dévêtir, se nourrir et aller aux toilettes ».

Cependant, la nécessité du concours d'un tiers pour effectuer des actes quotidiens, mais limités dans le temps, tels que se vêtir et se dévêtir, ne constitue pas encore, selon le TFA, une impotence donnant droit à une allocation (arrêt M. N., du 13 avril 1961, RCC 1961, p. 343). D'autre part, la surveillance continue dont ont besoin les malades mentaux internés, qui peuvent, néanmoins, effectuer eux-mêmes les actes ordinaires susmentionnés, ne donne pas davantage droit à une allocation (arrêts M. H., du 24 février 1961, RCC 1961, p. 157, et R. L., du 31 mai 1961, non publié). Le TFA a également refusé une telle allocation à un assuré, cardiaque et souffrant au surplus d'une arthrite grave, qui n'avait besoin d'aide que pour se vêtir (arrêt M. N. précité), et à un autre assuré souffrant d'une coxarthrose bilatérale (arrêt W. U., du 5 janvier 1962, non publié). En revanche, il a accordé une allocation à un assuré atteint d'hémiplégie (arrêt E. N., du 22 décembre 1961, non publié), de même qu'à un assuré souffrant d'hémophilie, qui devait s'aliter de temps à autre en raison d'hémorragies aiguës. Certes, l'allocation n'a pas été accordée, dans ce dernier cas, pour les périodes où l'assuré n'avait pas de crises, mais on doit également considérer « qu'il y a impotence lorsqu'elle n'est pas continue, mais apparaît régulièrement et à un degré grave durant une partie notable de l'année » (arrêt J. E., du 5 octobre 1961, RCC 1961, p. 469).

2. *L'évaluation de l'impotence*

L'évaluation de l'impotence relève avant tout du large pouvoir d'appréciation des organes chargés de l'application de la loi, ainsi que l'a reconnu le TFA. Il convient néanmoins de signaler qu'une impotence de faible degré ne doit être admise que si l'aide dont a besoin l'assuré prend une certaine importance. L'impotence moyenne suppose déjà que l'assuré doit faire appel au concours de tiers pour la plupart des actes ordinaires de la vie, alors qu'une impotence grave sera admise si l'assuré ne peut effectuer, sans le concours d'autrui, aucun des actes en question. Ainsi, une assurée totalement paralysée des membres inférieurs et partiellement des membres supérieurs, mais qui pouvait encore se déplacer, bien qu'avec peine, et faire quelques menus travaux manuels, n'a été reconnue impotente qu'aux deux tiers (arrêt L. P., du 11 décembre 1961, RCC 1962, p. 171). Dans le cas de l'assuré souffrant d'hémophilie, le degré admis fut d'un tiers seulement, en raison du caractère passager de l'impotence.

3. *Age maximum*

Les bénéficiaires d'une rente de vieillesse n'ont pas droit à une allocation, s'ils n'ont pas été mis au bénéfice d'une telle prestation avant la naissance du droit à la rente AVS (arrêt I. B., du 20 octobre 1960, RCC 1961, p. 40).

4. *L'état de besoin*

En matière d'allocations pour impotents, le TFA dut également trancher un nombre relativement grand de litiges portant sur la question de l'état de besoin.

Il a repris, dans l'essentiel, la jurisprudence qu'il avait appliquée dans le domaine des rentes extraordinaires. On relèvera qu'il a également pris en compte la rente d'invalidité comme élément du revenu déterminant (arrêts H. E.-R., du 26 janvier 1961, RCC 1961, p. 158, et C. B., du 13 octobre 1961, RCC 1962, p. 81). L'objection selon laquelle il serait inéquitable de prendre en compte le revenu de l'époux non invalide pour déterminer l'état de besoin a été écartée par le TFA parce que, dans ces cas-là, il est fait application de la limite de revenu prévue pour les couples (arrêt M. M., du 30 septembre 1961, RCC 1962, p. 82). En revanche, le TFA constate que le règlement en vigueur ne permet pas de déduire du revenu déterminant les frais occasionnés par la maladie de l'invalide, mais se demande, de lege ferenda, si cette réglementation ne devrait pas être modifiée sur ce point (arrêt A. G., du 17 juillet 1961, RCC 1961, p. 388, et E. M., du 26 août 1961, non publié).

5. Les impotents placés dans un asile

On sait que les assurés impotents placés dans un asile aux frais de l'assistance n'ont droit à une allocation que si elle leur permet de ne plus dépendre de l'assistance. Pour adoucir les conséquences d'une telle réglementation, un canton fit passer un arrangement entre la commune d'origine de l'assuré et une institution privée d'entraide, aux termes duquel cette institution versait les prestations complémentaires d'entretien, lesquelles étaient remboursées par la commune. Le TFA considéra cependant que, nonobstant l'intervention de l'institution privée, l'assuré continuait à dépendre de l'assistance et n'avait dès lors pas droit à une allocation (arrêt K. S., du 28 novembre 1961, RCC 1962, p. 128).

Le traitement complémentaire de la paralysie et l'AI

Etant donné l'importance de la réadaptation des paralytiques à la vie professionnelle, nous allons étudier, du point de vue de l'AI, quelques problèmes essentiels du traitement complémentaire de la paralysie.

La paralysie peut résulter d'un accident ou d'une maladie. L'AI ne prend pas en charge le traitement d'une maladie ou des blessures reçues dans un accident (art. 12 LAI); elle n'intervient que lorsque l'affection primitive a été guérie ou stabilisée.

*

Examinons d'abord les cas de *paralysie due à un accident*. Un nerf peut être tranché par une piqûre, une coupure ou une fracture à arête coupante. Le traitement qui suit immédiatement l'accident (suture nerveuse primaire, gué-

ri-son de la plaie et de la fracture, etc.) représente le traitement de l'affection comme telle. S'il subsiste des symptômes de paralysie après la guérison de la blessure, les mesures appliquées pour supprimer ou atténuer cette atteinte à la santé sont considérées comme mesures médicales de l'AI, si elles sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain.

Font partie du traitement complémentaire, notamment, les mesures de *réadaptation des paraplégiques*. La réadaptation des paraplégiques, certes, est aussi pénible que coûteuse, mais elle vaut la peine d'être entreprise. Il est vrai qu'aux yeux d'un homme bien portant, un paraplégique, même réadapté, est toujours à plaindre; mais comparé à ce dernier, un invalide non réadapté inspire encore beaucoup plus de pitié. La réadaptation efficace des paraplégiques exige un personnel spécialisé et des installations adéquates; c'est pourquoi, malgré tous les progrès qui ont déjà été faits, il faut souhaiter que la création projetée d'un centre pour les paraplégiques puisse bientôt être réalisée.

Les cas de paralysie résultant de lésions cérébrales sont également dus à des accidents. La paralysie peut, en outre, se produire par suite de l'ablation chirurgicale d'une tumeur dans le système nerveux central ou ses proches environs, ou plus rarement dans la région des nerfs périphériques.

*

La *paralysie congénitale* résulte d'une disposition défectueuse ou d'un développement anormal pendant la période fœtale, dus eux-mêmes à des poisons du métabolisme, à des maladies infectieuses et à d'autres maladies causées par un virus, comme à la rubéole, à la syphilis, etc. L'aspect clinique est très varié. On connaît les *paralysies cérébrales*, causées souvent par l'accouchement. Selon le siège de la maladie ou le foyer de dégénérescence, les diverses formes de cette affection se présentent en général isolément, mais souvent aussi combinées. Il s'y ajoute parfois une débilité mentale plus ou moins prononcée. Ces paralysies sont considérées comme infirmités congénitales (art. 2, chiffre 134, OIC), dont le traitement est à la charge de l'AI. L'affection est souvent difficile à déceler pendant l'enfance; le diagnostic exige des connaissances spéciales et beaucoup d'expérience. Il est essentiel de la traiter suffisamment tôt, car c'est le seul moyen d'obtenir un résultat optimum.

*

Parmi les *paralysies du système nerveux central dues à une maladie*, il faut signaler en premier lieu la *paralysie infantile* (poliomyelitis acuta anterior). Depuis quelques dizaines d'années, les épidémies de poliomyélite, comme ses brusques apparitions dans des régions limitées et des cas isolés, ont fait beaucoup de victimes mortelles et d'invalides dans le monde entier. Pour combattre les conséquences de cette maladie, il faut en connaître les causes. Relevons donc que d'autres agents peuvent provoquer des symptômes analogues à ceux de la polio, par exemple le virus de Coxsacky ou celui de la parapo-liomyélite.

L'apoplexie entraîne généralement une paralysie plus ou moins prononcée d'une moitié du corps (hémiplégié). Elle peut avoir des causes diverses : troubles de la circulation artériosccléreuse, hémorragies provoquées par l'artériosclérose, par une pression sanguine élevée, par la dilatation (anévrisme) ou par des maladies inflammatoires dégénératives ou tumorales des vaisseaux sanguins. L'apoplexie peut résulter aussi d'une embolie. Selon le foyer et l'étendue de l'hémorragie ou de la dégénérescence dans le cerveau, la paralysie peut être accompagnée encore d'autres phénomènes, par exemple de troubles de la parole et de la mémoire. Comme ces paralysies viennent du cerveau, elles ne tardent pas à prendre un caractère spasmodique. Il n'est pas toujours facile d'établir si des symptômes présentant un caractère apoplectique sont dus à des tumeurs ou à des processus tuberculeux ou autres. La nature, le foyer et l'étendue de la maladie déterminent toutefois, là aussi, dans une large mesure, les possibilités d'une intervention et les chances de guérison.

Les *encéphalites* peuvent aboutir, selon le genre, le foyer et la gravité de la maladie, à une invalidité plus ou moins prononcée. D'autre part, des *inflammations de la moelle épinière* (myélites) peuvent entraîner des paralysies transverses (paraplégies ou tétraplégies). Nous avons déjà parlé de la gravité de ces maladies. Des causes diverses peuvent provoquer, comme déjà dit, des hémorragies qui attaquent le système nerveux central dans la moelle épinière ou le canal rachidien. Il en est de même des tumeurs bénignes ou malignes. Si la nature de l'affection exclut une réadaptation durable, comme par exemple dans le cas de la sclérose en plaques du système nerveux central, qui est chronique, intermittente et aboutit à une invalidité totale, malgré quelques améliorations passagères, l'AI ne peut prendre en charge les mesures médicales nécessaires; de même dans les cas où l'état général déficient, des manies graves telles que l'alcoolisme ou le morphinisme, mais aussi la peur du travail (paresse), etc., rendent peu probable une réadaptation durable.

La question de la guérison des paralysies dépend en grande partie de leur cause. En cas de paralysie inflammatoire, il importe de savoir si les cellules et les fibres nerveuses sont entièrement détruites ou si d'autres voies nerveuses ne peuvent pas assumer les fonctions des nerfs détruits. En outre, la paralysie peut être guérie dans certains cas par des interventions chirurgicales dans le système nerveux central.

*

Les *nerfs périphériques* peuvent être atteints plus ou moins gravement par un accident ou une maladie (inflammation, empoisonnement, tumeur), qui entravent leurs fonctions. Il en résulte en général — contrairement aux lésions du système nerveux central — des paralysies atoniques. Les réflexes de l'organe atteint disparaissent, et les muscles ont des réactions de dégénérescence. Dans ces cas-là, le traitement de l'affection comme telle sera suivi d'une phase de réadaptation pendant laquelle les mesures médicales pourront augmenter le rendement des membres ou des muscles. L'AI prendra alors en charge les frais, si les conditions de l'article 12 LAI sont remplies.

*

Le but des mesures médicales en cas de paralysie est de *compenser la déficience du membre atteint* en développant les fonctions des muscles en général et celles du membre en particulier. Ainsi, par exemple, les patients qui sont paralysés des jambes ou paraplégiques doivent fortifier suffisamment le haut de leur corps et leurs bras pour pouvoir, sans l'aide des jambes, se dresser sur leur séant, se vêtir et se dévêtir, s'installer dans leur fauteuil roulant et se déplacer avec lui. Il faut maintenir en outre la mobilité des articulations. Des exercices quotidiens et un travail régulier stimuleront la circulation du sang et le métabolisme dans les membres atteints.

La science médicale n'a abordé ces problèmes que depuis quelques dizaines d'années, mais elle les approfondit de plus en plus. Depuis lors, elle a mis au point certaines méthodes de traitement de la paralysie. Nous donnons ci-dessous les avis exprimés par l'*Association suisse contre la poliomyélite* à propos de la physiothérapie, des cures de bains, etc., dans les cas de poliomyélite. Ces directives n'ont pas un caractère officiel. L'Office fédéral des assurances sociales réserve son opinion quant à leur application dans les cas particuliers. On examinera donc, dans chaque cas, si les conditions légales sont remplies, car l'exposé ci-dessous ne fait pas de distinction assez nette entre ce qui serait souhaitable ou utile et ce qui est absolument nécessaire; or, pour qu'une mesure puisse être prise en charge par l'AI, il faut qu'elle soit nécessaire. Il est important que les dites mesures médicales soient réellement appliquées dans les cas particuliers. En outre, des contrôles médicaux doivent encourager le patient à s'associer aux efforts entrepris.

*

L'Association suisse contre la poliomyélite s'exprime comme suit :

I. La physiothérapie

On désigne par ce terme un ensemble de méthodes de traitement très différentes les unes des autres. Voici celles que l'on applique pour rétablir les patients atteints de poliomyélite :

a. La gymnastique médicale est la mesure la plus importante. Elle doit être exercée sous la surveillance de spécialistes en physiothérapie. La durée du traitement et la fréquence des exercices seront déterminées de cas en cas. La *kinésithérapie sous l'eau* peut, notamment au stade initial, compléter utilement cette gymnastique, si elle est pratiquée sous la surveillance étroite de moniteurs qualifiés. Pour prévenir et traiter les contractures, on recourt aussi à la *kinésithérapie passive*. Il faut veiller, en particulier, à ce que le patient continue ses exercices en l'absence de son moniteur. Bien que le résultat maximum soit obtenu, en général, au bout de deux ans, de nouveaux progrès peuvent souvent être faits encore au cours des années suivantes. C'est surtout dans les cas de mauvaise attitude qu'il est recommandé de poursuivre les exercices de gymnastique plusieurs années (voir sous IV : Thérapie conservatrice).

Pour toutes ces mesures, il faut consulter au moins tous les six mois le médecin spécialiste en orthopédie ou en physiothérapie, qui prescrira exactement la fréquence, la durée et le genre du traitement.

b. Les *massages* ne représentent qu'une mesure accessoire de la gymnastique médicale. Toutefois, dans des cas spéciaux de troubles orthopédiques ou de la circulation, ils peuvent être effectués à titre indépendant. Les *massages sous l'eau* se justifient dans certains cas, comme les massages ordinaires. Les *massages syncardiaques* peuvent être envisagés comme traitement spécial des troubles de la circulation ; leur durée est limitée à quelques semaines.

c. L'*électrothérapie* se révèle utile au début de la maladie pour stimuler la motilité des muscles qui ne réagissent pas. Dès qu'un mouvement actif est possible, la gymnastique médicale suffit. Une exception à cette règle est constituée par les cas de paralysie faciale (prosopoplégie), surtout chez les enfants. Les troubles de l'alimentation des tissus peuvent être traités à l'aide de courants stimulants.

d. La *thermothérapie* (rayons de chaleur, air chaud, enveloppements, etc.) ne joue pas un rôle essentiel. Elle peut toutefois donner de bons résultats dans le traitement des troubles de la circulation.

II. Cures de bains

Les cures dans des stations balnéaires complètent utilement la thérapie de la paralysie. La durée d'une cure de bains est généralement fixée à trois ou quatre semaines au plus. Ensuite, il est recommandé au patient de se reposer une semaine. Une cure de bains par année devrait suffire, normalement, pendant les trois à cinq ans qui suivent le début de la maladie ; des cures supplémentaires n'entrent en ligne de compte que pour les patients gravement atteints, sur ordonnance spéciale du médecin.

III. Moyens auxiliaires orthopédiques

A prescrire par le médecin orthopédiste. Non seulement les grands appareils, mais aussi les semelles orthopédiques doivent être confectionnés et adaptés avec soin.

IV. Thérapie conservatrice

La gymnastique médicale peut se révéler utile même après plusieurs années, en tout cas jusqu'à la fin de la croissance.

V. Formation scolaire des patients atteints de poliomyélite

Pour la réadaptation à la vie sociale et professionnelle, il importe que les jeunes paralytiques puissent recevoir une formation scolaire suffisante ; la *thérapie de l'occupation* joue également un rôle essentiel. L'*ergothérapie*, ou thérapie fonctionnelle du travail, contribue grandement à améliorer les possibilités de réadaptation.

Les centres créés à l'étranger pour les patients atteints de poliomyélite ne présentent pas d'avantages essentiels sur nos instituts. En tout cas, toutes les méthodes thérapeutiques connues à l'étranger sont applicables en Suisse.

Afin de garantir une guérison aussi complète que possible, il faut que le patient soit placé sous contrôle médical et, en particulier, conseillé régulièrement par un orthopédiste.

Régime des APG et protection civile

Selon la RCC 1962, pages 52 et suivantes, le projet du Conseil fédéral concernant une loi sur la protection civile prévoyait d'étendre l'application du régime des APG aux personnes astreintes à accomplir du service dans le cadre de la protection civile ; en outre, le Conseil national a traité cet objet au cours de la session d'hiver 1961. Entre-temps, la commission du Conseil des Etats, instituée à cet effet, et le Conseil des Etats lui-même, durant la session de printemps 1962, ont délibéré sur ce projet. Les articles ayant trait au régime des APG ont été approuvés avec une modification d'ordre rédactionnel du texte allemand, sans influence sur le texte français. L'article 91, mentionné à la page 53 de la RCC 1962, porte maintenant le numéro 93.

Le Conseil national et le Conseil des Etats ont, durant la même session, éliminé les divergences, puis passé au vote final le 23 mars. La loi fédérale sur la protection civile — donc aussi les dispositions sur le régime des APG — ont été approuvées au Conseil national par 143 voix contre 9 et au Conseil des Etats par 30 voix contre zéro. Le délai référendaire expire le 27 juin 1962.

Dès que l'entrée en vigueur des modifications apportées à la LAPG pourra être considérée comme certaine, l'Office fédéral des assurances sociales éditera — comme d'habitude — des feuillets collants pour le recueil LAPG/RAPG et l'annoncera dans la RCC.

La nouvelle circulaire sur le salaire déterminant

(suite et fin)¹

La liste des personnes exerçant accessoirement une activité régie par le droit public, énoncée au n° 111, a été complétée par la mention des *vérificateurs des poids et mesures*, des *dirigeants des centrales cantonales pour la culture fruitière* et des *chefs de cours* qui leur sont subordonnés, ainsi que des *contrô-*

¹ Cf. RCC 1962, p. 101 et 143.

leurs des vendanges et des membres des commissions AI. Une enquête approfondie auprès des autorités qui sont chargées d'exécuter les mesures d'encouragement de la culture fruitière et de la viticulture, subventionnées par la Confédération, a révélé que les indemnités versées aux dirigeants des centrales fruitières, aux chefs de cours et aux contrôleurs des vendanges font en tout cas partie du salaire déterminant, autant qu'elles ne représentent pas un dédommagement pour frais encourus. La perception des cotisations sur les indemnités versées aux membres des commissions AI et les frais à considérer en faveur de ces personnes ont déjà fait l'objet d'un article de la RCC 1960, p. 424.

Le nouvel alinéa 2 du n° 121 traite un cas particulier, celui des *représentants en machines agricoles* qui exercent cette activité à titre accessoire et reprennent régulièrement des machines usagées à leur compte. Cette situation se présente par exemple lorsqu'un forgeron ou l'exploitant d'un garage ou d'un atelier de réparations mécaniques assume la représentation d'une ou de plusieurs fabriques de machines agricoles. Il s'agit là de cas-limites. D'une part, le représentant, dans ses rapports avec la fabrique de machines agricoles ou avec l'agent principal de cette fabrique, occupe une situation qui, considérée en soi, le fait apparaître comme exerçant plutôt une activité salariée. D'autre part, le représentant est entièrement libre de décider s'il entend ou non reprendre des machines usagées à son compte, et le risque qu'il court en agissant ainsi est typiquement celui qui est assumé par le travailleur indépendant. Prise dans son ensemble, l'activité du représentant se rapproche donc sensiblement de celle d'un négociant. La réglementation spéciale du n° 121 a été introduite après entente avec les milieux intéressés. Il est cependant évident que cette disposition exceptionnelle ne peut pas voir ses effets étendus à d'autres représentants exerçant leur activité à titre accessoire. Au contraire, la règle (énoncée au n° 25) subsiste selon laquelle, pour qualifier un revenu, il importe peu que son bénéficiaire l'ait obtenu dans l'exercice d'une profession principale ou accessoire et de savoir quelle est la profession principale de l'intéressé.

Dans le chapitre sur les médecins, les dentistes et les vétérinaires, les n°s 163 et 164 précisaient jusqu'ici de quelle manière il convient de qualifier les revenus obtenus par les personnes exerçant ces professions lorsqu'elles interviennent en qualité d'*experts*. De par leur nature, ces règles ne valent pas seulement pour les gains obtenus de la sorte par des médecins, des dentistes et des vétérinaires, mais servent à définir en général les gains touchés par les experts. Elles ont dès lors été résumées dans un chapitre intitulé « le revenu des experts » et adaptées aux critères généraux de distinction entre le produit de l'activité salariée et celui de l'activité indépendante. Désormais, le seul élément décisif, c'est le fait que l'assuré est *tenu* d'effectuer une expertise. Dans l'affirmative, le revenu obtenu est un salaire. Dans la négative, c'est le produit d'une activité indépendante.

Le nouveau n° 167 bis, qui a été ajouté au chapitre sur le revenu des inventeurs, s'explique par un arrêt rendu le 14 novembre 1958 par le Tribunal

fédéral des assurances en la cause P. S. A. et paru dans la RCC 1959, p. 29. Il s'agit du cas où un tiers *exploite des droits d'édition* en ayant été autorisé à le faire par le titulaire de ces droits. Les faits, dans un tel cas, sont identiques à ceux qui se présentent lorsque l'inventeur a transféré le droit d'exploiter l'invention en passant un contrat de licence. Le Tribunal fédéral des assurances a dès lors déclaré que les règles applicables à l'inventeur le sont aussi à celui qui a transféré les droits d'édition.

Le nouvel alinéa 3 du n° 170 énonce les règles particulières pour le calcul du salaire déterminant *des élèves infirmiers et infirmières*. Voir à ce sujet l'article paru dans la RCC 1959, p. 89. La caractéristique de ces règles est que l'indemnité (en allemand « Stationsgeld ») allouée à l'école par l'hôpital où l'élève travaille n'est pas comptée dans le salaire déterminant, celui-ci étant au contraire représenté par le revenu en nature et par l'argent de poche touchés par l'élève en vertu du contrat d'apprentissage ou du règlement de l'école.

Aux termes de l'article 3, 2^e alinéa, lettre d, LAVS, les apprentis et les membres de la famille qui ne touchent pas de salaire en espèces ne sont pas tenus de payer des cotisations jusqu'au 31 décembre de l'année dans laquelle ils ont fêté leurs 20 ans. D'après l'article 5, 3^e alinéa, LAVS, ces personnes n'acquittent les cotisations que sur le salaire en espèces. Dès lors, selon la règle inscrite au n° 170, les versements inférieurs à 25 francs par mois à des jeunes apprentis sont un *argent de poche* non compté dans le salaire déterminant. Cette règle a été étendue aux membres de la famille encore mineurs qui, en ce qui concerne les cotisations, sont traités de la même manière que les apprentis. Le n° 175 de la circulaire a été complété dans ce sens.

Il arrive parfois que le mari gère le commerce au nom de sa femme et, aux yeux des tiers, apparaît comme le salarié de son épouse. Vu l'article 20, 1^{er} alinéa, RAVS, l'épouse acquittera généralement les cotisations sur le revenu de l'activité indépendante, et c'est dans son compte que seront portées les cotisations correspondant à ce revenu. Souvent, dans la comptabilité, aucun salaire ne sera porté au crédit du mari, ou alors seulement un salaire minime ou fictif ; car c'est en fait le mari qui est l'exploitant et qui dispose de l'ensemble du revenu de l'entreprise. Si aucun salaire n'était passé en compte ou s'il n'y avait aucune comptabilité, le salaire du mari était jusqu'ici calculé selon le taux global indiqué à l'article 14, 3^e alinéa, RAVS et au n° 179. Les cotisations ainsi perçues ne correspondaient alors très souvent en aucune façon au gain effectif du mari. Il en allait de même là où seul un salaire minime était inscrit dans les livres. Cet état de choses pouvait sérieusement porter préjudice au mari, lorsque celui-ci peut prétendre une rente simple de vieillesse avant son épouse. Un préjudice du même genre peut être porté à l'épouse, quand bien même de tels cas se produiront plus rarement. C'est précisément d'un cas de ce genre que le Tribunal fédéral des assurances a eu à connaître dans son arrêt du 11 novembre 1959 en la cause C. O. S. (RCC 1960, p. 80). Il s'agissait d'un commerce géré sous le nom du mari, mais effectivement exploité par la femme, et c'était aussi la femme qui disposait du bénéfice net. Le Tribunal a alors statué que le bénéfice net touché par la femme devait être

considéré comme salaire en espèces de cette femme (voir art. 3, 2^e al., lettre b, et art. 5, 3^e al., LAVS), et le mari aurait donc dû acquitter les cotisations sur ce salaire. Toutefois, comme le bénéficiaire du commerce avait été déjà entièrement compté dans le gain de l'activité indépendante du mari et pris en compte pour le calcul des cotisations personnelles de celui-ci, les cotisations correspondantes portées sur le CIC du mari devaient être transférées au CIC de la femme. Une réglementation analogue a été inscrite au n^o 178. Dans des cas de ce genre, le salaire ne doit pas être calculé d'après les taux globaux de l'article 14, 3^e alinéa, RAVS, ni être considéré comme un salaire fictif passé seulement dans la comptabilité. Le salaire sera au contraire représenté par *la part au bénéfice de l'entreprise qui correspond à la collaboration apportée par le conjoint*. Les caisses n'auront naturellement pas pour tâche de détecter d'office tous les cas de ce genre ; le nouveau n^o 179 doit cependant leur permettre, là où de tels faits existent ou paraissent exister, de retenir une solution correspondant à la réalité économique et simultanément conforme à la loi sur l'AVS.

Le nouveau n^o 181 bis réglemente une situation dont le Tribunal fédéral des assurances n'eut à connaître que tout récemment, quand bien même elle se présente assez souvent, en particulier dans l'agriculture (voir arrêt du 1^{er} février 1961 en la cause K. V., RCC 1961, p. 286). D'après cet arrêt, les *prestations* que le père ou la mère allouent à l'enfant majeur qui a travaillé dans l'entreprise de ses parents *sans toucher un salaire normal* sont un salaire déterminant, autant qu'elles visent à indemniser après coup le travail fourni par l'enfant. A l'encontre de ces prestations allouées en général par un acte passé entre vifs et imputées sur le prix d'achat lors de la vente du domaine, l'indemnité pour sacrifices consentis au sens de l'article 633 CCS n'est pas comptée dans le salaire déterminant, car c'est une créance successorale. Voir à ce sujet l'article paru dans la RCC 1961, p. 274.

Pour terminer, il faut encore signaler le complément apporté au n^o 194, d'après lequel les *pourboires des chauffeurs de car et des desservants de colonnes d'essence* sont fixés dans chaque cas par la CNA. Cette règle correspond à la nouvelle pratique de la CNA, qui se fonde sur un arrêt rendu le 18 juin 1960 en la cause Garage R. V. S. A. par le Tribunal fédéral des assurances en matière d'assurance-accidents obligatoire. Cet arrêt statue qu'il y a lieu de percevoir les primes sur les pourboires versés aux desservants de colonnes d'essence et aux employés de garage. Cette question a déjà été évoquée dans la note parue dans la RCC 1960, p. 386, ainsi que dans celle qui figure à la page 371 de la RCC 1961.

Problèmes d'application divers

Versement de rentes à double

Dans quels cas les rentes risquent-elles d'être versées à double et comment peut-on y remédier ? Cette question a déjà été traitée de façon générale dans la RCC 1960, p. 215. Par la suite, le nombre des versements de rentes à double a diminué dans une mesure réjouissante. Il était de 25 en 1957 et de 14 seulement en 1960, pour l'AVS ; il est vrai qu'il faut encore ajouter à ce dernier chiffre 27 cas dans lesquels des rentes AVS et AI ou deux rentes AI étaient versées simultanément (cf. à ce sujet RCC 1962, p. 114). Etant donné que, durant les deux premières années de l'existence de l'AI, de nombreux versements rétroactifs de rentes AI ont été effectués, de tels versements à double étaient pratiquement inévitables. Toutefois, ce n'est là, vraisemblablement, qu'une situation passagère. De plus, comparé au nombre total des versements de rentes AI, le nombre des versements à double continue à être modique.

Toutefois, parmi les cas de versements simultanés de rentes de l'AVS et de l'AI, il y en a plusieurs où ces versements ont été effectués par la même caisse de compensation. De tels versements à double internes doivent — comme ceux des rentes de l'AVS — à tout prix être évités. Il est du devoir de chaque caisse de compensation de mettre au point un système interne de contrôle lui permettant d'exclure à coup sûr tout versement de rentes à double.

Problèmes d'application de l'AI

Moyens auxiliaires : Remise et renouvellement de pneus des véhicules à moteur ¹

Les automobiles remises en prêt par l'AI sont munies de quatre pneus, plus le pneu de la roue de rechange. L'AI ne prend pas en charge des pneus supplémentaires. Cependant, elle peut fournir sur demande, au lieu de pneus normaux, des pneus à neige.

Les frais de renouvellement des pneus ne sont pas considérés comme frais de réparation, mais comme frais d'entretien ou d'exploitation, qui ne sont pas pris en charge par l'AI. Est réservé, toutefois, l'octroi de contributions dans les cas pénibles, en vertu de l'article 16, 3^e alinéa, RAI.

¹ Extrait du « Bulletin de l'AI » n° 33.

BIBLIOGRAPHIE

Jean-François Aubert : **L'État civil et l'AVS.** Revue suisse des assurances sociales, 1962, fasc. 1, p. 14-28.

Peter Binswanger : **Die AHV-ergänzende Alters- und Hinterlassenenvorsorge.** Tirage à part de la Revue suisse d'utilité publique, janvier-février 1962, 8 pages.

W. Buchmann : **Die Berufsberatung geistesschwacher Jugendlicher mittleren und schwereren Grades.** Orientation et formation professionnelles, 1961, n^{os} 3/4, p. 39-74.

Hermann Fredenhagen : **Die poliomyelitische Lähmung und ihre Behandlung.** 163 p., ill. Bâle, Schwabe, 1961.

E. Giezendanner : **Das Alter als individuelles und soziales Problem.** 27 p. Tirage à part de « Praxis », Revue suisse de médecine, 1960, n^o 44, p. 1037.

Granacher/Achermann/Lüthy/Naef/Oberli : **Leitfaden der Invalidenversicherung.** 140 p. Berne, Stämpfli, 1962.

Ce guide réunit les dispositions de la loi et du règlement sur l'AI, ainsi que les expériences faites dans la jurisprudence et l'administration. Il sera probablement très utile à tous les services et institutions qui s'occupent d'AI et d'aide aux invalides. L'ouvrage est divisé en cinq parties : 1. Généralités; les personnes assurées, le financement; 2. L'organisation, la procédure et le contentieux; 3. Les mesures de réadaptation; 4. Les rentes et les allocations pour impotents; 5. L'encouragement de l'aide aux invalides. En annexe, on trouve une liste des actes législatifs, des services qui reçoivent les demandes (commissions AI) et des offices régionaux AI, ainsi que des tables des rentes complètes et des allocations pour impotents.

Cet ouvrage donne le premier exposé d'ensemble sur cette assurance aux aspects si variés.

Halbtagspensionierung. Schweizerische Arbeitgeber-Zeitung, 1961, n^o 48, p. 864-865.

Franz Xaver Kaufmann : **Die Ueberalterung.** Ursachen, Verlauf, wirtschaftliche und soziale Auswirkungen des demographischen

Alterungsprozesses. 28 + 541 p., thèse de l'École suisse des hautes études économiques et administratives à Saint-Gall. Winterthour, Keller, 1960.

Bibliographie de la ISRD (International Society for the Rehabilitation of the Disabled). Suppléments périodiques publiés par « Pro Infirmis », Zurich.

Merkblatt für ausländische Arbeitnehmer. Publié par l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail, Berne, et par la Conférence nationale suisse pour le travail social, Zurich. 4 p. Publié en allemand, en italien, en espagnol et en grec.

Probleme der Pensionierung, insbesondere die Frage einer elastischen Handhabung der Altersgrenze. Recommendations de l'Association suisse de politique sociale. 8 p., 1961.

Ernst Probst et Carl Haffter : **Gutachten über grundsätzliche Fragen der Invalidenversicherung** (présenté à la demande du TFA le 18 septembre 1961). Revue suisse des assurances sociales, 1962, fasc. 1, p. 29-54.

Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse : Politique de la vieillesse. Rapport d'une commission d'étude chargée par le « Haut Comité consultatif de la population et de la famille » d'examiner les problèmes de la vieillesse en France. Contient aussi des données sur la politique de la vieillesse en Grande-Bretagne, en Suède et au Danemark. 438 pages. Paris 1961.

Arnold Saxer : **Les tâches de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse.** Conférence donnée lors de l'assemblée des délégués de la Fondation suisse « Pour la vieillesse » le 16 octobre 1961, à Coire. 16 p., 1961.

Bruno Valentin : **Geschichte der Orthopädie.** 15 + 288 p., ill. Stuttgart, Thieme, 1961.

Max Zaslowski : **Zum Problem der medizinischen Eingliederungsmassnahmen in der Eidg. Invalidenversicherung.** Revue suisse des assurances sociales, 1962, fasc. 1, p. 68-81.

PETITES INFORMATIONS

**Fonds
de compensation
de l'AVS**

Le Conseil d'administration du Fonds de compensation de l'AVS a effectué, au cours du premier trimestre de 1962, des placements pour une somme de 172.0 millions de francs, dont 2.9 millions sont des emplois de capitaux.

La totalité des capitaux du Fonds de compensation de l'AVS placés au 31 mars 1962 se monte à 6014.5 millions de francs, se répartissant entre les catégories suivantes d'emprunteurs, en millions de francs : Confédération 529.2 (529.2 à fin décembre 1961), cantons 994.8 (956.8), communes 798.2 (783.5), centrales des lettres de gage 1566.8 (1527.1), banques cantonales 1121.9 (1085.9), institutions de droit public 21.9 (21.0) et entreprises semi-publiques 981.7 (941.4).

Le rendement moyen des capitaux placés au 31 mars 1962 est de 3.25 pour cent, contre 3.24 pour cent à la fin du quatrième trimestre de 1961.

**Supplément
au catalogue
des imprimés
AVS/AI/APG**

Form. N°	Suppressions:
318.102 d	Wegleitung für die Steuerbehörden (Ausgabe 1957)
318.102 f	Directives à l'intention des administrations fiscales (édition 1957)
318.102 i	Direttive alle autorità fiscali (edizione 1957)
318.106.37b d	— Beiträge der Nichterwerbstätigen und Studenten
318.106.37b f	— Cotisations des assurés sans activité lucrative et des étudiants
318.106.37b.1 d	— — Nachtrag 1960
318.106.37b.1 f	— — Supplément 1960
318.106.56b d	— Beiträge der Selbständigerwerbenden
318.106.56b f	— Cotisations sur le revenu de l'activité indépendante

	Nouvelles publications :	Prix	Observ.
318.102 d	Wegleitung über die Beiträge der Selbständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen (gültig ab 1. Januar 1962)	3.— *	
318.102 f	Directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs (valables dès le 1 ^{er} janvier 1962)	3.— *	
318.102.1 d	Wegleitung für die Steuerbehörden (Oktober 1961, Separatdruck aus 318.102)	1.— *	
318.102.1 f	Directives aux administrations fiscales (octobre 1961, tirage à part de 318.102)	1.— *	
318.107.02 i	Circolare concernente l'obbligo assicurativo	1.20 *	poligr.
318.121.60 d	Jahresbericht AHV/IV/EO 1960	3.50 *	
318.121.60 f	Rapport annuel AVS/AI/APG 1960	3.50 *	
	Tirages à part de la RCC		
318.320.01 d	— Die Alters- und Hinterlassenenfürsorge in den Kantonen (Stand 1. Januar 1962)	1.10 *	
318.320.01 f	— L'aide à la vieillesse et aux survivants dans les cantons (état au 1 ^{er} janvier 1962)	1.10 *	
318.633 df	Bescheinigung der Spezialstelle (5teilige Garnitur) Attestation du service social (jeux à 5 flles)	19.80	1 A B
Répertoire d'adresses AVS/AI/APG	page 14: Caisse 69, Transport. Nouvelle adresse: Wallstrasse 3, Soleure. La case postale et le numéro de téléphone ne changent pas.		

JURISPRUDENCE

Assurance-invalidité

GÉNÉRALITÉS

Arrêt du TFA, du 27 janvier 1962, en la cause D. Sch.

Article 4 LAI. Un assuré atteint de névrose (parésie fictive) n'est pas invalide si, en lui refusant une rente, il y a lieu de s'attendre qu'il soit délivré de son affection et recouvre sa capacité de travail.

Articolo 4 LAI. Un assicurato affetto di nevrosi (paresi fittizia) non è da ritenersi invalido se, rifiutandogli una rendita, si può prevedere che possa liberarsi dalla sua malattia e riacquistare la capacità lavorativa.

L'assuré, né en 1901, interdit, souffre de surdité. Il fut victime en 1952 d'un premier accident qui lui blessa le pied droit. Les psychiatres qui examinèrent l'assuré à l'époque le qualifièrent d'inintelligent et constatèrent que les troubles de la marche dont il se plaignait étaient d'origine inconnue, sinon hystérique. Ils tenaient toutefois pour peu vraisemblable que l'assuré ait simulé ou aggravé ses troubles ou soit atteint de sinistrose. La CNA liquida le cas par l'octroi d'une indemnité selon l'article 82 LAMA. En 1956, l'assuré subit un nouvel accident (chute sur le dos), à la suite duquel se manifesta une paralysie fonctionnelle de la main et du bras droits. Les médecins pensèrent qu'il simulait, sans exclure cependant une origine hystérique, et recommandèrent à la CNA de liquider le cas comme précédemment.

Un troisième accident, survenu en juillet 1959, provoqua une fracture du métacarpe droit avec atrophie de Sudeck. Le cas fut pris en charge par une assurance privée. Après guérison de la fracture, l'assuré prétendit qu'il ne pouvait plus mouvoir les doigts de cette main. Les médecins appelés comme experts déclarèrent que l'examen clinique et radiologique du membre atteint ne permettait pas d'expliquer l'origine des troubles fonctionnels, et conclurent à l'existence d'une psychonévrose avec tendance probable à la sinistrose, soit à l'existence d'une parésie fictive, étrangère à l'accident, et considérablement exagérée.

En 1960, l'assuré, qui est charpentier de profession, a présenté une demande de prestations AI en déclarant que, depuis son dernier accident, il ne peut plus travailler de la main droite. La caisse, se fondant sur le prononcé de la commission AI, refusa de lui octroyer une rente, estimant que son invalidité ne justifiait pas une

telle prestation. La commission de recours en fit de même, pour le motif que le recourant était surtout un paresseux et un névrosé.

De son côté, le TFA a, pour les motifs suivants, rejeté l'appel interjeté par l'assuré contre la décision cantonale :

1. Il ressort du dossier que, selon toute évidence, la paralysie de la main droite de l'assuré provient essentiellement d'une névrose. Il convient dès lors de se demander si une névrose peut entraîner une invalidité au sens de l'article 4 LAI. Au demeurant, il subsiste des séquelles de l'accident survenu en juillet 1959; au surplus, l'assuré souffre de surdité. Cependant, si ces séquelles et surdité entraînent une invalidité, celle-ci ne saurait en aucun cas atteindre 50, voire 40 pour cent, de sorte que les conditions mises par l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI à l'octroi d'une rente font défaut, à moins que — et c'est la seule question litigieuse en l'espèce — les symptômes de paralysie occasionnent une invalidité justifiant l'octroi d'une telle prestation.

2. Aux termes de l'article 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Il est évident que les symptômes de paralysie, d'origine névrotique, ne proviennent pas d'une infirmité congénitale. L'accident ne saurait pas davantage être pris en considération du point de vue de l'AI comme cause de l'atteinte à la santé, du fait que la parésie fictive de l'assuré est, selon les constatations médicales, étrangère à l'accident de 1959. Il reste ainsi à se demander si lesdits symptômes constituent une maladie. Il est certain qu'on ne saurait parler en l'occurrence d'une maladie au sens médical du terme: l'atteinte à la santé résulte d'une aberration psychique, qui s'est déjà manifestée à la suite des accidents précédents de 1952 et 1956. Dans l'ATFA 1961, p. 160 (RCC 1961, p. 382), la Cour de céans a toutefois admis que par « atteinte à la santé provenant d'une maladie », il faut entendre une notion juridique qui couvre également les **anomalies** d'ordre psychopathique lorsque celles-ci ont, sur la capacité de gain de l'assuré, les mêmes effets qu'une maladie mentale. Une parésie fictive peut avoir de tels effets. La nature des répercussions qu'elle entraîne importe peu à cet égard; seule est déterminante la gravité de ces répercussions sur le plan social.

En principe, on ne saurait en aucun cas admettre qu'une anomalie psychique présente une gravité justifiant l'octroi d'une rente lorsque, en faisant preuve de toute la bonne volonté qu'on est en droit d'exiger de lui, l'assuré est encore à même de travailler dans une mesure suffisante. En ce qui concerne les personnes présentant de simples déficiences de caractère, la mesure de ce que l'on peut exiger d'elles doit être, autant que possible, déterminée objectivement. Néanmoins, la mesure de ce que l'on est raisonnablement en droit d'attendre d'un assuré, notion déterminante en matière de psychopathie (cf. ATFA 1961, p. 164 = RCC 1961, p. 384) ne revêt pas toujours la même importance en matière de névrose. Il faut relever en effet qu'il est possible, selon les cas, de supprimer les conséquences d'une névrose en refusant à l'assuré toute prestation ou — lorsque la loi le prévoit — en lui accordant une prestation unique (art. 82 LAMA et 38 LAM). En pareils cas, l'une des conditions de l'existence d'une invalidité au sens de l'article 4 LAI fait défaut: à savoir que l'atteinte à la santé soit la cause d'une diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée. Cela suppose donc que l'atteinte à la santé doit être elle-même permanente ou de longue durée, ce qui n'est pas le cas des affections passagères (Arrêt du TFA, du 21 décembre 1961, en la cause M. R., RCC 1962, p. 206). Si, dès lors, il y a lieu d'attendre du refus de la rente que l'assuré soit délivré des

effets de sa névrose et qu'il recouvre sa capacité de travail, on ne saurait admettre l'existence d'une incapacité de gain permanente ou de longue durée.

Il résulte de ce qui précède une différence essentielle avec l'assurance-accidents obligatoire et l'assurance militaire. Dans ces deux branches d'assurance, l'octroi d'une prestation dans les cas de névrose dépend de l'existence d'un rapport de causalité, que l'on peut qualifier d'adéquat en droit des assurances sociales, entre la névrose et l'événement assuré ou le fait d'être assuré (ATFA 1960, p. 260). En pareil cas, ces assurances accordent généralement une prestation unique dans l'idée que l'assuré, voyant ses prétentions définitivement liquidées, reprendra son travail et recouvrera sa capacité de gain. Un tel rapport de causalité ne permet pas, en revanche, de liquider les prétentions d'un névrosé en matière d'AI. L'AI est une assurance générale contre toute invalidité, quelle que soit sa cause, pourvu qu'elle réponde à la définition de l'article 4 LAI. On peut dès lors concevoir qu'une névrose qui ne présente pas le rapport de causalité adéquat en matière d'assurance-accidents obligatoire et d'assurance militaire justifie l'octroi de prestations de la part de l'AI. Inversement, l'AI n'aura pas à verser de rente s'il y a lieu d'admettre qu'après avoir reçu une prestation unique de la part de l'assurance-accidents obligatoire ou de l'assurance militaire, du fait que sa névrose présentait un rapport de causalité adéquat, l'assuré, dont les prétentions à l'égard des assurances sociales sont ainsi définitivement liquidées, recouvrera sa capacité de gain. Dans ce cas, en effet, la condition d'une diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, fait défaut.

3. En l'espèce, il est établi que la liquidation des prétentions consécutives aux accidents de 1952 et 1956, par l'octroi d'une indemnité unique, a permis à l'assuré, sujet à la névrose, de recouvrer sa capacité de travail. Ainsi, les conditions de l'article 4 LAI ne sont pas remplies et il n'y a pas lieu d'accorder une rente AI (ou toute autre prétention) en raison des répercussions de la névrose consécutive à l'accident de 1959. Au surplus, l'assuré a tendance à simuler ou à aggraver ses troubles et fait preuve d'une répugnance marquée pour le travail. Ce sont là des raisons de plus pour croire qu'un refus de prestations d'assurance mettra fin à sa tendance névrotique, pour peu que l'assuré veuille bien faire preuve de la volonté nécessaire, que l'on est en droit d'attendre de lui.

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 13 décembre 1961, en la cause O. S.

Article 10, 2^e alinéa, LAI. Les prestations de l'AI ne peuvent être refusées à un invalide qui a quitté sans permission le centre de réadaptation, si son médecin privé a prescrit son hospitalisation immédiate. (Considérant 1.)

Article 11, 1^{er} alinéa, LAI ; article 23, 1^{er} alinéa, RAI. Si une maladie ou une rechute, dont le traitement ne représente pas une mesure médicale de réadaptation, est causée par des mesures de réadaptation, l'assuré a droit au remboursement des frais de guérison et à des indemnités journalières pendant le traitement de l'affection. En revanche, le seul fait qu'une maladie éclate pendant le reclassement n'engage pas la responsabilité de l'AI. (Considérant 1.)

Article 20 RAI. On ne peut parler de mise au courant donnant droit à des indemnités journalières que si l'assuré doit recevoir cette formation

pratique dans l'entreprise, après son reclassement, mais avant de toucher une rémunération entière.

Articolo 10, capoverso 2, LAI. Le prestazioni dell'AI non possono essere rifiutate ad un invalido che ha abbandonato senza permesso il centro d'integrazione, se il suo medico di fiducia ha prescritto la degenza immediata in un ospedale. (Considerando 1.)

Articolo 11, capoverso 1, LAI ; articolo 23, capoverso 1, OAI. Se una malattia o una ricaduta, la cui cura non costituisce un provvedimento sanitario d'integrazione, è causata dall'esecuzione di provvedimenti d'integrazione, l'assicurato ha diritto al risarcimento delle spese di cura ed alle indennità giornaliere durante questo periodo. Per contro, il solo fatto che una malattia si manifesta durante il periodo di riforma professionale non implica la responsabilità dell'AI. (Considerando 1.)

Articolo 20 OAI. Sussiste un periodo d'avviamento che dà diritto alle indennità giornaliere soltanto se l'assicurato, terminata la sua riforma professionale, deve necessariamente ricevere un'ulteriore formazione pratica nell'azienda prima di conseguire l'intero salario.

L'assuré, né en 1922, souffre d'une ostéomyélite (inflammation de la moelle) et de spondylose (dégénérescence des vertèbres) ou de spondylite (inflammation des vertèbres). En outre, il est aveugle de l'œil gauche. En janvier 1960, il demanda des prestations de l'AI. Se fondant sur un prononcé de la Commission cantonale AI, la caisse de compensation décida de prendre en charge les frais de formation de l'assuré, qui a commencé à apprendre le métier de fraiseur dans un centre de réadaptation le 1^{er} février 1960, et de verser des indemnités journalières pendant cet apprentissage. Plus tard, il fut question de prolonger d'un mois la formation de l'assuré dans ledit centre. Au début de la semaine du 13 au 19 juin 1960, l'assuré fit une légère irritation fébrile de la plèvre et dut interrompre son travail pendant trois jours. A la fin de la semaine, il rentra à la maison — contrairement aux prescriptions de ses chefs — et consulta un médecin. Sur ordre de celui-ci, il se fit hospitaliser du 21 au 28 juin à l'hôpital du district. Ensuite, il reprit son travail au Centre, où il resta jusqu'au 2 août 1960. A cette date, il fut congédié pour des raisons disciplinaires (il n'était pas venu travailler le 31 juillet 1960) ; on lui assura d'ailleurs que son reclassement était terminé de toute manière. Le 5 septembre 1960, il commença à travailler comme fraiseur pour un salaire horaire de 2 fr. 30 au service de la maison D. S.A., où l'office régional lui avait trouvé un emploi.

Par décision du 20 décembre 1960, la caisse de compensation notifia à l'assuré que la commission AI avait prononcé de la manière suivante : L'assurance prenait en charge les frais de la formation aussi pour les 1^{er} et 2 août 1960 et allouait pour ces jours-là une indemnité journalière ; elle allouait en outre une indemnité journalière pendant la recherche d'un emploi, du 3 août au 4 septembre ; à partir du 5 septembre, date de l'entrée au service de la maison D., plus d'indemnité journalière ; quant aux frais de traitement médical et d'hôpital, du 21 au 28 juin, ils n'étaient pas pris en charge.

L'assuré recourut contre cette décision et demanda, en plus des prestations accordées : la prise en charge des frais de médecin et d'hôpital du 21 au 28 juin, l'allocation d'une indemnité journalière du 18 au 28 juin, le versement d'une indemnité journalière à partir du 5 septembre 1960 (différence entre l'indemnité journalière touchée jusqu'alors et le salaire plus bas touché au service de la maison D.), la prise

en charge des frais de médecin et le remboursement de la perte de salaire due à la « maladie actuelle ».

L'autorité cantonale de recours rejeta le recours, déclarant que l'assuré était lui-même responsable de son mauvais état de santé en juin 1960 et ne pouvait prouver que sa maladie ait été causée par des mesures de réadaptation. La demande de prise en charge des frais d'hôpital du 21 au 28 juin était donc sans fondement. L'assuré n'avait pas droit non plus à une indemnité journalière du 18 au 28 juin, car il n'était pas présent au Centre pendant ce laps de temps. En outre, il n'avait pas droit à une indemnité journalière à partir du 5 septembre, puisque la réadaptation était terminée avant le début du travail chez D. Enfin, la prise en charge des frais de maladie et la compensation de la perte de salaire depuis l'entrée en fonction chez D. manquaient de bases légales.

L'assuré interjeta appel auprès du TFA en renouvelant les revendications présentées dans son recours. Le TFA admit en partie cet appel ; voici ses considérants :

1. Le premier point litigieux est de savoir si l'AI doit prendre en charge les frais de médecin et d'hôpital pour la période du 21 au 28 juin et si l'assuré a droit, pour la période du 18 au 28 juin, à une indemnité journalière. L'autorité de première instance nie ce droit, déclarant que l'assuré a causé par sa propre faute la maladie qui a nécessité son hospitalisation. Le TFA ne peut adopter cette manière de voir. Dans la semaine du 13 au 19 juin, l'assuré dut interrompre son travail au Centre de réadaptation pendant trois jours à cause d'une légère irritation fébrile de la plèvre. Il est compréhensible et même justifié qu'il soit rentré à la maison à la fin de la semaine — contrairement aux prescriptions de ses chefs — pour consulter son médecin, ceci d'autant plus que le médecin ordonna alors son hospitalisation. Quoi qu'il en soit, aucun indice ne permet de conclure que ce retour à la maison ait causé ou aggravé la maladie, puisque l'assuré avait dû reprendre le travail avant ce départ. Comme l'OFAS le fait justement remarquer, le refus des prestations de l'AI pour des raisons disciplinaires (art. 10, 2^e al., LAI) n'entre pas en ligne de compte dans une telle situation.

L'OFAS prétend qu'il faudrait déterminer, sur la base d'un rapport médical, si la maladie de l'assuré en juin 1960 était une rechute de spondylose ou quelque autre maladie. Dans le premier cas, les frais ne seraient pas à la charge de l'AI, « car il y aurait alors traitement de l'affection comme telle » ; dans le second cas, les frais de traitement devraient en revanche être pris en charge par l'AI, « car il s'agirait alors d'une maladie ayant un rapport direct avec les mesures de réadaptation ».

L'article 11, 1^{er} alinéa, LAI donne à l'assuré le droit au remboursement des frais de guérison résultant des maladies ou des accidents qui lui sont causés par des mesures de réadaptation. En alléguant que les mesures médicales visant à soigner une rechute de spondylose représentent le traitement de l'affection comme telle, on ne pourrait nier un droit au remboursement des frais de guérison, car une telle rechute pourrait avoir été provoquée par les efforts physiques faits pendant le reclassement, et les conditions posées à l'article 11 LAI seraient alors remplies. D'autre part, la survenance d'une maladie au cours de la réadaptation ne saurait engager automatiquement la responsabilité de l'assurance ; il y aurait simple coïncidence dans le temps, alors que la loi exige que l'affection soit causée par les mesures de réadaptation. On peut se demander si l'admission dans un home constitue une cause valable d'une maladie intercurrente, comme l'OFAS semble l'admettre. Cependant, ce point-là n'a pas besoin d'être examiné maintenant, et il est superflu de demander un rapport médical complémentaire. En effet, si l'OFAS considère la maladie, dans le cas présent, comme assurée, dans la mesure où elle est intercurrente — et il doit avoir de

bonnes raisons pour cela — le tribunal n'a pas à intervenir. L'opinion dominante est qu'il ne peut s'agir, dans des cas de ce genre, que de maladies de brève durée, dont le traitement, même s'il n'est pas appliqué dans le home, doit être pris en charge par l'assurance. D'ailleurs, le plus vraisemblable est d'admettre qu'il y eut, en l'occurrence, un malaise intercurrent par suite d'une légère irritation de la plèvre, et non une rechute de spondylose. Dans la mesure où l'assuré demande le remboursement des frais de médecin et d'hôpital pour la période du 21 au 28 juin, son appel peut donc être admis. Ainsi, l'assuré a droit, pour la période du 18 au 28 juin, conformément à l'opinion de l'OFAS, à des indemnités journalières (cf. art. 23, 1^{er} al, RAI).

2. A partir du 5 septembre 1960, l'assuré a touché de la maison D., comme fraiseur, un salaire horaire de 2 fr. 30, donc moins que l'indemnité journalière reçue jusqu'alors. Dans son appel, il demande que cette perte de gain soit compensée (ce que l'office régional avait recommandé de faire, pour une mise au courant prolongée).

Selon l'article 6 RAI, l'assurance prend en charge, en cas de reclassement, les frais de formation, ainsi que les frais de nourriture et de logement dans l'établissement de formation professionnelle. A cela s'ajoute le droit à une indemnité journalière selon l'article 22 LAI, droit qui s'étend également à la mise au courant qui suit le reclassement (art. 20 RAI). Par définition, on ne peut parler de mise au courant que si, une fois le reclassement terminé, il est nécessaire que l'assuré se soumette encore à une formation pratique à l'issue de laquelle seulement il touchera le salaire normal d'un ouvrier qualifié ; c'est ainsi qu'il faut comprendre l'article 20 RAI, dont l'interprétation ne va pas toujours sans peine. En revanche, on ne peut parler de mise au courant lorsque l'assuré reclassé reçoit, au début, un salaire plus bas, mais que ce salaire est le salaire normal d'un ouvrier qualifié. La simple accoutumance à un nouveau travail et le développement du rendement ne sont pas considérés comme mise au courant. Certes, il n'est pas toujours facile de tracer la limite entre la mise au courant et la simple accoutumance au nouveau travail ; néanmoins, il importe de distinguer très nettement ces deux notions, car il ne s'agirait pas de donner (éventuellement même pour décharger l'employeur) à l'invalidé reclassé une situation meilleure qu'à un non-invalidé qui s'accoutume à un nouveau travail.

Dans ces conditions, et compte tenu de la simplicité du métier de fraiseur, on peut admettre que lors de son entrée au service de la maison D., le 5 septembre 1960, l'assuré avait terminé sa formation. Le contremaître de l'atelier de métallurgie du Centre de réadaptation a déclaré que l'assuré n'aurait pu, en restant plus longtemps au Centre, être initié d'une manière beaucoup plus complète. Un autre argument encore permet d'admettre qu'il n'y a pas eu de mise au courant à proprement parler, c'est que l'assuré a dit qu'il aurait été payé davantage dès le début si l'office régional n'avait évoqué la perspective d'une indemnité journalière. A partir du 5 septembre 1960, l'assuré n'a donc plus droit à une telle indemnité ; les déclarations de l'office régional, qui comptait sur l'allocation de cette indemnité, n'y changent rien.

3. La Cour de céans ne peut examiner la demande de l'assuré en ce qui concerne la prise en charge des mesures médicales et la compensation de ses pertes de salaire pour la période qui suit la fin de son reclassement, car aucune décision n'a encore été prise à ce sujet. Elle rappelle toutefois à l'assuré que les mesures médicales ne sont pas prises en charge par l'AI si elles représentent le traitement de l'affection comme telle (art. 12 LAI) et qu'un remboursement pour perte de salaire ne peut être accordé que pendant la réadaptation (art. 22 LAI).

Arrêt du TFA, du 12 janvier 1962, en la cause H. F.

Article 17, 1^{er} alinéa LAI. Le reclassement d'un peintre âgé de 58 ans dans une profession commerciale ne semble pas propre à sauvegarder ou à améliorer sa capacité de gain. Un cours de dactylographie, en particulier, ne constitue pas une mesure de reclassement, étant donné les exigences que pose aujourd'hui la carrière commerciale (considérant 1).

Article 18, 1^{er} alinéa, LAI. L'invalidé incapable de poursuivre son activité lucrative a droit au service de placement de l'AI. Dans ce cas-là, l'AI peut éventuellement prendre en charge les frais d'un cours de dactylographie (considérant 2).

Articolo 17, capoverso 1, LAI. La riformazione di un pittore cinquantottenne in una professione commerciale non sembra atta a conservare o a migliorare la sua capacità al guadagno. In particolare, viste le esigenze che richiede oggi la professione commerciale, un corso di dattilografia non costituisce un provvedimento di riformazione (considerando 1).

Articolo 18, capoverso 1, LAI. L'invalido che non è più in grado di continuare l'esercizio della sua attività lucrativa ha diritto di rivolgersi al servizio di collocamento dell'AI. In tal caso, l'AI può eventualmente assumere le spese di un corso di dattilografia (considerando 2).

L'assuré, né en 1903, souffre d'un « foyer tuberculeux chronique, stationnaire, dans le poumon droit » ; en outre, il a été opéré de la cataracte grise à l'œil gauche. Il exerce depuis 1952 le métier de peintre qu'il a appris. Ce travail, toutefois, convient mal à sa santé ; il a dû l'interrompre plusieurs fois au cours des dernières années, pour cause de maladie. L'assuré demanda à l'AI de le faire bénéficier de l'orientation professionnelle, du reclassement dans une autre profession et du service de placement ; il pensait qu'il pourrait effectuer des travaux de bureau, grâce à ses connaissances de la dactylographie. La commission AI refusa les prestations demandées, estimant qu'un reclassement n'entraîtrait plus en ligne de compte, étant donné l'âge de l'assuré, et qu'un changement d'emploi immédiat, pour raisons de santé, ne s'imposait pas. En outre, le service d'aide aux tuberculeux cherchait un emploi convenant à l'assuré, ce qui rendait superflue l'intervention de l'AI.

L'assuré recourut contre cette décision, déclarant qu'il ne pouvait exercer son métier qu'au prix de grandes difficultés et qu'un travail plus approprié exigeait un reclassement. L'autorité cantonale de recours ordonna à la caisse de compensation de payer les frais d'un cours de dactylographie ; à son avis, l'assuré, menacé d'invalidité, avait droit à des mesures de réadaptation ; puisqu'il avait acquis certaines connaissances commerciales, et travaillé comme remplaçant dans le bureau d'une association, l'AI devait prendre en charge les frais de ce cours.

L'OFAS porta ce jugement devant le TFA. Ses arguments sont, dans l'essentiel, les suivants : La formation acquise par l'assuré dans un cours de dactylographie ne pourrait lui procurer une activité qui garantisse son existence ; en outre, les cours limités à certaines branches commerciales ne peuvent pas être considérés comme une mesure de reclassement. D'ailleurs, le service d'aide aux tuberculeux a également été d'avis qu'un reclassement n'entraîtrait plus en ligne de compte pour l'assuré. Dans ces conditions, les frais du cours en question ne peuvent être pris en charge par l'AI. Le fait que l'assuré doit chercher un autre travail à cause de sa santé ne lui donne droit qu'au service de placement de l'AI. Le mieux, pour lui, serait de trouver un emploi qui ait quelque rapport avec son ancien métier (par exemple secrétaire d'atelier dans une entreprise de peinture).

Le TFA a admis l'appel de l'OFAS et renvoyé la cause, pour nouvelle décision, à la commission AI. Voici ses considérants :

1. L'assuré exerce depuis des années son métier de peintre et occupe un emploi stable. La question litigieuse est de savoir si l'AI doit prendre en charge les frais d'un cours de dactylographie en vue du reclassement demandé dans une profession commerciale. Aux termes de l'article 17, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable.

Il est exact que l'assuré doit chercher un autre travail pour cause de santé ; mais comme il a déjà 58 ans, un reclassement dans une profession commerciale ne semble pas devoir sauvegarder ou améliorer sa capacité de gain. Même des employés commerciaux ayant une longue expérience ont de la peine à trouver un nouvel emploi propre à garantir leur existence lorsqu'ils approchent des 60 ans. En outre, un cours de dactylographie ne peut donner des connaissances suffisantes pour exercer une profession commerciale. L'OFAS fait remarquer très justement qu'un employé commercial doit être capable d'écrire à la machine rapidement et sans faute, de sténographier, de faire la correspondance et connaître le service des chèques postaux. Dans ces conditions, un cours de dactylographie ne constitue donc pas une mesure de reclassement au sens de l'article 17, 1^{er} alinéa, LAI, et les frais qu'il entraîne ne sont pas à la charge de l'AI. Le jugement de l'autorité de recours, concluant au paiement des frais de ce cours par l'AI, doit donc être annulé.

2. En revanche, vu sa situation actuelle, l'assuré a droit au placement par les organes de l'AI, en vertu de l'article 18, 1^{er} alinéa, LAI. Il est manifestement hors d'état de reprendre son ancienne activité de peintre, et les recherches faites pour lui par le service d'aide aux tuberculeux semblent être demeurées sans résultat. Il faudrait lui procurer un travail qui lui permette, autant que possible, de tirer parti de ses connaissances professionnelles. Selon le rapport médical, l'assuré pourrait faire des travaux de peinture intérieurs. S'il n'était plus du tout en état de travailler comme peintre, il faudrait s'efforcer de lui trouver un emploi présentant quelques rapports avec ce métier. L'OFAS suggère, à ce propos, un poste de secrétaire d'atelier dans une entreprise de peinture. Si un tel emploi se présentait, il faudrait alors examiner la nécessité d'un reclassement. C'est à cet égard seulement que les frais d'un cours de dactylographie pourraient, éventuellement, être pris en charge par l'AI. La cause est donc renvoyée à la commission AI, qui procédera à un nouvel examen du cas et cherchera un emploi approprié pour l'assuré.

Arrêt du TFA, du 21 décembre 1961, en la cause M. R.

Article 69 LAI. Si une autorité cantonale de recours entre en matière sur un recours formé par un tiers au nom de l'assuré, mais sans procuration écrite de ce dernier, il n'y a pas de raison d'annuler le jugement dans la procédure d'appel, s'il est établi que le tiers a agi sur ordre de l'assuré. (Considérant 1.)

Article 19 LAI ; article 9, 1^{er} alinéa, lettre g, RAI. Le mineur dont l'affection n'a pas un caractère durable et qui, à cause de cette affection, ne peut pas fréquenter l'école publique pour un certain temps seulement, n'a pas droit à un subside pour formation scolaire spéciale. C'est pourquoi un assuré ne peut exiger de l'AI une formation scolaire spéciale tant que,

de l'avis du médecin, il n'est pas suffisamment développé pour fréquenter l'école. (Considéranrs 2 et 3.)

Article 12 LAI. Le traitement psychothérapeutique d'un mineur est considéré comme traitement de l'affection comme telle et ne peut donc être mis à la charge de l'AI que dans les limites fixées par l'article 13 LAI. (Considéranr 4.)

Articolo 69 LAI. Se un'autorità cantonale di ricorso entra nel merito di un gravame presentato da un terzo a nome dell'assicurato senza però allegare la procura scritta del ricorrente, non sussiste motivo di annullare la decisione nella procedura d'appello, se è stabilito che il terzo ha agito per incarico dell'assicurato. (Considerando 1.)

Articolo 19 LAI; articolo 9, capoverso 1, lettera g, OAI. Il minorene la cui infermità non ha carattere duraturo e che, a causa di essa, non è in grado di poter frequentare soltanto per un dato periodo di tempo la scuola pubblica, non ha diritto al sussidio per l'istruzione scolastica speciale. Un assicurato non può pertanto esigere dall'AI un'istruzione scolastica speciale fintanto che, stando al referto medico, non è sufficientemente sviluppato per frequentare la scuola. (Considerandi 2 e 3.)

Articolo 12 LAI. Il trattamento psicoterapeutico di un minorene è considerato cura vera e propria del male le cui spese vanno a carico dell'AI entro i limiti stabiliti dall'articolo 13 LAI. (Considerando 4.)

De janvier 1959 à mai 1960, l'assuré, né en 1954, a séjourné dans un home d'enfants; puis il fut placé dans un hospice. Plus tard, une famille le recueillit. Le médecin responsable du service psychologique de l'hospice déclare que l'assuré est pourvu d'une intelligence normale; en revanche, son développement corporel, caractériel et affectif est fortement retardé et il en résulte des troubles du comportement, de la volonté et de la motricité. Le médecin est d'avis que l'assuré n'est pas encore apte à fréquenter l'école et considère un traitement psychothérapeutique ambulatoire comme nécessaire; il fait en outre remarquer que, à cause de son état d'excitation (éréthisme), l'assuré devrait être éduqué dans un home ou par des personnes expérimentées dans une grande famille. Le cas fut annoncé à l'AI; la commission AI, faute d'invalidité, refusa une contribution aux frais de séjour dans le home et à l'hospice; elle releva, de plus, que les conditions mises à l'octroi d'un subside pour la formation scolaire spéciale faisaient défaut, car l'assuré était pourvu d'une intelligence normale.

« D'entente avec la tutrice », le médecin interjeta recours contre la décision de la caisse de compensation rendue sur la base du prononcé de la commission AI. Il alléguait que l'éréthisme nettement accusé et les troubles d'origine impulsive révélaient une genèse organique de tout l'aspect clinique. Il ajoutait que l'assuré, né avant terme, avait très probablement souffert d'un ictere nucléaire avec lésion des ganglions du tronc.

L'autorité cantonale de recours a admis le recours en argumentant de la façon suivante: l'assuré est retardé dans son développement et momentanément inapte à recevoir une instruction. Comme cette inaptitude momentanée à recevoir une instruction est causée par une infirmité congénitale, l'assuré a droit à un subside pour frais de pension aussi longtemps qu'il doit être placé dans un établissement et qu'il ne peut pas fréquenter l'école publique.

L'OFAS a formé appel contre ce jugement en demandant le rétablissement de la décision de la caisse. Selon lui, les premiers juges auraient dû examiner tout d'abord

si le médecin avait la latitude d'interjeter recours. Certes, l'assuré pouvait se faire représenter par une personne responsable du home; il aurait dès lors fallu une procuration de l'assuré ou de son représentant, laquelle fait défaut. En l'espèce, il n'est pas prouvé que l'état pathologique de l'assuré provienne d'un ictere nucléaire. D'autre part, les troubles dans le comportement et dans le développement caractériel, qui ont nécessité des méthodes particulières d'éducation, ne représentaient pas une invalidité. Il n'y aurait eu invalidité que si l'intellect de l'assuré avait été gravement atteint par une telle affection et si le quotient d'intelligence était situé au-dessous de 75. Ce n'est pas le cas ici. A l'encontre de l'opinion des premiers juges, on ne peut non plus parler d'une inaptitude à recevoir une instruction. Il ne s'agit que de troubles qui ont empêché temporairement la mise en valeur de l'aptitude à recevoir une instruction. Dans ces conditions, il n'existe pour le moment aucun droit à des prestations de l'AI pour la pension et l'école spéciale.

Le TFA a admis partiellement l'appel et renvoyé l'affaire à la commission AI pour nouveau prononcé. Il a émis les considérants suivants :

1. C'est avec raison que la juridiction de première instance est entrée en matière sur le recours formé par le médecin. Même si une procuration écrite de la tutrice fait défaut, il est indubitable que celle-ci avait chargé le médecin d'interjeter recours. Dans ces circonstances, il est superflu de se demander si les premiers juges auraient dû, en vertu des règles de la procédure cantonale, exiger une procuration écrite.

2. L'OFAS prétend que les troubles de l'assuré ne sont pas une invalidité au sens de la loi. A ce sujet, il y a lieu de faire remarquer ce qui suit : Pendant son séjour à l'hospice, l'assuré a été atteint dans sa santé, atteinte provenant soit d'une maladie, soit d'une infirmité congénitale au sens large du terme (à distinguer de l'infirmité congénitale au sens de l'article 13 LAI et de la liste établie par le Conseil fédéral). Selon les explications du médecin, on se trouve très probablement en présence d'une déficience provoquée par une infirmité congénitale au sens large. La définition générale de l'invalidité donnée par l'article 4 LAI est ainsi réalisée. Toutefois, il faut encore que l'atteinte à la santé soit la cause d'une incapacité de gain présumée permanente ou de longue durée. Ceci implique que l'atteinte à la santé soit elle-même présumée permanente ou de longue durée; les atteintes passagères sont donc exclues. Les directives de l'OFAS exigent très justement que l'assuré soit déficient pendant une période longue, d'une durée imprévisible. Cette condition, qui concerne l'atteinte à la santé elle-même, vaut pour toutes les catégories d'assurés; seule la notion d'« incapacité de gain », qui en découle, se modifie lorsqu'il s'agit de mineurs sans capacité de gain. C'est pourquoi l'article 13 LAI dit que les infirmités congénitales doivent être telles qu'elles « peuvent entraîner une atteinte à la capacité de gain ». Pour la formation professionnelle initiale, l'article 16 LAI sous-entend la condition que la capacité de gain future de l'invalidé serait diminuée si la formation était retardée pour cause de frais supplémentaires élevés. Une condition identique existe pour la formation scolaire spéciale des mineurs aptes à recevoir une instruction (art. 19 LAI) : La base de toute capacité de gain est une formation scolaire telle qu'elle est dispensée par l'école publique. Si l'acquisition d'une telle formation est entravée, la capacité de gain le sera également plus tard.

En conséquence, dans le cas présent, il n'y a invalidité chez l'assuré que si l'atteinte à la santé constatée à l'hospice est présumée permanente ou d'une longue durée. Les pièces du dossier ne renseignent pas de façon suffisamment claire à ce sujet. Selon les indications du médecin, la condition de temps devrait être considérée comme remplie; d'autre part, la tutrice de l'assuré parle, dans sa réponse à l'appel,

d'une amélioration sensible, sans toutefois préciser si cette amélioration est définitive ou seulement passagère et apparente.

3. Etant donné que la question de l'invalidité demande des éclaircissements complémentaires, la décision des premiers juges accordant à l'assuré un subside aux frais de pension pour la durée du séjour en établissement ne peut pas être maintenue. D'autre part, contrairement à l'opinion des premiers juges, l'assuré n'est pas inapte à recevoir une instruction au sens de l'article 20 LAI. Puisque médicalement l'existence d'une intelligence normale est certifiée, il existe objectivement une aptitude à recevoir une instruction, et cela seul est déterminant. On peut seulement se demander si l'assuré — autant qu'il est invalide au sens indiqué — a besoin d'une formation scolaire spéciale (art. 19 LAI). Or, pour le moment, la question d'un droit à une telle formation n'est pas actuelle. Selon le certificat médical, l'assuré n'est pas encore suffisamment développé pour fréquenter l'école publique et il en est dispensé pour une année. Cette dispense ne serait toutefois pas suffisante — même si l'existence d'une invalidité était reconnue — pour justifier l'octroi de contributions aux mesures pédagogiques pré-scolaires en vertu de l'article 12 RAI. Des prestations de ce genre présupposent la formation scolaire spéciale, alors que, dans le cas présent, on ne sait si l'accusé a besoin ou non d'une telle formation. Cependant, si les déficiences constatées par le médecin devaient empêcher la fréquentation de l'école publique, il faudrait pouvoir affirmer, du point de vue de l'école spéciale, que l'atteinte à la santé est « de longue durée » et l'on se trouverait alors en présence d'une invalidité au sens de la loi. Car, en l'espèce, la condition de « longue durée » doit, de par la nature de la cause, se rapporter à la période complète de la scolarité. Le fait que l'assuré est doté d'une intelligence normale et qu'il n'y a pas faiblesse d'esprit avec un quotient d'intelligence inférieur à 75 (art. 9, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI) ne pourrait entraîner le refus de prestations. Alors, l'assuré n'aurait pas la possibilité de fréquenter l'école publique « à cause d'une autre infirmité physique ou mentale » au sens de l'article 9, 1^{er} alinéa, lettre g, RAI, et il pourrait, pour ce motif, prétendre des subsides pour la formation scolaire spéciale. Comme l'a exposé le TFA dans son arrêt du 2 novembre 1961 en la cause E. K. (RCC 1962, p. 36), il faut considérer toute malformation psychique nécessitant une formation scolaire spéciale comme « infirmité mentale » au sens de l'article 9, 1^{er} alinéa, lettre g, RAI; il faut éliminer toute discrimination de certains critères psychopathologiques ou étiologiques (tels que psychopathie, anomalies de caractère, difficultés d'éducation).

4. Aujourd'hui, la seule question qui se pose est de savoir si le traitement de l'assuré (séjour en établissement et traitement psychothérapeutique) depuis l'entrée en vigueur de l'AI le 1^{er} janvier 1960 est à la charge de cette assurance. Un droit aux prestations présuppose une invalidité au sens de la loi. En outre, les traitements en question ne peuvent être pris en charge par l'AI que si l'article 13 LAI est applicable à l'assuré, c'est-à-dire si ce dernier a une des infirmités congénitales mentionnées dans la liste du 5 janvier 1961 (par exemple chiffre 206: « traumatismes obstétricaux graves »). L'assuré ne peut faire valoir aucun droit en vertu de l'article 12 LAI, car les mesures médicales en question devraient être considérées comme faisant partie du traitement de l'affection comme telle, que l'AI ne prend pas en charge.

Comme la question de l'invalidité nécessite un nouvel examen et que, en cas d'invalidité reconnue, on ne sait si les conditions sont remplies pour la prise en charge des mesures appliquées, en vertu de l'article 13 LAI, le jugement attaqué doit être infirmé et la cause renvoyée à la commission cantonale AI pour nouveau prononcé.

Arrêt du TFA, du 14 février 1962, en la cause E. Sch.

Article 18, 2^e alinéa, LAI ; article 7, 1^{er} alinéa, RAI. Le financement de l'achat d'une automobile au moyen d'une aide en capital n'entre pas en ligne de compte pour un salarié.

Articles 14, 1^{er} alinéa, lettre g, et 15, 2^e alinéa, RAI. Si un assuré a renoncé de sa propre initiative au métier de tailleur, qu'il avait appris, pour prendre un emploi de commis voyageur nécessitant l'usage d'une automobile, il n'en découle pas un droit à une nouvelle automobile aux frais de l'AI, même si l'assuré en a acheté une à cause de son changement de métier et que l'AI lui a procuré, à cette condition, son nouvel emploi.

Articolo 18, capoverso 2, LAI ; articolo 7, capoverso 1, OAI. Alle persone esercitanti un'attività lucrativa dipendente non può essere assegnato un aiuto in capitale per finanziare l'acquisto di un'automobile.

Articolo 14, capoverso 1, lettera g, e articolo 15, capoverso 2, OAI. Non ha diritto ad una nuova automobile a spese dell'AI l'assicurato che di moto proprio ha rinunciato al mestiere di sarto da lui imparato per esercitare un'attività richiedente l'uso dell'automobile ; questo, anche se fa valere d'aver comperato a suo tempo il veicolo a causa del cambiamento di mestiere e d'aver ottenuto a tale condizione l'impiego di viaggiatore di commercio dall'AI.

L'assuré, né en 1903, a des pieds bots depuis sa naissance et ne marche que péniblement. Il a exercé jusqu'en 1955 son métier de tailleur ; ensuite, il vendit des marchandises pour son propre compte. En 1960, l'AI lui procura un poste de représentant (commis voyageur), parce qu'il possédait une auto. La même année, l'assuré demanda encore à l'AI de financer l'achat d'une nouvelle voiture, ce que la caisse de compensation, se fondant sur le prononcé de la commission AI, lui refusa. Le recours de l'assuré fut rejeté par la commission de recours.

L'assuré porta ce jugement devant le TFA, mais son appel fut également rejeté. Voici les motifs invoqués par ce tribunal :

Aux termes de l'article 9, 1^{er} alinéa, LAI, « les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit, conformément aux dispositions ci-après, 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 ». Le droit à des mesures de réadaptation existe donc non seulement pour la première réadaptation ; il s'étend aussi aux assurés déjà réadaptés, si ces mesures sont nécessaires et de nature à améliorer ou à sauvegarder la capacité de gain. L'article 21, 1^{er} alinéa, LAI dispose que « 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 ». Comme la remise d'un moyen auxiliaire représente une mesure de réadaptation, l'expression « réadaptation à la vie professionnelle » de cet article doit être comprise dans son sens large. L'article 14, 1^{er} alinéa, RAI, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1961 et applicable à tous les cas non encore liquidés, donne la liste des moyens auxiliaires, où figurent aussi, sous lettre g, les voitures automobiles légères. L'article 15, 2^e alinéa, RAI précise que les véhicules à moteur seront 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.

En l'espèce, il faut établir si l'assuré, qui travaille comme représentant salarié, peut prétendre l'octroi d'une automobile comme moyen auxiliaire. Le financement de cette voiture au moyen d'une aide en capital, en vertu de l'article 18, 2^e alinéa, LAI, est exclu, puisque l'aide en capital n'est accordée qu'aux travailleurs indépendants. Si la notion de « travailleur indépendant » peut être interprétée, dans certains cas, d'une manière assez large, lorsque les liens de dépendance ne sont pas très étroits, comme l'admet l'OFAS, cela ne joue ici aucun rôle, car le cas d'espèce ne constitue certainement pas une telle exception.

L'autorité de première instance nie que les conditions d'octroi d'un véhicule à moteur comme moyen auxiliaire soient remplies, puisque l'assuré n'a pas besoin d'un véhicule pour se rendre à son travail. On peut se demander si l'on doit entendre par chemin de travail, dans le cas des commis voyageurs, le chemin parcouru pour visiter la clientèle, car un véhicule à moteur serait alors nécessaire à la réadaptation et contribuerait à sauvegarder la capacité de gain dans ce métier. Toutefois, cette question n'a pas besoin d'être tranchée ici. L'assuré a quitté son métier de tailleur, comme l'a déjà constaté l'autorité de première instance, de sa propre initiative, pour entreprendre une activité nécessitant l'usage d'une auto, et c'est pour cette raison qu'il a, alors, acheté lui-même ce véhicule. L'office régional ne lui ayant procuré qu'à cette condition son poste de commis voyageur, il ne peut en déduire un droit à une nouvelle auto ; car, du point de vue de l'AI, il pourrait reprendre son métier de tailleur, qu'il a quitté en 1955 seulement.

L'appel n'est donc pas fondé. Il n'y a pas lieu de procéder à une discussion orale selon l'article 5, 3^e alinéa, de l'ordonnance concernant l'organisation et la procédure du TFA dans les causes relatives à l'AVS, puisque les faits ressortent du dossier.

Arrêt du TFA, du 12 janvier 1962, en la cause P. F.

Article 21, 1^{er} alinéa, LAI ; articles 14 et 15, 1^{er} alinéa, RAI. Une machine à écrire doit être remise comme moyen auxiliaire à un assuré aveugle ou faible de la vue qui fréquente une école de commerce publique, s'il est établi que l'apprentissage de la dactylographie est nécessaire à sa réadaptation future à la vie professionnelle.

Articolo 21, capoverso 1, LAI ; articoli 14 e 15, capoverso 1, OAI. Una macchina per scrivere deve essere fornita come mezzo ausiliare ad un assicurato cieco o debole di vista che frequenta una scuola di commercio pubblica, qualora sia stabilito che la conoscenza della dattilografia è necessaria per la sua futura integrazione nell'attività produttiva.

L'assuré, né en 1942, souffre d'un glaucome congénital qui, malgré plusieurs opérations, a provoqué la cécité complète de l'œil gauche et diminué fortement la vue de l'œil droit. L'aide aux aveugles recommanda de lui donner une instruction de sténotypiste. L'assuré suivit donc le cours annuel d'une école de commerce jusqu'au printemps 1960. Ensuite, il séjourna une année dans un établissement pour aveugles, en Suisse romande, où il perfectionna ses connaissances en français et apprit l'alphabet des aveugles. A partir du printemps 1961, il fréquente, depuis cet établissement, comme élève externe, une école de commerce publique.

La commission AI accepta de prendre en charge les frais d'école de commerce depuis le 1^{er} janvier 1960, ainsi que les frais d'école et une partie de la pension dans l'établissement pour aveugles, et de remettre à l'assuré une machine à caractères Braille. Elle refusa, en revanche, de prendre en charge les frais d'acquisition d'une

machine à écrire, celle-ci devant être fournie par l'école. Le représentant de l'assuré recourut contre la décision de la caisse, fondée sur ce prononcé, et demanda la remise d'une machine à écrire.

L'autorité cantonale de recours admit le recours et accorda à l'assuré une machine à écrire, arguant qu'au moment du prononcé de la commission AI, l'assuré était dans un établissement pour aveugles ; il n'avait pas besoin, alors, de posséder sa propre machine à écrire, car c'est à l'école pour aveugles qu'il incombe de fournir les moyens auxiliaires nécessaires. Mais, depuis le printemps 1961, l'assuré suit les cours d'une école de commerce comme externe ; la commission AI a accordé, pour la durée de ces cours, une contribution aux frais d'école et de pension, puisqu'il s'agit d'une mesure de réadaptation professionnelle nécessaire. Comme sténotypiste faible de la vue, l'assuré doit posséder sa propre machine à écrire pendant ses cours scolaires et plus tard dans la vie professionnelle. En outre, on ne saurait exiger qu'il utilise des machines différentes à l'école, ou à son lieu de travail, et à la maison.

L'OFAS interjeta appel contre ce jugement et proposa de rétablir la décision de la caisse. Cet appel fut rejeté par le TFA, dont voici les considérants :

1. L'assuré, qui est un mineur pratiquement aveugle, a droit à la formation scolaire spéciale en vertu de l'article 19 LAI ; la commission AI a accepté de prendre en charge les frais de cette formation. En outre, « 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 » (art. 21, 1^{er} al., LAI). Ces moyens auxiliaires sont énumérés à l'article 14 RAI. L'article 15, 1^{er} alinéa, RAI précise que les moyens auxiliaires sont fournis aux assurés qui en ont besoin pour exercer une activité lucrative ou pour accomplir leurs travaux habituels, pour étudier ou pour apprendre un métier, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle.

Pour un assuré aveugle ou faible de la vue, une machine à écrire ordinaire peut aussi représenter un moyen auxiliaire « pour écrire » au sens de l'article 14, 1^{er} alinéa, lettre f, RAI. Comme l'a déclaré le TFA dans son arrêt du 30 mars 1961 en la cause P. M. (RCC 1961, p. 428), une machine à écrire ne saurait en aucun cas représenter un moyen auxiliaire au sens de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, si elle n'est qu'un moyen d'enseignement indispensable à l'élève aveugle. Il s'agissait, dans ce cas-là, d'un élève qui avait besoin d'une machine à écrire pour les cours qu'il suivait dans un internat pour aveugles, mais dont il n'était pas établi qu'il apprît la dactylographie en vue d'une activité professionnelle future.

2. En l'espèce, la situation est différente, car l'assuré suit les cours d'une école de commerce publique, en qualité d'externe, pour se perfectionner dans le métier de sténotypiste qu'il ambitionne d'exercer plus tard. La question litigieuse est donc de savoir si l'AI doit remettre à l'assuré une machine à écrire en vue de cette formation commerciale. La fréquentation de l'école de commerce est financée par l'AI et reconnue comme mesure de réadaptation nécessaire. En outre, le rapport présenté par la Direction de l'école montre que l'assuré a besoin d'avoir sa propre machine à écrire portative pour être en mesure de suivre les cours avec profit. Ceci confirme les déclarations du recourant, selon lesquelles il ne peut se tirer d'affaire en prenant des notes à la main, car il parvient à déchiffrer un texte imprimé en le tenant tout près de son œil, mais non sa propre écriture, lorsqu'il ne se souvient plus de ce qu'il a écrit. En outre, on ne peut exiger d'une école de commerce publique — contrairement à une école pour aveugles — qu'elle fournisse à un élève faible de la vue une machine à écrire pour s'en servir en classe. Enfin, il paraît souhaitable qu'un élève externe, faible de la vue, puisse utiliser la même machine pour les travaux en classe et pour les devoirs à domicile.

Dans ces conditions, une machine à écrire portative représente un moyen auxiliaire nécessaire à la réadaptation professionnelle. Le fait que l'assuré n'exerce pas encore un métier n'y change rien. L'article 15, 1^{er} alinéa, RAI, parle notamment de moyens auxiliaires « pour étudier ou pour apprendre un métier », et dans son message à l'appui du projet de loi concernant l'institution de l'AI, le Conseil fédéral déclare que les moyens auxiliaires utiles à la formation scolaire des enfants invalides sont également à la charge de l'AI. Comme le TFA l'a précisé dans son arrêt susmentionné du 30 mars 1961, il faut toutefois, dans ces cas-là, que les moyens auxiliaires soient nécessaires à la réadaptation professionnelle, condition qui est remplie en l'espèce.

Les frais d'acquisition d'une machine à écrire portative sont donc à la charge de l'AI. Le fait que l'assuré en possède déjà une depuis le début de l'année scolaire n'y change rien. L'appel doit donc être rejeté.

CHRONIQUE MENSUELLE

La commission du Conseil des Etats chargée d'examiner le projet d'arrêté fédéral concernant le *statut des réfugiés dans l'AVS et l'AI* s'est réunie le 7 mai sous la présidence de M. Bächtold (Schaffhouse), conseiller aux Etats, et en présence de MM. Tschudi, conseiller fédéral, et Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales. Après un examen détaillé du sujet, la commission unanime s'est ralliée au projet du Conseil fédéral.

*

Le Conseil fédéral a approuvé, le 11 mai, le *rapport et les comptes du Fonds de compensation de l'AVS pour 1961*. Les comptes d'exploitation font l'objet de l'article ci-dessous.

*

La *sous-commission des questions d'AI de la Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité* a tenu sa première séance le 15 mai sous la présidence de M. Saxer, directeur. Elle a été mise au courant des travaux administratifs d'introduction et de développement de l'AI, ainsi que des prestations fournies par cette assurance. La nécessité d'une application uniforme des dispositions légales par les divers organes de l'AI a été particulièrement soulignée.

*

La *Commission d'étude des problèmes de la vieillesse* a siégé le 16 mai sous la présidence de M. Saxer, directeur. Elle a discuté un rapport sur le problème des loisirs des personnes âgées. En outre, les chefs des divers groupes de travail ont informé la commission de l'avancement des travaux préliminaires. L'examen complet de toutes les questions prendra encore beaucoup de temps.

*

L'*Association des caisses de compensation professionnelles* a tenu son assemblée générale les 17/18 mai, sous la présidence de M^e Garnier, gérant de la caisse « Industries vaudoises ». Elle a entendu deux conférences intéressantes sur des questions actuelles. M. Binswanger, directeur de la « Winterthour Vie », a exposé

le problème « AHV — Basisversicherung oder Volkspension » ; M^e Kuntschen, de l'Union centrale des associations patronales suisses, a parlé des « Répercussions de l'intégration européenne sur la politique sociale de la Suisse ».

*

La Commission de la procédure et des formules en matière d'AI a tenu sa première séance le 24 mai sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. A l'ordre du jour figuraient un exposé général et une discussion sur les nouvelles circulaires AI projetées, ainsi que la création de sous-commissions.

*

Les directeurs des caisses cantonales de compensation se sont réunis en conférence le 29 mai sous la présidence de M. Vasella, de l'Office fédéral des assurances sociales, pour discuter les modifications complémentaires que nécessite la réédition du recueil des dispositions et du commentaire concernant les *allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux paysans de la montagne*. D'autre part, la conférence s'est occupée de problèmes relatifs au droit des salariés étrangers aux allocations familiales.

*

Dans la seconde quinzaine de mai, l'Office fédéral des assurances sociales a envoyé à tous les *médecins* qui pratiquent en Suisse, ainsi qu'à tous les *hôpitaux* un « *Vademecum sur l'AI* » qu'il a publié en collaboration avec la Fédération des médecins suisses. Ce vademecum contient quelques données sur les prestations de l'AI, le texte des dispositions légales intéressant le médecin et des précisions sur la situation du médecin dans l'AI. Son but est de faciliter au médecin son rôle de conseiller.

Les comptes d'exploitation de l'AVS, de l'AI et du régime des APG en 1961

Le Conseil fédéral a approuvé, le 11 mai, le compte du Fonds de compensation de l'AVS pour 1961. Ce compte englobe ceux de l'AI et des APG. Les résultats principaux de ces comptes ont déjà été communiqués à nos lecteurs (RCC 1962, p. 132, n° d'avril). Voici quelques précisions :

1. Assurance-vieillesse et survivants

Le tableau 1 donne les chiffres du compte d'exploitation AVS comparés à ceux de 1960.

Compte d'exploitation de l'AVS

Montants en millions

Tableau 1

Articles du compte	1960		1961	
	Dépenses	Recettes	Dépenses	Recettes
1. Cotisations des assurés et des employeurs		798,2		906,5
2. Prestations	721,1		848,4	
3. Contributions des pouvoirs publics		160,0		160,0
4. Produit des placements et réévaluations		160,9		177,1
5. Frais d'administration	12,3		12,7	
6. Solde du compte d'exploitation . .	385,7		382,5	
Total	1119,1	1119,1	1243,6	1243,6

En 1961, le montant des rentes versées a atteint 848 millions, soit 17,7 pour cent de plus qu'en 1960. Remarquons, à ce propos, que la 5^e révision de l'AVS n'a pu produire tous ses effets dans le compte d'exploitation de 1961, puisque les rentes n'ont été augmentées que dès le 1^{er} juillet 1961. Le tableau 2 montre clairement les conséquences de cette révision. Dans le cas des rentes ordinaires, la révision a notablement accentué l'augmentation par rapport aux trimestres de 1960 ; pour les rentes extraordinaires, le recul enregistré depuis quelques années a été interrompu par une augmentation sensible.

Rentes AVS versées en 1960 et 1961
(selon le genre des rentes)

Montants en millions

Tableau 2

Trimestres	1960	1961	Changement par rapport à 1960	
			absolu	en pour cent
Rentes ordinaires				
1 ^{er} trimestre	132,6	144,6	+ 12,0	+ 9,0
2 ^e trimestre	135,5	147,9	+ 12,4	+ 9,1
3 ^e trimestre	138,5	186,8	+ 48,3	+ 34,8
4 ^e trimestre	141,7	191,7	+ 50,0	+ 35,3
Total	548,3	671,0	+ 122,7	+ 22,4
Rentes extraordinaires				
1 ^{er} trimestre	44,3	40,3	— 4,0	— 9,0
2 ^e trimestre	43,1	39,2	— 3,9	— 9,1
3 ^e trimestre	42,2	49,4	+ 7,2	+ 17,1
4 ^e trimestre	41,4	48,6	+ 7,2	+ 17,4
Total	171,0	177,5	+ 6,5	+ 3,8
Ensemble				
1 ^{er} trimestre	176,9	184,9	+ 8,0	+ 4,5
2 ^e trimestre	178,6	187,1	+ 8,5	+ 4,7
3 ^e trimestre	180,7	236,2	+ 55,5	+ 30,7
4 ^e trimestre	183,1	240,3	+ 57,2	+ 31,3
Total	719,3	848,5	+ 129,2	+ 18,0

Parmi les prestations de l'assurance, il faut compter aussi le remboursement des cotisations aux étrangers et apatrides, s'élevant à 2,6 millions ; il y a lieu de déduire, en outre, les restitutions de rentes, d'un montant de 2,7 millions.

Des 12,7 millions de frais d'administration portés au compte d'exploitation, 6 millions environ représentent le montant des subsides aux caisses cantonales de compensation et 4 millions environ le remboursement à la poste pour l'affranchissement à forfait. Ce remboursement englobe, exceptionnelle-

ment, les chiffres de deux années ; il figurait, jusqu'à présent, au compte de l'année suivante ; à partir de 1961, il est porté au compte d'exploitation courant.

Les cotisations des assurés et des employeurs ont atteint 906 millions, ce qui représente une augmentation de 13,6 pour cent par rapport à l'année précédente. Au total, ces cotisations dépassent de 58 millions le montant des rentes versées.

Les contributions des pouvoirs publics ont atteint le même montant qu'en 1960, tandis que les intérêts ont continué à croître. Le produit net des placements a été de 177 millions.

L'excédent de recettes, qui atteint 382 millions, n'est inférieur que de peu à celui de 1960, malgré les dépenses sensiblement plus considérables. Le compte de capital de l'AVS atteignait 5990 millions à fin 1961.

2. Assurance-invalidité

Le tableau 3 donne un aperçu sommaire des comptes d'exploitation de l'AI en 1960 et 1961 ; le tableau 4 montre un peu plus en détail les dépenses de l'AI en 1961. Ces deux années ont été des années d'introduction. Comme nous le montrerons encore plus loin, on ne peut faire des comparaisons concluantes entre les résultats de ces deux années.

Compte d'exploitation de l'AI

Montants en millions

Tableau 3

Articles du compte	1960		1961	
	Dépenses	Recettes	Dépenses	Recettes
1. Cotisations des assurés et des employeurs		75,4		89,4
2. Prestations en espèces	37,3		118,1	
3. Frais pour mesures individuelles	11,7		31,6	
4. Subventions aux institutions et organisations	0,3		1,2	
5. Frais de gestion	4,0		4,6	
6. Contributions des pouvoirs publics		26,6		78,3
7. Intérêts		0,5		1,5
8. Frais d'administration	0,2		0,8	
9. Solde du compte d'exploitation	49,0		12,9	
Total	102,5	102,5	169,2	169,2

Les cotisations AI des assurés et des employeurs représentent 10 pour cent des cotisations AVS. Dans le compte d'exploitation, ce rapport n'est pas strictement respecté, car on a enregistré pendant les deux années des paiements arriérés de cotisations AVS pures pour 1959 et les années précédentes. Cependant, l'augmentation des cotisations AI correspond parfaitement à celle des cotisations AVS.

Il n'en est pas de même des contributions des pouvoirs publics. Selon les prescriptions en vigueur, ces contributions représentent, dans l'AI, la moitié des dépenses annuelles, alors que dans l'AVS, le montant des contributions de la Confédération et des cantons est fixé numériquement pour des périodes de plusieurs années. Du système plus souple adopté pour l'AI, il est résulté que les contributions des pouvoirs publics ont presque triplé par rapport à 1960.

En examinant les dépenses de l'AI, il ne faut pas oublier qu'en 1961, cette assurance a liquidé de nombreuses demandes qui avaient déjà été déposées en 1960 et ont entraîné souvent le versement de prestations importantes, ayant effet rétroactif, et portées au compte d'exploitation de 1961. D'autre part, l'assurance n'a pu traiter en 1961 qu'une petite partie des demandes de subventions présentées par des institutions et organisations. Dans les années à venir, les montants de ces dépenses-là seront probablement plus élevés. Enfin, l'augmentation des rentes en juillet 1961 n'a pas encore produit tous ses effets, aussi bien dans l'AI que dans l'AVS.

Il est encore trop tôt pour tirer des conclusions définitives sur les charges futures de l'AI en se fondant sur les résultats de 1961 ; néanmoins, on peut affirmer que la situation financière est saine.

En ce qui concerne le rapport entre les prestations de réadaptation et les prestations en espèces, rappelons que l'AI a pour principale ambition de réadapter les invalides, mais doit accepter des charges financières bien plus lourdes en versant des rentes et des allocations pour impotents. Il est réjouissant de constater maintenant que les dépenses faites pour les mesures de réadaptation sont plus élevées qu'on ne l'avait supposé. En revanche, les rentes et les allocations pour impotents ne dépassent guère les montants prévus, bien qu'on ait comptabilisé précisément en 1961 des paiements importants pour 1960 et que les rentes AI aient été augmentées par la 5^e révision de l'AVS.

*

Le tableau 4 montre que les prestations en espèces représentent les trois quarts de toutes les dépenses. Les frais pour mesures individuelles sont affectés pour une moitié aux mesures médicales et pour près d'un tiers aux subsides pour la formation scolaire spéciale et pour les mineurs inaptes à recevoir une instruction. Outre les dépenses pour des mesures d'ordre professionnel, il convient de signaler en particulier celles qui sont consacrées aux moyens auxiliaires, et qui atteignent près de 3 millions.

Les dépenses de l'AI en 1961

Tableau 4

Genres de dépenses	Montants en francs		En pour cent du total
<i>1. Prestations en argent</i>			
Rentes ordinaires	101 069 377		
Rentes extraordinaires	10 936 289		
Indemnités journalières	2 461 335		
Allocations pour impotents	4 125 897		
Prestations à restituer	528 224		
Remises de prestations à restituer	11 255	118 075 929	75,5
<i>2. Frais pour mesures individuelles</i>			
Mesures médicales	15 014 246		
Mesures d'ordre professionnel	3 478 333		
Subsides pour formation scolaire spéciale	10 106 900		
Moyens auxiliaires	2 970 781	31 570 260	20,2
<i>3. Subventions aux institutions et organisations</i>			
Subventions pour des constructions	363 539		
Subventions pour frais d'exploitation	257 394		
Subventions à des organisations faitières et à des centres de formation de personnel spécialisé	563 569	1 184 502	0,8
<i>4. Frais de gestion</i>			
Secrétariats des commissions AI	1 874 107		
Commissions AI	701 102		
Offices régionaux	1 066 115		
Services sociaux	83 109		
Frais de voyage	925 467	4 649 900	3,0
<i>5. Frais d'administration</i>			
Frais d'application selon art. 95 LAVS	838 055		
Remboursements de dépens	1 829	839 884	0,5
Total		156 320 475	100,0

Les subventions suivantes aux institutions et organisations ont été versées :

- subventions pour des constructions de centres de réadaptation et d'établissements, d'ateliers d'occupation permanente et de homes pour invalides ;
- subventions pour frais d'exploitation de centres de réadaptation et d'établissements ;
- subventions à des organisations faitières de l'aide privée aux invalides, à des services d'aide et secrétariats de l'aide privée aux invalides, à des cours pour développer l'habileté des invalides, pour conseiller les invalides et leurs proches, pour former et perfectionner des enseignants et des spécialistes de l'aide aux invalides, ainsi que des auxiliaires, et à des organismes formant des spécialistes.

Pour pouvoir allouer ces subventions, il fallut attendre la publication du règlement d'exécution, qui eut lieu le 17 janvier 1961. L'Office fédéral des assurances sociales entreprit alors aussitôt les travaux nécessaires. Il convient de relever à ce propos que l'examen des demandes de subventions présente plusieurs difficultés. Ainsi, par exemple, les subventions pour des constructions ne sont pas payées d'avance, mais seulement en tenant compte de l'avancement des travaux, ou même après la fin de ceux-ci, sur la base des comptes complets de la construction. Une subvention qui n'a encore été que promise ne figure pas dans la comptabilité de l'AI. Pour le calcul des subventions d'exploitation, il a fallu créer tout d'abord des critères uniformes et trouver un dénominateur commun aux comptabilités très diverses des requérants.

Les excédents des comptes d'exploitation AI pour 1960 et 1961 donnent un total de 62 millions, qui figure à part dans le bilan du Fonds de compensation de l'AVS.

3. Régime des allocations aux militaires pour perte de gain

La part de cotisations revenant aux APG a été de 89 millions de francs. Cette somme est un peu inférieure au dixième des cotisations AVS portées au compte d'exploitation, parce qu'il a fallu comptabiliser des paiements de cotisations AVS arriérées pour la période antérieure à 1960, et que les Suisses à l'étranger qui adhèrent à l'assurance facultative ne paient pas de cotisations APG. Compte tenu des intérêts, qui s'élèvent à environ 3 millions, les recettes totales ont atteint 92 millions, contre 72 millions de prestations en chiffres ronds. Ces prestations ont augmenté de 12,5 pour cent par rapport à 1960.

Compte d'exploitation APG

Montants en millions

Tableau 5

Articles du compte	1960		1961	
	Dépenses	Recettes	Dépenses	Recettes
1. Cotisations des assurés et des employeurs		74,9		88,7
2. Prestations	63,6		71,5	
3. Intérêts		2,8		3,3
4. Frais d'administration	0,3		0,3	
5. Solde du compte d'exploitation	13,8		20,2	
Total	77,7	77,7	92,0	92,0

Le compte d'exploitation donne de nouveau un excédent de recettes de 20 millions. Ainsi, l'avoir du Fonds de compensation du régime des APG, figurant au bilan du Fonds de compensation de l'AVS, s'est élevé, à la fin de l'exercice 1961, à 122 millions.

La jurisprudence dans le domaine des mesures de réadaptation pour invalides

1. Généralités

Les mesures de réadaptation représentent un système de prestations extrêmement varié, qui laisse à l'appréciation individuelle une marge assez large. C'est pourquoi l'administration, comme les tribunaux, doivent disposer d'un temps suffisant pour préciser tous les points de leur pratique. Le fait que le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a jugé, jusqu'à fin 1961, 89 cas de réadaptation ne doit donc pas faire croire que les arrêts de cette autorité de dernière instance aient offert une occasion suffisante de confirmer ou de rectifier la pratique administrative. En outre, il faut noter que les considérations liées à des mesures de réadaptation sont très souvent influencées par des éléments propres au cas d'espèce, et il est alors difficile de tirer des conclusions générales en se fondant sur les particularités d'un cas. C'est sous cette réserve que nous donnons ici un exposé sur la jurisprudence dans les divers secteurs de la réadaptation.

2. Les mesures médicales

Dans la question du droit de l'assuré à des *mesures médicales* selon l'article 12 LAI, la délimitation entre les mesures visant à la réadaptation et le traitement de l'affection comme telle joue un rôle essentiel. Cela montre l'importance de la pratique constamment adoptée par le TFA, qui consiste, dans ces cas-là, à examiner d'abord si un acte médical appartient au traitement de l'affection comme telle (qui n'est pas à la charge de l'AI) ; lorsque ce n'est pas le cas, et alors seulement, on considère si ces mesures sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver (durablement) d'une diminution notable (RCC 1961, p. 207, considérant 1). Dans les cas-limites, il faut, toujours selon la pratique du TFA, considérer, lorsque des mesures médicales présentent aussi bien le caractère d'un traitement de l'affection comme telle que celui de la réadaptation professionnelle, quel est le but principal visé par ces mesures. C'est en vertu de ce principe qu'un traitement psychothérapeutique a été considéré comme mesure médicale de réadaptation, selon l'article 12 LAI, dans le cas d'un assuré adulte, affligé d'un bégaiement d'origine psychique, en vue d'une activité professionnelle d'ordre intellectuel.

Le cas d'une ménagère qui souffrait d'une lésion du diaphragme nécessitant un traitement de longue durée, avec cures de bains, a donné au TFA l'occasion de déclarer conforme à la loi l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI, qui limite les mesures médicales de réadaptation à des actes uniques ou répétés dans une période limitée (RCC 1962, p. 72).

Le TFA a confirmé, en outre, que des cures de bains répétées à intervalles réguliers, en cas d'affections rhumatismales et d'autres maladies chroniques, faisaient partie du traitement de l'affection comme telle (RCC 1961, p. 207, considérant 2).

Dans 26 cas, le TFA s'est prononcé sur le problème de la délimitation entre le traitement de l'affection comme telle et les mesures médicales selon l'article 12 LAI ; il a considéré que les mesures appliquées dans des cas de diabète (diabetes mellitus), d'épilepsie essentielle (RCC 1962, p. 39) et de sclérose en plaques appartenaient au traitement de l'affection comme telle.

La liste des *infirmités congénitales* à l'article 2 OIC n'est pas absolument identique à la liste provisoire du 16 janvier 1960. Certaines de ces affections ne figurent plus dans la liste de l'OIC, alors que d'autres y ont été nouvellement introduites. Suivant le genre de l'infirmité, les assurés avaient alors intérêt à ce que leur cas fût jugé conformément à la liste provisoire ou à la liste de l'OIC ; il en est résulté de nombreux recours et quelques appels. Confirmant la pratique administrative, le TFA a décidé que la liste provisoire était applicable aux demandes liquidées jusqu'à fin 1960, tandis que les autres cas devaient être traités selon l'OIC (RCC 1961, p. 334).

Aux termes de l'article 85, 2^e alinéa, LAI, les assurés majeurs ont droit aux prestations prévues à l'article 13 LAI si l'infirmité congénitale peut être supprimée ou durablement atténuée par des mesures médicales de courte durée. Le TFA a précisé que cette disposition n'avait qu'un sens : 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 comme mineurs s'il y avait eu, déjà alors, une assurance-invalidité. C'est pourquoi la réglementation transitoire pour assurés majeurs (art. 85, 2^e al., LAI) n'est valable que dans les cas où l'infirmité a nécessité un traitement déjà avant la majorité (RCC 1961, p. 292, considérant 3).

3. Les mesures d'ordre professionnel

Dans la *formation professionnelle initiale*, on ne peut considérer comme frais supplémentaires nécessités par l'invalidité les frais d'une formation meilleure que la formation usuelle. Le TFA a donc estimé qu'un séjour en Angleterre d'une téléphoniste aveugle, en vue d'apprendre l'anglais, ne pouvait être pris en charge comme mesure nécessitée par l'invalidité (RCC 1961, p. 289). Il a établi, en outre, que les frais de traitement (p. ex. de médecin et de pharmacie) ne sont pas des frais supplémentaires de formation professionnelle initiale occasionnés par l'invalidité (RCC 1961, p. 334).

Dans les cas de *reclassement* et de *rééducation*, il n'y a pas d'arrêts de principe du TFA à signaler. Le reclassement d'un peintre âgé de 58 ans dans une profession commerciale n'a pas pu être considéré comme une mesure de réadaptation appropriée; le TFA estima que cet assuré devait plutôt choisir une activité ayant un rapport avec son ancien métier (RCC 1962, p. 205).

Dans le domaine du *placement*, le TFA n'a pas rendu d'arrêts, ce qui s'explique sans doute par le fait que le service de placement ne représente pas une obligation de l'AI.

En ce qui concerne l'octroi d'une *aide en capital*, le TFA a estimé que l'assuré avait droit à une telle prestation, si certaines conditions étaient remplies, et que cet octroi ne dépendait pas, par conséquent, de l'appréciation de l'administration. En outre, l'octroi d'une aide en capital ne peut être soumis à la condition que toute activité salariée soit exclue, mais il faut que la réadaptation comme travailleur indépendant représente une solution appropriée et que l'aide en capital soit nécessaire à cette activité indépendante (RCC 1962, p. 122). En revanche, le TFA refusa une aide en capital à un assuré qui travaillait comme aide-jardinier et aurait voulu avoir sa propre exploitation; il estima, en effet, que cet assuré n'avait pas de raisons de quitter son activité salariée (RCC 1962, p. 121).

4. La formation scolaire spéciale et les mesures en faveur des mineurs inaptes à recevoir une instruction

En ce qui concerne la *délimitation entre la formation scolaire spéciale et l'enseignement public*, le TFA a confirmé que les mineurs capables de suivre l'enseignement d'une classe spéciale ou de développement n'ont pas droit à des subsides pour la formation scolaire spéciale, même s'ils doivent recevoir leur instruction dans un home, faute d'une classe de développement. Le TFA fait remarquer, en effet, que l'on ne saurait modifier les dispositions précises de

l'article 19 LAI pour combler une lacune dans l'organisation scolaire cantonale (RCC 1962, p. 124).

Le TFA ne rejette pas l'idée d'utiliser le quotient d'intelligence comme critère en cas de débilité mentale (art. 9, 1^{er} al., lettre a, RAI), mais il est d'avis qu'il incombe à l'administration de fixer des méthodes de détermination aussi uniformes que possible (RCC 1962, p. 36).

Selon la pratique suivie par le TFA, on doit admettre qu'il y a invalidité, en cas de *malformation psychique*, lorsque les troubles du comportement sont si graves que l'on peut en conclure à une infirmité mentale à proprement parler, et que cette infirmité, constatée par le médecin, exclut durablement la fréquentation d'une école publique. En même temps, le TFA fait remarquer que l'article 19 LAI, en corrélation avec l'article 4 de la même loi, ne permet pas d'exclure d'emblée certains aspects psychopathologiques ou étiologiques (RCC 1962, p. 36).

Quant aux mesures en faveur des *mineurs inaptes à recevoir une instruction*, le TFA a décidé que la teneur de l'article 20 LAI permettait d'allouer des contributions aux frais des soins à domicile, s'il s'agit de mineurs dont l'état nécessiterait le placement dans un établissement, mais qui reçoivent à domicile des soins appropriés comme ils en recevraient dans un établissement, et qui occasionnent des frais spéciaux; ceux-ci doivent être estimés par la commission AI, s'ils ne peuvent être dûment attestés (RCC 1961, p. 206).

5. La remise de moyens auxiliaires

L'AI ne peut prendre en charge, partiellement ou entièrement, les moyens auxiliaires acquis avant le 1^{er} janvier 1960. Tout en confirmant ce principe adopté dans l'administration, le TFA a constaté toutefois que dans ce cas-là, l'assuré avait droit au remboursement des frais de réparation d'un moyen auxiliaire qui devrait lui être remis par l'AI, s'il n'en possédait déjà un (RCC 1961, p. 425).

En ce qui concerne l'octroi exceptionnel de *contributions aux frais d'entretien d'un véhicule à moteur*, le TFA a établi (RCC 1961, p. 425), en confirmation de la pratique suivie par l'administration, que du point de vue économique, il y a un cas pénible lorsque le revenu de l'assuré n'atteint pas la limite déterminant le droit à une rente extraordinaire (art. 42 LAVS). Il faut, dans ce cas, calculer le revenu selon les articles 56 à 61 RAVS, et en appliquant par analogie l'article 35, 1^{er} alinéa, RAI, additionner le revenu et la fortune des conjoints, en déduisant les frais d'obtention du revenu. Cette condition (limite de revenu) doit-elle être accompagnée d'autres conditions encore, par exemple celle de dépenses spécialement élevées? Peut-on admettre des exceptions à la règle si ladite limite de revenu est atteinte ou dépassée? Le TFA ne s'est pas encore prononcé sur ce point.

La reconnaissance de services sociaux de l'aide aux invalides en qualité d'offices d'orientation professionnelle et de placement

1. Les services sociaux : notion et attributions

Les services sociaux institués par une administration publique ou par une organisation privée reconnue d'utilité publique, et qui s'occupent exclusivement ou essentiellement de fournir aide et conseil aux invalides, ont qualité de services sociaux de l'aide aux invalides au sens de l'AI. Leur activité peut s'exercer de deux façons.

Premièrement, les organes de l'AI peuvent faire appel directement à eux pour collaborer à l'examen des demandes de prestations AI présentées par les invalides, ou à l'application de mesures de réadaptation d'ordre professionnel. Mandatés par l'AI, ils ont alors droit, dans chacun de ces cas, au remboursement de leurs frais supplémentaires (cf. RCC 1962, p. 54 ss). Mais les services sociaux peuvent aussi, de leur propre initiative et sous leur propre responsabilité, assister des invalides et s'occuper de leur réadaptation.

2. L'orientation professionnelle et le placement en dehors de l'AI

L'orientation professionnelle et le placement font partie des prestations que l'AI accorde à titre de réadaptation professionnelle (art. 15 et 18, 1^{er} al., LAI). Ces mesures sont fournies par les propres organes de l'assurance, les offices régionaux AI, ou, comme indiqué ci-dessus, par l'intermédiaire des services sociaux.

Cependant, il se peut aussi que des invalides, s'ils le désirent et renoncent à s'adresser pour cela à l'AI, bénéficient de telles mesures grâce à l'aide directe d'offices du travail, d'offices publics d'orientation professionnelle ou de services sociaux.

Les organes de l'AI en seront déchargés d'autant et pourront vouer une attention plus soutenue à d'autres cas, voire à des cas plus urgents. C'est donc à juste titre que le législateur a prévu, à l'article 71 LAI, d'accorder à de telles institutions, qui accomplissent de façon indépendante et sous leur propre responsabilité les tâches évoquées plus haut, des subsides destinés à couvrir une partie de leurs frais. Pour avoir droit à ces subsides, les services sociaux doivent toutefois être reconnus formellement par l'Office fédéral des assurances sociales.

3. Les conditions mises à la reconnaissance des services sociaux

Les conditions de la reconnaissance sont fixées à l'article 96 RAI et dans la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales aux services sociaux de l'aide publique ou privée aux invalides, du 7 juin 1961. Selon ces prescriptions, il est nécessaire que le service social :

- ait un caractère public ou d'utilité publique,
- s'occupe principalement de l'orientation professionnelle des invalides et de leur placement,
- dispose d'un personnel qualifié et occupe à plein temps au moins une personne ayant une formation de conseiller en professions et l'expérience nécessaire en matière de placement,
- soit gratuitement à disposition de toutes les personnes remplissant les conditions relatives à l'âge, au sexe et au genre d'invalidité, qui demandent à être conseillées sur le choix d'une profession et cherchant un emploi.

La condition de s'occuper principalement d'orientation professionnelle et de placement d'invalides est essentielle, si l'on veut décharger ainsi les organes de l'AI comme le souhaite le législateur. Pour atteindre ce but, il n'est cependant pas nécessaire que le service social concentre son activité sur l'orientation professionnelle et le placement ; il suffit qu'une section de ce service — pourvue toutefois d'une organisation relativement autonome — assume ces tâches et remplisse les conditions exigées.

4. La signification de la reconnaissance

La reconnaissance signifie donc l'attestation qu'un service social remplit les conditions donnant droit aux subsides prévus à l'article 72 LAI. Elle concerne seulement l'activité qu'exercent des services sociaux en marge de l'AI et les subsides qu'ils demandent à ce titre. Pour le reste, ils sont libres de travailler comme il leur plaît. La reconnaissance est sans effet sur leur situation au sein de l'AI. Les services sociaux reconnus qui, à côté de leur activité autonome, sont prêts à exécuter des mandats pour le compte de l'AI, se trouvent sur le même pied que les services sociaux non reconnus. Pour ce genre d'activité-là, en effet, chaque service social qualifié peut être directement appelé à collaborer sans qu'il ait besoin d'être formellement reconnu.

L'organe mandataire de l'AI pourra admettre qu'un service social, s'il est reconnu, dispose d'un personnel qualifié en matière d'orientation professionnelle et de placement. Il se peut toutefois que des services sociaux non reconnus possèdent un personnel tout aussi capable. On fera donc appel au service social qui, vu les particularités du cas d'espèce, paraît le mieux à même de s'en occuper, sans s'inquiéter de savoir s'il est reconnu ou non.

La circulaire concernant le paiement des mesures de réadaptation de l'AI

Le paiement des mesures de réadaptation fait l'objet de l'article 78 RAI. Le second alinéa de cette disposition prévoit que l'assurance paie les mesures prescrites par la commission ou la caisse de compensation avant leur exécution. Les mesures déjà exécutées ne peuvent être prises en charge que si l'intérêt de l'assuré exigeait qu'elle fussent appliquées avant même d'avoir été prescrites et si l'assuré a déposé sa demande et tous autres documents au plus tard trois mois après le début de l'application.

Dans la pratique, le paiement exceptionnel de mesures de réadaptation non ordonnées préalablement a pris une importance plus considérable que prévu, car il est relativement fréquent, notamment dans le domaine des mesures médicales, que l'assuré ne puisse pas attendre, pour diverses raisons, que l'organe compétent de l'AI ait rendu sa décision. On a constaté que seule une interprétation assez large de cette disposition exceptionnelle permettrait de tenir compte des situations fort variées qui se présentent. C'est la raison pour laquelle l'Office fédéral des assurances sociales, désireux de répondre aux besoins de la pratique, a réglé dans une circulaire spéciale, datée du 28 mai 1962, les questions qui se posent dans ce domaine.

La première partie de cette circulaire traite de l'interprétation à donner au second alinéa de l'article 78 RAI, et la deuxième est consacrée à la procédure de paiement (art. 78, 3^e al., RAI).

Nous n'entrerons pas ici dans le détail de cette circulaire, mais nous nous bornerons à en présenter les innovations essentielles. Tout d'abord, on peut présumer que l'intérêt de l'assuré exige l'application anticipée des mesures de réadaptation, avant même qu'elles aient été prescrites par l'AI, lorsqu'il s'agit de mesures médicales (ordonnées par le médecin) nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale ou faisant immédiatement suite au traitement de l'affection comme telle. Il en va de même lors du placement d'un enfant dans une école spéciale. D'autre part, le délai de dépôt de la demande, qui est de trois mois, ne court qu'à partir du moment où l'assuré a été objectivement en mesure de présenter sa demande. Si celui-ci en a été empêché pour une raison qui ne lui est pas imputable (maladie, ignorance de ses droits, information insuffisante ou inexacte de la part d'un organe ou d'un mandataire de l'AI), le délai de trois mois ne commence à courir qu'au moment où cet empêchement tombe. Enfin, à certaines conditions, la demande de prestations de l'AI peut même être considérée

comme introduite à temps si, par suite d'une erreur excusable, l'assuré a fait valoir ses droits, dans les trois mois dès le début de l'application de la mesure, non pas envers l'AI mais envers la CNA, l'assurance militaire, une caisse-maladie ou une société d'assurance privée.

Ces remarques montrent que la nouvelle réglementation tend à atténuer les effets d'une interprétation trop littérale de l'article 78, 2^e alinéa, RAI. Peut-être est-ce en voyant les conséquences excessivement rigoureuses auxquelles peut aboutir une interprétation restrictive de cette disposition que les autorités de recours de deux cantons en ont contesté la légalité. Le Tribunal fédéral des assurances, quant à lui, ne s'est pas encore prononcé à ce sujet. La nouvelle circulaire part de l'idée, admise par les autres autorités cantonales de recours, que le Conseil fédéral, en arrêtant l'article 78, 2^e alinéa, RAI, est resté dans les limites de ses attributions, soit en vertu de la délégation spéciale de compétence prévue à l'article 46 LAI, soit en vertu des dispositions générales d'exécution de l'article 86, 2^e alinéa, LAI. La légalité de l'article 78, 2^e alinéa, RAI est en outre corroborée par la raison suivante : La loi ne prévoyant nulle part le paiement de mesures de réadaptation non ordonnées par l'organe compétent de l'assurance, on peut en déduire que le législateur a voulu exclure, en règle générale, le remboursement subséquent de telles dépenses, sous réserve des pouvoirs délégués au Conseil fédéral. De ce point de vue, l'article 78, 2^e alinéa, RAI apparaît comme une dérogation exceptionnelle décidée par le Conseil fédéral en faveur de l'assuré. Une interprétation conforme au bon sens et à la raison doit permettre d'éliminer les injustices éventuelles résultant d'une application trop rigide de cette disposition, ce qui semble désormais possible avec la nouvelle circulaire.

La seconde partie de la circulaire a trait à la procédure de paiement des mesures de réadaptation, en particulier au remboursement des frais dans les cas où un tiers (ceci concerne particulièrement les caisses-maladie) a déjà opéré un paiement pour le compte de l'assuré.

Le régime fiscal des cotisations et des prestations AVS, AI et APG

La LAVS, la LAI et la LAPG ne contiennent en général pas de prescriptions sur le régime fiscal des cotisations versées et des prestations touchées par les assurés. Ce point-là est réglementé en effet par les lois fiscales de la Confédération et des cantons. La LAVS ne contient qu'une disposition fiscale : l'article 20, 2^e alinéa, prévoit que les rentes extraordinaires sont exemptes de tout impôt ou taxe (cf. ci-dessous, II 2). A l'article 45, 2^e alinéa, LAI, une autre disposition d'ordre fiscal tient compte du fait que le droit de l'assurance

militaire interdit l'imposition des pensions (cf. II 1). Complétons cette énumération en mentionnant l'article 94 LAVS, qui institue la franchise fiscale des caisses de compensation et est applicable également à l'AI (art. 81 LAI) et au régime des APG (art. 29 LAPG), question qui toutefois ne sera pas discutée ici.

Le but du présent article est d'exposer, dans leurs grandes lignes, les règles découlant du droit fiscal de la Confédération. Par une circulaire adressée le 12 août 1960 aux administrations cantonales de l'impôt pour la défense nationale (ci-après IDN), l'administration fédérale des contributions a fait connaître les directives applicables au régime fiscal des cotisations et des prestations de l'AVS, de l'AI et des APG. Nous signalons, dans la mesure où elles nous sont connues, les dispositions cantonales qui s'écartent de ce système.

I. Le régime fiscal des cotisations

1. Les cotisations des assurés

Toutes les lois fiscales cantonales et l'arrêté fédéral instituant un impôt pour la défense nationale (AIN) connaissent des *défalcat*ions pour primes et cotisations d'assurance. Celles-ci peuvent être déduites du revenu brut soit complètement, soit seulement à concurrence d'une certaine somme. C'est ainsi que, sur le terrain du droit fédéral, l'AIN prévoit à son article 22, 1^{er} alinéa, lettre g, que l'on peut déduire complètement du revenu brut les versements légaux et statutaires faits aux caisses de compensation désignées à l'article 16, chiffre 5, ainsi que les cotisations qui doivent être payées en vertu de la LAVS.

En ce qui concerne les cotisations dues en vertu de la LAI et de la LAPG, la circulaire du 12 août 1960 édictée par l'autorité fédérale IDN relève le caractère particulier de l'AI et son étroite connexité avec l'AVS ; les cotisations AI sont, pour ce motif, traitées du point de vue fiscal de la même manière que les cotisations AVS. Ainsi, les cotisations AI peuvent être déduites totalement du revenu brut. Il en est de même des cotisations APG.

Quand aux législations fiscales cantonales, elles connaissent toutes un système analogue à celui de l'IDN. Pratiquement, les cotisations prévues par la LAVS peuvent partout être défalquées dans leur totalité, et il y a tout lieu de croire qu'il en ira de même du supplément perçu pour l'AI et les APG.

2. Les cotisations d'employeur

Les cotisations d'employeur prévues par la LAVS, la LAI et la LAPG sont franches d'impôt. Ces cotisations sont, pour l'employeur, des frais généraux commercialement justifiés au même titre que d'autres primes et cotisations d'assurances sociales et peuvent, comme telles, être déduites du revenu brut. Du point de vue du salarié, les primes et cotisations d'employeur versées au profit du salarié n'apparaissent pas comme un élément du revenu imposable de celui-ci.

En revanche, les cotisations d'employeur payées pour du personnel privé de maison ne font, comme les salaires versés à ce personnel, pas partie des dépenses nécessaires à l'acquisition du revenu. La Confédération et les cantons n'autorisent donc pas leur déduction.

II. Le régime fiscal des prestations d'assurance

1. *L'imposition des rentes ordinaires AVS et AI*

Cette imposition est réglementée, en droit fédéral, par l'article 21 bis de l'AIN, selon lequel les rentes, pensions et autres revenus périodiques de caisses de pension et d'institutions de prévoyance analogues sont imposables :

- a. A raison de trois cinquièmes de ces prestations, si les dépôts, cotisations ou primes, sur lesquels se fonde la prétention du contribuable, ont été faits exclusivement par le contribuable ;
- b. A raison de quatre cinquièmes de ces prestations, si les versements sur lesquels se fonde la prétention du contribuable n'ont été faits qu'en partie par le contribuable, mais que cette partie forme au moins 20 pour cent des prestations ;
- c. Entièrement dans les autres cas.

D'après cette norme, les rentes ordinaires de l'AVS font partie du revenu et sont imposées à raison de 80 pour cent.

La circulaire du 12 août 1960 déclare l'article 21 bis AIN également applicable aux rentes ordinaires de l'AI. Celles-ci doivent, selon cette norme, être comprises dans le calcul du revenu imposable à raison de 80 pour cent.

Quant aux systèmes cantonaux d'imposition des rentes, ils sont très variés¹. Cela mènerait trop loin d'entrer ici dans les détails. Les cantons considèrent les rentes ordinaires de l'AVS et de l'AI comme un revenu imposable, mais n'imposent généralement pas la rente pour la totalité de sa valeur. Selon l'article 45, 1^{er} alinéa, LAI, la rente de l'assurance militaire peut, le cas échéant, être réduite si l'assuré a droit aussi à une rente AI. Les pensions militaires étant exonérées d'impôts, le 2^e alinéa de cet article prévoit que cette exonération s'étend également à la rente AI dans la mesure où la rente de l'assurance militaire a été réduite, donc où elle est remplacée par la rente AI.

2. *L'imposition des rentes extraordinaires AVS et AI*

A Porigine, les rentes transitoires de l'AVS n'étaient accordées qu'aux personnes nécessiteuses. C'est pourquoi elles sont, en vertu de l'article 20, 2^e alinéa, LAVS, exemptes de tout impôt ou taxe. Depuis lors, les limites initiales de revenu pour l'octroi de ces rentes ont été plusieurs fois élevées et même, dans

¹ Voir la publication « Les impôts de la Suisse » éditée par l'Administration fédérale des contributions.

la plupart des cas, complètement abrogées, de sorte que les *rentes extraordinaires*, comme on les appelle aujourd'hui, sont maintenant versées aussi à des personnes aisées appartenant à la génération transitoire. Cette situation justifierait en somme la suppression du privilège fiscal attaché à ces rentes. Toutefois, la disposition qui institue ce privilège n'a pas été modifiée jusqu'ici, pour ne pas aggraver la situation fiscale de certains bénéficiaires de rentes extraordinaires. En revanche, dans l'AI, on a tenu compte de cette évolution en ne reprenant pas, pour les rentes extraordinaires AI, une disposition analogue à celle qui existe encore dans l'AVS.

Dans sa circulaire du 12 août 1960, l'administration fédérale des contributions a donc assimilé aux fins de l'IDN les rentes extraordinaires de l'AI aux rentes ordinaires de cette assurance². Les rentes extraordinaires de l'AI sont donc imposables à 80 pour cent (voir chiffre 1), et ceci comme les rentes ordinaires. On se trouve ainsi en présence d'un traitement inégal des rentes extraordinaires selon qu'elles proviennent de l'AVS ou de l'AI.

3. *L'imposition des allocations pour impotents*

Les allocations pour impotents instituées par l'article 42 LAI sont versées aux invalides qui sont dans le besoin et dont l'impotence nécessite des soins spéciaux et une garde. La circulaire fédérale du 12 août 1960 les exonère de l'IDN en vertu de l'article 21, 3^e alinéa, AIN.

4. *L'imposition des indemnités journalières, de l'aide en capital et des moyens auxiliaires prévus par l'AI*

a. Indemnités journalières

Dans sa circulaire du 12 août 1960, l'autorité fiscale fédérale tient les indemnités journalières selon les articles 22 ss LAI, pour imposables et relève qu'elles ne font pas partie des revenus visés à l'article 21 bis AIN. Cela veut dire que les indemnités journalières de l'AI doivent être comprises à raison de 100 pour cent dans le calcul du revenu imposable, après déduction, toutefois, des frais à la charge du contribuable occasionnés par des mesures de réadaptation.

b. L'aide en capital

Dans certains cas, les invalides peuvent, aux termes de l'article 18, 2^e alinéa, LAI, et au titre de mesure de réadaptation, avoir droit à une aide en capital.

² Dans la partie allemande du Journal des Associations patronales du 2 septembre 1960 (p. 618), on trouve des instructions de l'Administration des impôts du canton de Zurich sur le traitement des cotisations et des prestations de l'AI. Ces instructions sont précédées d'une brève introduction expliquant qu'elles s'inspirent de celles de l'administration fédérale de l'IDN. Cependant, les directives zuricoises, se fondant sur le droit cantonal, du moins pour la période fiscale courante, accordent la franchise fiscale aux rentes extraordinaires AI, contrairement à la solution retenue par la législation fédérale.

Dans les cas où cette aide est garantie sous la forme d'un prêt, le problème de son imposition ne se pose évidemment pas ; il se pose en revanche là où l'aide est consentie sans obligation de rembourser.

Selon la définition générale qui a été adoptée en matière d'IDN, le revenu soumis à l'impôt provient non seulement d'une activité à but lucratif, mais aussi du rendement de la fortune ou « d'autres sources de recette » (cf. art. 21, 1^{er} al., AIN). A s'en tenir à cette notion large, il faut compter comme revenu les prestations d'assurance uniques, telles précisément les indemnités en capital (cf. art. 21 bis, 3^e al., AIN). Toutefois, pour la détermination du taux de l'impôt, on compte comme revenu, conformément à l'article 40, 2^e alinéa, AIN, non pas le capital versé, mais les prestations réitérées qui lui correspondent. De cette manière, le contribuable obtient la jouissance d'un taux d'impôt plus bas que celui qui serait applicable si le capital lui-même était compté comme revenu. — Le droit fiscal de plusieurs cantons connaît le même système, tandis que d'autres cantons libèrent entièrement les indemnités en capital de l'impôt sur le revenu.

Dans sa circulaire du 12 août 1960, l'Administration fédérale des contributions ne se prononce pas sur le traitement fiscal des indemnités en capital non remboursables. On peut admettre toutefois que ces indemnités doivent être imposées selon les modalités indiquées ci-dessus.

c. Les moyens auxiliaires

Aux termes de l'article 21 LAI, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires qui sont nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle, tels que prothèses, appareils de soutien, véhicules, etc.

La circulaire du 12 août 1960 ne parle pas des moyens auxiliaires. D'après les renseignements qui ont pu être recueillis, les autorités fiscales n'imposent pas ces prestations en nature (notamment les prothèses et appareils de soutien), tout comme elles renoncent à imposer les prestations destinées à couvrir les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hôpital. Il s'agit là en effet de prestations qui doivent permettre à leur bénéficiaire d'exercer une activité lucrative.

III. Le régime fiscal des allocations pour perte de gain

Toutes les prestations du régime des APG (allocations de ménage, allocations pour personne seule, allocations pour enfants, pour assistance et d'exploitation) font partie, selon l'article 21, 1^{er} alinéa, lettre a, AIN, du revenu imposable, et ceci dans leur totalité, car elles ne sont pas visées par l'article 21 bis AIN.

L'information en matière d'AVS, d'AI et d'APG

L'information des assurés et des employeurs sur leurs droits et devoirs envers l'AVS, l'AI et les APG incombe avant tout aux organes d'exécution, principalement aux caisses de compensation de l'AVS, aux secrétariats des commissions AI et — dans une mesure plus faible — aux offices régionaux AI. Ce n'est pas toujours une tâche facile. Il s'agit, tout d'abord, de faire connaître aux assurés et aux employeurs ces œuvres sociales dans leurs grandes lignes ; en outre, les affiliés doivent être informés exactement de leurs obligations à l'égard de leur caisse. Ce travail-ci, chaque caisse de compensation s'en charge d'une manière un peu différente, selon le genre de ses affiliés ; pour l'information générale, les organes de l'AI sont assistés par la *Commission de coordination pour l'information en matière d'AVS/AI/APG*, composée de gérants des caisses de compensation cantonales et professionnelles. L'Office fédéral des assurances sociales participe régulièrement aux travaux de cette commission.

La Commission de coordination a publié au début de cette année une intéressante brochure, de format A 6, intitulée « *Petit guide AVS et AI* », dont 380 000 exemplaires ont déjà été vendus. Ce guide est commode non seulement pour les employeurs et les assurés en général, mais peut servir aussi à l'enseignement dans des écoles professionnelles (commerce, arts et métiers, agriculture), dans des écoles d'instituteurs, etc. Vu le succès de cette brochure, la Commission envisage déjà une nouvelle édition et invite tous les intéressés à lui envoyer leur commande jusqu'à mi-juillet. Etant donné le prix exceptionnel d'environ 10 centimes pièce (la brochure compte 36 pages), elle n'acceptera toutefois que des commandes d'au moins 50 exemplaires dans la même langue. Nous renvoyons à l'annonce figurant à la dernière page de couverture du présent numéro.

En outre, la Commission de coordination fournit aux caisses de compensation, depuis des années, des *mémentos sur les conventions internationales conclues par la Suisse* en matière d'AVS. Ces mémentos servent à renseigner les travailleurs étrangers sur leur situation dans l'AVS suisse et sont publiés dans la langue voulue. Vu l'importance croissante de la main-d'œuvre étrangère dans notre économie, la Commission vient de décider qu'il fallait donner à ces mémentos une plus large diffusion et les adapter aux nouvelles conditions. La RCC reviendra sur ce problème en temps utile.

L'aide des cantons aux invalides ¹

Etat le 1^{er} janvier 1962

Le dernier exposé sur les institutions de l'aide cantonale aux invalides a été publié en mai 1960 (RCC 1960, p. 170 à 192). Nous en donnons ici une réédition qui tient compte des lois promulguées depuis lors et des nouveaux éléments fournis par les services compétents.

Le nombre des cantons qui possèdent leur propre aide aux invalides s'est élevé, depuis lors, de 4 à 7. Les nouveaux cantons sont Berne, Schaffhouse et Appenzell Rh.-Int. Plusieurs autres cantons envisagent l'introduction de cette œuvre.

En annexe, un chapitre sur l'aide aux invalides de la ville de Zurich.

1. Canton de Berne

La législation

Loi du 3 décembre 1961 sur les œuvres sociales (art. 103 à 130).

Décret du 20 février 1962 concernant les limites de besoin et les allocations de l'aide aux vieillards, aux survivants et aux invalides.

Les bénéficiaires de prestations de l'AI (mesures de réadaptation, rentes, allocations pour impotents) qui sont dans le besoin peuvent recevoir une aide complémentaire aux mêmes conditions et sur les mêmes bases que les bénéficiaires de rentes AVS, afin d'être préservés de l'indigence, ainsi que les membres de leur famille, ou d'être libérés de l'assistance publique, pour autant que ce but peut être atteint par les prestations légales.

L'aide aux invalides selon ces prescriptions *n'entrera en vigueur qu'ultérieurement* par décision du Grand Conseil (art. 103, 2^e al., et 160, 2^e al., de la loi sur les œuvres sociales). Pour cette raison, nous renonçons ici à entrer dans les détails et renvoyons à l'aperçu général sur l'aide aux vieillards et aux survivants dans le canton de Berne (RCC 1962, p. 105).

2. Canton de Soleure

La législation

Gesetz über die kantonale Invalidenbeihilfe, du 29 mai 1960, entrée en vigueur avec effet rétroactif dès le 1^{er} janvier 1960, et modifiée par la loi du 12 novembre 1961.

¹ Sera publié sous forme de tirage à part.

Les conditions générales du droit aux prestations

L'aide aux invalides est accordée dans les cas pénibles et sur demande, mais sous réserve de certains délais d'attente (cf. lettre c ci-après), aux invalides de nationalité suisse domiciliés dans le canton.

N'ont pas droit aux prestations les personnes durablement assistées, au cas où ces prestations ne pourraient les libérer de l'assistance.

a. L'invalidité

Ont droit aux prestations de l'aide aux invalides les personnes mentionnées ci-dessus et qui touchent une rente d'invalidité en vertu de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'AI.

b. L'état de besoin

L'état de besoin considéré comme condition du droit aux prestations est estimé d'après les limites de revenu déterminantes pour l'obtention d'allocations cantonales de renchérissement, c'est-à-dire :

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de revenu annuel
Pour un adulte	2 364
Pour deux adultes	3 876
Pour chaque adulte de plus	1 200
Pour chaque enfant jusqu'à 15 ans révolus, supplément de	720

A ces taux s'ajoutent encore les loyers effectivement payés, mais au minimum 540 francs pour les personnes seules et 720 francs pour les communautés familiales.

Dans le calcul du revenu déterminant, les prestations communales d'aide aux invalides ne sont pas prises en considération.

c. Le délai d'attente

Les ressortissants d'autres cantons ont droit aux prestations pour autant qu'ils aient été domiciliés dans le canton de façon ininterrompue dans les cinq années qui ont précédé le dépôt de la demande. Si cependant le requérant prouve que la cause de l'invalidité n'existait pas au moment de son établissement dans le canton, ses droits prennent naissance aussitôt.

Les prestations de l'aide cantonale aux invalides commencent à être versées pour le mois au cours duquel elles ont été demandées par écrit. Le droit aux prestations s'éteint avec le droit à la rente fédérale AI à la fin du mois au cours duquel les conditions y donnant droit cessent d'être remplies.

Les prestations

Le montant des prestations couvre tout ou partie de la différence entre le revenu total pris en considération (rente AI, allocation pour impotent, allocation cantonale de renchérissement, revenu imposable et éventuellement part

du revenu du père ou du mari), d'une part, et la limite de revenu applicable à l'allocation cantonale de renchérissement, d'autre part. Il ne doit pas dépasser 750 francs par an pour les personnes seules et 1200 francs pour les couples.

Les ayants droit non mariés qui ne vivent pas dans la famille de leur père sont assimilés aux personnes seules.

Le Conseil d'Etat peut diminuer ou augmenter la prestation maximum de l'aide aux invalides selon les moyens disponibles.

Le revenu imposable du requérant ou de la requérante doit être pris en considération en entier, celui de son père ou de son mari au 50 pour cent seulement. Le revenu d'autres membres de la famille ayant une activité lucrative (épouse, mère, enfants, frères et sœurs) n'est pas pris en considération.

Si le bénéficiaire possède une fortune imposable, une partie de celle-ci doit être comptée comme revenu. Ce calcul, qui tient compte de l'âge du bénéficiaire, est illustré par le tableau suivant :

Age	Part de la fortune prise en considération
jusqu'à 49 ans	1/24
de 50 à 54 ans	1/20
de 55 à 59 ans	1/16
plus de 60 ans	1/13

Par revenu imposable pris en considération et fortune imposable, il faut entendre le revenu et la fortune sur lesquels est dû l'impôt cantonal.

Le contentieux

Les décisions du Département cantonal de l'économie publique peuvent être attaquées par voie de recours présenté dans les 30 jours au Conseil d'Etat.

Le financement

Les fonds nécessaires proviennent :

- des contributions publiques ;
- d'une part prélevée chaque année de l'intérêt du fonds cantonal pour l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité ;
- de sommes versées par les communes où sont domiciliés les bénéficiaires de prestations cantonales et fixées d'après leur capacité et leurs charges fiscales. Ces sommes doivent au total atteindre le tiers des prestations versées ; elles doivent s'élever, pour chaque commune, à 10 pour cent au moins et à 50 pour cent au plus et sont réclamées quatre fois par an sur la base des versements trimestriels ;
- de contributions volontaires et de dons.

En outre, trois communes (Soleure, Granges, Olten) ont leur propre aide aux invalides.

3. Canton de Bâle-Ville

La législation

Gesetz betreffend kantonale Invalidenfürsorge, du 12 novembre 1959, modifiée par la loi du 20 octobre 1960.

Vollziehungsverordnung du 1^{er} mars 1960.

Les conditions générales du droit aux prestations

Peuvent prétendre les prestations, sous réserve de certains délais d'attente, les invalides nécessiteux, habitant le canton et de nationalité suisse, qui ont droit aux prestations de l'AI fédérale. Dans certaines circonstances spéciales, des prestations peuvent être accordées à des assurés qui ne reçoivent pas de prestations de l'AI fédérale.

Les étrangers n'ont droit, en principe, aux prestations de l'aide aux invalides que si ces prestations peuvent les tirer de l'indigence ou les en préserver.

a. L'état de besoin

Il y a état de besoin lorsque le revenu et la fortune ne dépassent pas les maximums suivants :

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites du revenu annuel		Limites de la fortune	
	Montant de base	Supplément pour chaque enfant mineur ¹	Montant de base	Supplément pour chaque enfant mineur
Personne seule	3 480	600	12 000	2 000
Couple	5 580	600	20 000	2 000

¹ Si l'enfant n'a que son père, ou que sa mère, le supplément pour le premier enfant est de 1200 francs.

Ces limites de revenu peuvent être dépassées de 25 pour cent au plus, si l'invalidé reçoit des rentes complémentaires qui semblent devoir le préserver de l'indigence d'une manière durable, grâce à son propre gain, ainsi qu'en cas de prestations pour la réadaptation.

Le revenu est estimé comme suit :

- le gain de l'époux, en cas d'invalidité de sa femme, à 90 pour cent ;
- le gain de l'invalidé et de sa femme, ainsi que les prestations d'assurances privées, de caisses de retraite privées et les prestations de secours versées par l'employeur, à 75 pour cent ;
- le gain des enfants mineurs faisant ménage commun avec l'invalidé, à 60 pour cent ;

- les autres revenus, y compris les prestations de l'AI fédérale, à 100 pour cent. Toutefois, les allocations pour impotents de l'AI fédérale ne sont pas prises en compte.

En cas de séjour à l'hôpital ou dans un établissement pendant plus de trois mois, la limite de revenu est abaissée de 1500 francs par an pour les personnes seules et de 720 francs pour les personnes ayant des obligations d'entretien, si l'invalidé ne doit pas payer de ses propres deniers les frais d'hôpital ou d'établissement. Dans les cas pénibles, ces taux peuvent être abaissés. Si un bénéficiaire marié doit faire un séjour prolongé dans un hôpital ou un établissement, on prend pour base une limite de revenu dont le montant est le double de celui d'une personne seule.

Si un bénéficiaire qui fait ménage commun avec un tiers s'occupe des travaux du ménage, un montant de 1800 francs au plus par année peut être compté comme revenu, si les circonstances le justifient.

b. Les délais d'attente

Les citoyens du canton doivent être domiciliés dans le canton sans interruption depuis trois ans, les Confédérés depuis 20 ans et les étrangers depuis 25 ans au moment où ils présentent leur demande.

c. Le domicile

Sont considérés comme habitant le canton ceux qui habitent effectivement dans le canton de Bâle-Ville et se sont annoncés au contrôle des habitants. Les personnes qui se trouvent dans un établissement pour malades ou pour assistés du canton de Bâle-Ville, et qui ne sont pas originaires du canton, ne sont pas réputées y avoir leur domicile au sens de la loi.

Les invalides ayant droit aux prestations conservent leur domicile dans le canton, lorsqu'avec l'autorisation de l'administration et en raison de leur invalidité, ils séjournent hors du canton

- parce qu'ils sont hospitalisés dans un établissement ou un hospice,
- sur ordre d'un médecin,
- pour l'exécution de mesures de réadaptation.

Les prestations

L'aide complémentaire consiste en l'octroi de rentes complétant la rente de l'AI et en l'octroi de prestations pour la réadaptation.

a. Rentes complémentaires

Les invalides inaptes à la réadaptation, âgés de 20 à 63 ans (femmes) ou de 20 à 65 ans (hommes), ont droit aux rentes suivantes :

Bénéficiaires	Maximums annuels		
	Montant de base	Supplément pour chaque enfant mineur ¹	Allocation d'hiver
Personne seule	1 680	240	190
Couple	2 640	240	260

¹ Qui a droit aux rentes de l'AI et que l'invalidé entretient en grande partie ou entièrement. Le supplément total pour les enfants ne doit pas dépasser 960 francs.

La rente complémentaire pour hommes mariés est toujours fixée au même montant que pour les couples.

Si l'invalidé a droit à une demi-rente fédérale, il recevra une demi-rente complémentaire, mais seulement si les circonstances le justifient.

Lors de la naissance du droit à des prestations de l'aide à la vieillesse, l'aide aux invalides suspend ses prestations en faveur des couples, mais continue à verser le supplément pour enfants.

b. L'aide complémentaire pour la réadaptation

Si, pendant sa réadaptation, l'invalidé ne dispose pas de moyens suffisant à son entretien, même compte tenu des indemnités journalières de l'AI, une indemnité journalière complémentaire peut lui être allouée. Le montant de celle-ci est fixé selon les besoins du cas, mais ne doit pas dépasser, en principe, la moitié de l'indemnité journalière de l'AI.

Si les prestations fédérales pour l'exécution des mesures de réadaptation ne suffisent pas, dans certains cas, à préserver l'invalidé de la misère, les dépenses supplémentaires qui sont nécessaires peuvent être prises en charge par l'aide aux invalides.

c. Les subventions aux institutions d'aide

Des subventions sont accordées aux institutions de l'aide aux invalides, dans les limites des moyens financiers mis officiellement à disposition, si les subventions de l'AI, ainsi que d'autres recettes et réserves, ne suffisent pas à financer leurs tâches :

- pour la couverture de leurs frais d'administration ;
- pour l'exécution de toutes sortes de mesures de secours ;
- pour des secours dans certains cas particuliers.

Le contentieux

Un recours peut être formé dans les 14 jours auprès du Département cantonal de l'intérieur contre les décisions de l'administration. Les décisions du Département peuvent, à leur tour, être portées dans le même délai devant le Conseil

d'Etat, dont les décisions, conformément à la loi sur le contentieux administratif, peuvent être attaquées devant le Tribunal administratif.

Le financement

Les frais d'exécution de l'aide aux invalides sont couverts par la voie du budget cantonal. Le Grand Conseil fixe le montant budgétaire des subventions aux institutions de l'aide privée aux invalides.

4. Canton de Bâle-Campagne

La législation

Loi du 29 janvier 1959 sur l'aide cantonale aux invalides, modifiée par la loi du 29 juin 1961.

Règlement du 13 octobre 1959 concernant l'application de la loi sur l'aide cantonale aux invalides.

La loi est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1959, mais seulement en ce qui concerne les prestations périodiques.

Les conditions générales du droit aux prestations

Peuvent prétendre des prestations, sous réserve de certains délais d'attente (cf. lettre c, ci-après), les *habitants du canton invalides et nécessiteux* ayant la nationalité suisse. Les étrangers n'ont droit aux prestations que si leur pays d'origine accorde la réciprocité.

Le droit aux prestations s'éteint à la naissance du droit aux rentes AVS. Les mineurs sont exclus du droit aux prestations périodiques.

N'ont pas droit aux prestations notamment les personnes qui refusent de se soumettre à un traitement médical qu'on peut raisonnablement leur imposer.

a. L'invalidité

Sont considérées comme invalides les personnes dont la capacité de gain a subi une diminution sensible, présumée permanente ou temporaire, mais d'une longue durée, diminution résultant d'une infirmité physique ou mentale, congénitale ou acquise.

La capacité de gain est considérée comme sensiblement réduite lorsqu'elle est diminuée des deux tiers au moins.

b. L'état de besoin

L'état de besoin est en général reconnu lorsque le revenu et la fortune ne dépassent pas les limites suivantes :

Groupes d'ayants droit	Limites de revenu annuel ¹	Limites de fortune ¹
Personnes seules	2 600 ²	10 000
Personnes seules qui sont particulièrement impotentes	3 000 ²	10 000
Couples	4 000 ²	16 000

¹ Ces limites peuvent être augmentées de 25 % au maximum, lorsque le requérant doit entretenir des personnes majeures, incapables d'exercer une activité lucrative, ou s'il apporte la preuve de frais spéciaux pour des mesures de réadaptation.

² Ce montant est augmenté de 600 francs pour chaque enfant mineur incapable d'exercer une activité lucrative.

Le gain de l'invalidé, de son conjoint, des enfants vivant dans le ménage et les prestations versées par des assurances privées et des caisses de retraite, de même que les prestations d'aide accordées par les employeurs, ne sont pris en compte que pour les trois quarts.

Les dispositions de l'AVS sont au surplus applicables pour le calcul du revenu et de la fortune.

c. Les délais d'attente

Le droit aux prestations ne prend en général naissance que lorsque l'incapacité de gain a duré douze mois. Ne peuvent bénéficier des prestations que les personnes qui ont leur domicile civil dans le canton depuis trois ans au moins. Les Confédérés d'autres cantons, qui étaient déjà invalides lorsqu'ils sont venus s'établir dans le canton, n'ont droit en général aux prestations qu'après avoir été domiciliés dans le canton pendant dix ans sans interruption.

Les prestations

a. Les prestations de réadaptation

Si l'invalidé est apte à être réadapté, l'aide aux invalides accorde des prestations pour faciliter sa réintégration dans la vie économique. Ces contributions, fixées de cas en cas, sont accordées :

- pour les frais de guérison ;
- pour les prothèses, les moyens auxiliaires, etc. ;
- pour le reclassement ;
- comme prestations nécessaires pour assurer l'entretien pendant la période de réadaptation.

Lors de la fixation de ces contributions, on tient compte des prestations versées par d'autres institutions d'aide aux invalides et des prestations d'assistance versées par la parenté.

b. Les prestations de secours

Les invalides de 20 à 65 ans non susceptibles d'être réadaptés reçoivent les prestations périodiques suivantes :

Montants en francs

Bénéficiaires	Montants annuels maximums	
	Prestation de base	Supplément pour chaque enfant entretenu par l'invalidé
Personnes seules	2 000	600
Couples	3 000	600

Au cas où le revenu et la prestation de secours dépassent à eux deux les limites de revenu, la prestation est réduite d'autant.

Le contentieux

Les décisions de la commission cantonale d'aide aux invalides sont sujettes à recours auprès de la commission cantonale de recours pour l'AVS, dont les jugements sont sans appel.

Le financement

Les moyens financiers nécessaires proviennent :

- d'une part fixée annuellement par le Grand Conseil, prise sur l'intérêt du fonds cantonal pour l'introduction de l'assurance-vieillesse et invalidité cantonale,
- de la caisse de l'Etat, à laquelle les communes remboursent un tiers des dépenses faites à cet effet.

(A suivre)

Problèmes d'application de l'AI

Les mesures médicales : Séjour au bord de la mer

Nous publions à la page 252 de ce numéro un arrêt du Tribunal fédéral des assurances accordant à une assurée mineure, à titre de mesure médicale, un séjour au bord de la mer. L'assurée a obtenu cette prestation à cause de sa prédisposition marquée pour les refroidissements, qui mettent sa vie en danger, étant donné la grave paralysie de sa musculature respiratoire. Toutefois, il ne faut pas généraliser les conclusions de cet arrêt, car il s'agit ici d'un cas exceptionnel. Dans les cas analogues, on se demandera chaque fois si l'exécution de mesures médicales à l'étranger est nécessaire, c'est-à-dire indispensable.

Réadaptation : Droit des bénéficiaires de rentes AI aux mesures de réadaptation ¹

Des rentes ne sont en principe octroyées que si, en raison de son invalidité, l'assuré ne peut pas être réadapté à la vie professionnelle ou ne peut l'être que d'une façon insuffisante. Lorsque, par la suite, il se révèle que la capacité de gain d'un bénéficiaire de rente peut probablement être améliorée de manière sensible, *il faut, en procédant à la révision du cas, supprimer la rente* et ordonner la réadaptation. Durant la réadaptation, une indemnité journalière est accordée si les conditions légales prévues à cet effet sont réalisées; les assurés qui, avant la survenance de l'invalidité, ont exercé une activité lucrative doivent être mis au bénéfice de l'indemnité journalière prévue pour les personnes actives.

Pendant la durée du droit à la rente, des mesures de réadaptation peuvent exceptionnellement être accordées, lorsqu'il est possible de maintenir la capacité résiduelle de gain de l'assuré en appliquant des mesures de brève durée ou peu importantes (par ex., cure de bain unique, nouvelle prothèse). Dans ces cas d'exception, il faut tenir compte du fait que le droit à l'indemnité journalière ne prend naissance que si, durant les 12 mois ayant précédé la réadaptation, l'assuré a exercé une activité lucrative pendant quatre semaines au moins; l'indemnité journalière est alors calculée, en dérogation au principe général, d'après le revenu obtenu postérieurement à la survenance de l'invalidité (art. 21, 4^e al., RAI).

¹ Extrait du « Bulletin de l'AI » n° 34.

BIBLIOGRAPHIE

Les aspects sociaux de l'âge. Emploi et retraite. 5, 114 p. Genève, Bureau international du travail, 1962. (Conférence internationale du travail, 46^e session, Genève 1962 ; 1^{re} question à l'ordre du jour : Rapport du Directeur général, 1^{re} partie.)

PETITES INFORMATIONS

L'aide à la vieillesse
et aux survivants
dans
le canton de Zurich

Une modification de la loi du 14 mars 1948 sur l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants a été approuvée à une grande majorité par votation populaire du 1^{er} avril 1962. Les prestations annuelles maximums de l'aide complémentaire ont été augmentées, avec effet rétroactif dès le 1^{er} juillet 1961, de 1200 à 1320 francs pour les personnes seules, de 780 à 900 francs pour les veuves et de 660 à 780 francs pour les orphelins. L'aide complémentaire pour couples s'élève à 160 pour cent du taux appliqué aux personnes seules et peut atteindre 2112 francs.

Les limites maximums du revenu et de la fortune servant à déterminer le droit aux prestations ont été modifiées. Pour les personnes seules, le revenu ne doit pas dépasser 3000 francs, la fortune 12 000 francs; pour les couples, 4800 et 20 000 francs; pour les veuves, 3000 et 12 000 francs; pour les orphelins simples, 1200 à 1800 et 9000 francs, et pour les orphelins doubles 1200 à 1800 et 13 000 francs.

L'aide à la vieillesse
et aux survivants
dans le canton
de Bâle-Ville

Par arrêté du 8 mars 1962, le Grand Conseil du canton de Bâle-Ville a augmenté la contribution annuelle de 1680 à 1860 francs pour les personnes seules et de 2640 à 3000 francs pour les couples, avec effet au 1^{er} avril 1962.

En outre, le Conseil d'Etat a décidé le 27 mars 1962 de porter les limites de revenu, à partir du 1^{er} avril également, de 3480 à 3660 francs pour les personnes seules et de 5580 à 5940 francs pour les couples.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

RENTES ET REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 9 septembre 1961, en la cause J. H.

Article 48 RAVS. Le remariage du père comble généralement la lacune d'ordre économique résultant du décès de la mère qui n'exerçait pas d'activité lucrative. Les rentes d'orphelins ne continueront à être versées que si les enfants subissent, en raison du décès de leur mère, un dommage économique notable.

Articolo 48 OAVS. Di regola, il padre che contrae un nuovo matrimonio supplisce alla lacuna d'ordine economico risultante dal decesso della madre che non esercitava un'attività lucrativa. Le rendite per orfani di madre continuano ad essere assegnate soltanto se i figli subiscono, a causa della morte della madre, un danno economico considerevole.

La première épouse de l'assuré décéda le 9 octobre 1955 en laissant cinq enfants mineurs. Le 25 juillet 1960, l'assuré, qui s'était remarié le 4 février 1956, présenta une demande de rentes d'orphelins, en faisant état des secours d'assistance reçus en 1960.

Le jugement de la commission de recours, octroyant des rentes d'orphelins jusqu'au moment du remariage seulement, fut confirmé par le TFA pour les motifs suivants :

1. Tandis que la rente d'orphelin de père revient à tout enfant qui a perdu son père (art. 25, 1^{er} al., première phrase, LAVS), l'article 25, 1^{er} alinéa, 2^e phrase autorise le Conseil fédéral à réglementer le droit aux rentes d'orphelins des enfants « pour lesquels le décès de la mère entraîne un préjudice matériel notable ». Jusqu'à fin décembre 1956, cette condition n'était généralement considérée comme remplie que si, du fait du décès de la mère, l'enfant tombait à la charge de l'assistance publique ou privée ou de parents tenus à la dette alimentaire (art. 48, 1^{er} al., RAVS, selon teneur du 20 avril 1951). Depuis janvier 1957, en revanche, le préjudice matériel notable est présumé jusqu'à preuve du contraire, et la rente est accordée jusqu'au remariage du père ; après quoi, la rente ne peut continuer à être servie que s'il est prouvé que les enfants doivent avoir recours à l'assistance de tiers ou de parents tenus à la dette alimentaire en raison du décès de leur mère (art. 48, 1^{er} et 2^e al., RAVS, selon teneur du 10 mai 1957 ; ATFA 1960, p. 103 = RCC 1960, p. 355).

2. L'appelant a perdu sa première femme en octobre 1955 et s'est remarié en février 1956. Tenant compte de cette circonstance, la commission de recours n'a accordé aux enfants (nés en 1939, en 1942, en 1948 et en 1951) des rentes d'orphelins que pour la période allant de novembre 1955 à février 1956. C'est à bon droit que personne ne conteste en appel que les rentes soient dues pour cette période. Durant le veuvage de l'appelant, les enfants ont certainement eu besoin de l'assistance prévue à l'ancien article 48, 1^{er} alinéa, RAVS, ainsi qu'il ressort clairement des considérants du jugement cantonal. D'autre part, la demande de rentes a été déposée le 25 juillet 1960, soit dans le délai utile de cinq ans prévu à l'article 46 LAVS.

3. Tandis que la nouvelle teneur de l'article 48, 2^e alinéa, RAVS prévoit que, lorsque le père se remarie, les rentes d'orphelins ne seront encore accordées que si les enfants tombent à la charge de l'assistance de tiers ou de parents tenus à la dette alimentaire en raison du décès de leur mère, le remariage du père n'était, dans l'ancienne teneur de l'article 48, 1^{er} alinéa, RAVS, pas expressément indiqué comme cause de suppression de la rente. Toutefois, la lettre de cette disposition permettrait de suspendre le versement des rentes si, depuis le remariage du père, les enfants n'avaient plus besoin de secours de tiers ou de parents tenus à la dette alimentaire, du moins en raison du décès de leur mère (cf. à ce sujet ATFA 1955, p. 37 = RCC 1955, p. 160). Le remariage du père n'a pas pour effet d'éteindre définitivement le droit de l'orphelin de mère à la rente d'orphelin ; il suspend seulement le droit au paiement de la rente (tant qu'il n'est pas prouvé que l'enfant continue à devoir être assisté). La caisse doit reprendre le paiement de la rente si l'enfant a de nouveau besoin de secours matériels d'autrui du fait du décès de sa mère (ATFA 1960, p. 104, cons. 2 = RCC 1960, p. 356).

La mère décédée n'a contribué à l'entretien des enfants que de 1947 à 1950, en travaillant de temps à autre comme journalière. Selon une attestation de salaire, elle a travaillé du 8 août 1947 au 28 février 1949. En 1948, la caisse compétente a comptabilisé 97 francs de cotisations, alors que les dernières cotisations ont été versées en 1950 (31 francs à la caisse de son canton de domicile). Si donc père et enfants n'ont perdu pratiquement en leur épouse et mère qu'une ménagère et éducatrice, le dommage économique qui en résulte est généralement compensé dès que le père se remarie et que les enfants reçoivent une belle-mère (ATFA 1960, p. 103 = RCC 1960, p. 356). Cette présomption est d'autant plus forte, en l'espèce, que le père affirme expressément que ses enfants ont trouvé en sa seconde épouse « une bonne mère ». En tout cas, l'appelant n'a pas rendu vraisemblable et encore moins prouvé que les enfants issus du premier lit aient subi depuis 1956 un dommage économique important en raison du décès de leur mère. Si, pour la période allant de mars 1956 à avril 1960, aucune prestation d'assistance n'a été versée, cela prouve que, pour ladite période, la situation matérielle de la famille s'est sensiblement améliorée. Certes, l'appelant prétend que son père (décédé en mars 1960) lui a versé pendant des années une aide mensuelle de 50 francs. Mais même si l'on admet qu'il s'agit là de prestations d'entretien régulières au sens des articles 328 et 329 CCS, et non pas de simples libéralités occasionnelles, ces prestations plutôt modestes ne prouvent pas encore que les enfants aient subi, du fait du décès de leur mère, un préjudice matériel important au cours de ces dernières années.

Sans doute, la famille n'a-t-elle cessé de devoir faire face à des difficultés économiques malgré le remariage du père. C'est ainsi que le recourant affirme que, si sa première femme n'était pas décédée, ses trois fils seraient restés à cause d'elle à la maison et auraient contribué par leur salaire aux frais de ménage. Il est en outre

possible que la première femme eût exercé tôt ou tard une activité lucrative, alors que la deuxième épouse de l'assuré — comme il est déclaré dans le recours en instance cantonale — n'est pas en mesure de le faire à cause de sa santé et de la naissance de deux enfants (en 1956 et en 1960). Des répercussions aussi lointaines du décès de la première femme sont trop peu vraisemblables pour qu'on puisse admettre que les enfants soient tombés à la charge de l'assistance de ce seul fait ; ou alors, elles semblent juridiquement être elles-mêmes à l'origine des difficultés matérielles. C'est ainsi qu'en 1960, l'assistance publique a été appelée à intervenir par suite de l'invalidité partielle de l'assuré, victime d'un accident, et en raison du coût excessif du loyer, dû à la pénurie de logements à bon marché...

Arrêt du TFA, du 24 août 1961, en la cause D. B.

Art. 18, 3^e alinéa, LAVS; article 4 OR. L'équité, au sens de la disposition précitée, commande de limiter le remboursement des cotisations AVS jusqu'à concurrence de la valeur actuelle de l'ensemble des prestations futures de l'AVS qui pourraient revenir à un rentier placé dans les mêmes circonstances.

Articolo 18, capoverso 3, LAVS; articolo 4 dell'ordinanza del Consiglio federale del 14 marzo 1952 concernente il rimborso agli stranieri e agli apolidi dei contributi pagati all'AVS.

L'equità, ai sensi delle disposizioni summenzionate, esige di limitare il rimborso dei contributi AVS al valore attuale di tutte le prestazioni future dell'AVS che spetterebbero ad un assicurato trovantesi nella medesima situazione.

Un ressortissant américain, né en 1925, a travaillé en Suisse du 8 avril 1957 au 15 novembre 1960, et a versé personnellement, durant cette période, des cotisations AVS d'un montant total de 3968 fr. 50. Avant de quitter définitivement la Suisse, il a présenté une demande de remboursement de ses cotisations AVS. La caisse de compensation, après avoir soumis le cas à l'OFAS, limita le remboursement à 1400 francs, en application des articles 18, 3^e alinéa, LAVS et 4 OR.

La commission de recours, comme le TFA, ont rejeté les recours tendant au remboursement total des cotisations personnelles de l'intéressé; le TFA invoque dans son arrêt les motifs suivants:

1. ...

2. D'après l'article 18, 3^e alinéa, LAVS, les cotisations payées par des étrangers avec le pays d'origine desquels une convention n'a pas été conclue « peuvent exceptionnellement être remboursées, à eux ou à leurs survivants, sous certaines conditions que fixera le Conseil fédéral, autant que ces cotisations n'ouvrent pas droit à une rente ». Se fondant sur cette disposition, le Conseil fédéral a précisé les conditions auxquelles était subordonné le remboursement des cotisations (OR du 14 mars 1952 et ACF du 10 mai 1957 modifiant les articles 3 et 5 de cette ordonnance). Ladite ordonnance statue notamment, à l'article 4, que « le remboursement peut être totalement ou partiellement refusé dans le cas où il serait contraire à l'équité... ».

Dans l'espèce, le droit lui-même au remboursement n'est pas contesté. Le litige porte uniquement sur la question de savoir si la caisse de compensation était fondée à refuser le remboursement intégral des cotisations versées personnellement par l'assuré, pour le

motif que pareille manière de faire serait contraire à l'équité, et à fixer à 1400 francs le montant à rembourser. La réponse à cette question dépend de l'interprétation qu'il y a lieu de donner à l'article 4 OR, aux termes duquel le remboursement peut être totalement ou partiellement refusé « dans le cas où il serait contraire à l'équité ».

La notion d'équité n'est pas définie dans l'ordonnance. S'agissant là d'une notion éminemment relative, l'OFAS a voulu éviter que les caisses de compensation interprètent chacune à leur manière cette notion, en se fondant uniquement sur les circonstances du cas particulier pour fixer le montant des cotisations à rembourser. Pareille manière de faire aurait eu pour résultat que les décisions rendues en cette matière auraient été très différentes suivant les critères adoptés par les caisses de compensation, voire contraires à l'équité. L'OFAS a considéré notamment que le remboursement des cotisations — mesure de faveur accordée à titre exceptionnel à certains assurés pour compenser le défaut de leur droit à une rente — ne devait pas avoir pour effet d'avantager cette catégorie d'assurés par rapport à celle des assurés remplissant les conditions pour obtenir une rente. Depuis le 1^{er} janvier 1960, date de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales en matière de calcul des rentes partielles, le montant des rentes calculées selon les échelles inférieures est relativement peu important. Un assuré, qui aurait payé des cotisations élevées pendant une courte durée par rapport à sa classe d'âge, pourrait dès lors avoir un intérêt pécuniaire plus grand en réclamant le remboursement de ses cotisations plutôt qu'une rente AVS, car le montant qu'il toucherait, s'il obtenait le remboursement intégral de ses cotisations, dépasserait de beaucoup la valeur de la rente de vieillesse simple allouée à un assuré (suisse ou étranger) présentant la même durée et le même montant des cotisations. C'est afin d'empêcher un tel résultat que l'OFAS a prescrit aux caisses de compensation de n'admettre le remboursement des cotisations que jusqu'à concurrence de la valeur actuelle de l'ensemble des prestations futures de l'AVS (rente de vieillesse simple, supplément pour rente de couple, rente de veuve, rente d'orphelin) qui pourraient revenir à un Suisse placé dans les mêmes circonstances (âge, montant et durée de cotisations identiques).

Comme le juge cantonal, la Cour de céans estime que le système adopté par l'administration pour déterminer le montant des cotisations à rembourser (dans son mémoire du 14 avril 1961, l'OFAS fournit en outre des explications en ce qui concerne les bases techniques utilisées pour le calcul de la valeur actuelle des prestations futures de l'AVS) apparaît très judicieux, puisqu'il permet notamment d'éviter une inégalité de traitement entre les différentes catégories d'assurés — soit celle des rentiers d'une part et, d'autre part, celle des personnes bénéficiant du remboursement de leurs cotisations — et qu'il est conforme à l'équité au sens de l'article 4 OR. Or, si l'on applique ce système pour calculer la valeur de l'ensemble des prestations futures de l'AVS qui pourraient être versées à l'appelant, lorsqu'il sera âgé de 65 ans, on obtient un montant de 1400 francs (total des cotisations, y compris celles de son employeur: 5386 francs; durée de cotisations: 3 ans et 7 mois; durée de cotisations de sa classe d'âge: 42 ans; échelle applicable: 2; cotisation annuelle moyenne: plus de 600 francs; montant de la rente de vieillesse simple: 185 francs; valeur actuelle de l'ensemble des prestations futures: $185 \times 7,36 = 1361$ fr. 60, montant arrondi à 1400 francs).

L'appelant, qui conclut au remboursement intégral des cotisations qu'il avait personnellement versées, n'a avancé aucun argument de nature à démontrer que la solution adoptée dans son cas n'était pas conforme aux prescriptions légales et à l'équité. Point n'est besoin de réfuter ici les divers arguments qu'il invoque à l'appui de sa manière de voir, notamment lorsqu'il affirme que le but de l'AVS est « d'assurer à tous le service d'une rente, mais non point de réaliser le bénéfice le plus élevé possible » et, par conséquent, qu'il serait juste et équitable de restituer le montant intégral de ses

cotisations à celui qui ne pourra jamais recevoir de rente. Il convient de relever cependant que la solution adoptée dans l'espèce a dû être prise à cause de l'absence d'une convention entre la Suisse et les Etats-Unis d'Amérique et, d'autre part, que l'appelant jouit d'un traitement beaucoup plus avantageux que les ressortissants suisses qui quittent les Etats-Unis après y avoir travaillé pendant un laps de temps aussi long, voire plus long. En effet, les ressortissants suisses qui ont été soumis au régime de la sécurité sociale américaine pendant moins de 10 ans ne peuvent prétendre ni à une rente, ni au remboursement, même partiel, des cotisations versées à cette institution.

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 6 novembre 1961, en la cause U. R.

Article 85, 2^e alinéa, lettre h, LAVS. Le TFA n'annule le jugement d'une autorité cantonale de recours ou ne le modifie que si celui-ci repose sur une application inadmissible du droit.

Articolo 85, capoverso 2, lettera h, LAVS. Il TFA annulla una decisione cantonale di revisione o la modifica soltanto se questa si fonda su un'errata applicazione del diritto.

Par jugement passé en force du 20 juillet 1959, l'autorité de première instance ordonna à l'employeur U. R. de payer des cotisations AVS paritaires sur les 290 829 fr. 85 de provisions qu'il avait versés de 1955 à 1957 à ses représentants en Suisse romande, F. et H.

Le 21 décembre 1960, la maison U. R. demanda à l'autorité de première instance l'application du « nouveau droit » et produisit, comme nouveau moyen de preuve qu'elle avait découvert en novembre 1960, la copie d'un contrat d'association conclu entre F. et H. le 1^{er} mars 1955. Ce document prouverait, selon elle, que c'est une société en nom collectif F. & H. qui aurait reçu les quelque 291 000 francs de provisions et que les deux représentants auraient travaillé pour la recourante non pas comme employés, mais comme personnes exerçant une activité lucrative indépendante (membres d'une société en nom collectif).

Le tribunal de première instance ayant rejeté cette demande, la maison U. R. interjeta appel auprès du TFA en renouvelant sa demande de revision. Pour les motifs suivants, le TFA a rejeté cet appel :

1. Si un jugement cantonal contre lequel un appel a été interjeté est fondé sur des dispositions cantonales de procédure, il ne peut être annulé ou modifié par le TFA que s'il enfreint un principe de procédure généralement reconnu — notamment en matière de droit des assurances sociales — ou une norme admise en droit cantonal de procédure (ATFA 1951, p. 57, considérant 1 ; arrêt du 24 avril 1954 en la cause J. Z., RCC 1954, p. 254). La Cour de céans a refusé jusqu'à présent d'examiner un appel si la demande de revision a été rejetée par le juge cantonal faute d'un motif quant au fond. Elle a motivé ce refus en déclarant qu'il fallait en rester au premier jugement, par lequel le juge cantonal a tranché définitivement les questions litigieuses de fait et de droit (arrêt du TFA en la cause D. de B. S. A., du 3 octobre 1952, ATFA 1952, p. 218 = RCC 1952, p. 432 ; ATF 63 II 181 ss).

2. Selon la lettre h de l'article 85, 2^e alinéa, LAVS, dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1960 (art. 82 LAI), les cantons doivent garantir la révision des jugements de l'autorité cantonale de recours si des faits ou moyens de preuve nouveaux sont découverts après coup. Ainsi, il existe pour l'AVS, comme pour l'assurance militaire (art. 56, 1^{er} al., lettre h, LAM), une prescription de droit fédéral selon laquelle un jugement cantonal passé en force doit être révisé si un moyen de preuve, découvert après coup, en révèle la fausseté. Il existe donc pour l'AVS un motif de révision, fondé sur le droit fédéral, analogue à celui des « faits ou moyens de preuve nouveaux », qui, pour assurer une application aussi uniforme que possible du droit pénal fédéral, a été prévu à l'article 397 CPS pour le contentieux pénal. (Sur les détails de procédure pénale, cf. ATF 69 IV 137, considérant 2 ; 72 IV 45 f ; 73 IV 44, considérant 1 ; 83 IV 2 f.) Avec raison, l'appelante fait remarquer que le jugement cantonal attaqué se fonde non seulement sur le droit de procédure cantonal, mais aussi sur le droit matériel fédéral.

Dans ces conditions, il est juste que l'on accepte d'examiner un appel comme celui-là. Cependant, comme le juge cantonal ne doit pas revenir sur un jugement cantonal passé en force, le TFA, à plus forte raison, ne pourra annuler ou modifier une décision du juge cantonal refusant la révision que si cette décision repose sur une application inadmissible du droit.

3. Le jugement du 20 juillet 1959 peut-il, à la lumière des articles 5 et 9, 1^{er} alinéa, LAVS, l'emporter sur le contrat d'association du 1^{er} mars 1955, invoqué comme nouveau moyen de preuve ? L'autorité de première instance a répondu par l'affirmative, enlevant ainsi au nouveau moyen de preuve toute force de droit matériel. On peut approuver sans plus cette manière de voir. Le contrat d'association ne réglemente que l'usage des provisions reçues par F. et H. Ces provisions doivent être considérées comme salaires, ainsi qu'il ressort du contrat d'agence avec F., du 21 septembre 1956, cité dans le jugement de recours de juillet 1959...

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 19 décembre 1961, en la cause N. Ch.¹

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Bien qu'un séjour au bord de la mer en cas de parésies étendues avec complications respiratoires (séquelles d'une poliomyélite) soit un traitement d'une affection comme telle, cette mesure doit être prise en charge par l'AI, si elle n'est qu'une mesure médicale entre plusieurs, est de même nature et vise le même but, ne relègue pas les autres à l'arrière-plan et ne peut pas en être séparée sans compromettre les chances de succès. (Considéranants 1 et 2).

Article 9, 2^e alinéa, LAI. Lorsque le séjour au bord de la mer est une

¹ Voir commentaire p. 245.

mesure médicale faisant partie d'un ensemble de mesures de réadaptation inséparables, qui répondent aux conditions légales de prise en charge par l'AI, rien ne s'oppose à l'exécution de cette mesure à l'étranger, puisqu'elle n'a pas son équivalent en Suisse. (Considérant 3.)

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Sebbene un soggiorno al mare in caso di paresi estesa con complicazioni respiratorie (postumi di una poliomielite) costituisca una cura vera e propria del male, le spese per questo provvedimento devono essere assunte dall'AI, se esso non è che una parte dei diversi provvedimenti sanitari, fa parte della loro natura e del loro scopo, non ha una forte prevalenza sugli altri provvedimenti e non può essere soppresso senza compromettere le probabilità del successo. (Considerandi 1 e 2.)

Articolo 9, capoverso 2, LAI. Allorchè il soggiorno al mare costituisce una misura sanitaria che fa parte di un complesso indivisibile di provvedimenti sanitari d'integrazione e soddisfa ai presupposti legali per l'assunzione delle spese da parte dell'AI, nulla si oppone all'esecuzione di questo provvedimento all'estero, visto che in Svizzera è praticamente inattuabile. (Considerando 3.)

L'assurée, née en 1944, souffre de parésies étendues avec complications respiratoires, séquelles d'une poliomyélite dont elle a été atteinte en juillet 1953. Soignée de 1953 à 1958 dans différentes cliniques infantiles, elle séjourne depuis le mois de juillet 1958 — avec interruption d'un mois en été — dans un institut hospitalier à Pietra Ligure (Italie). Elle suit depuis octobre 1959 des cours par correspondance, pour compléter sa formation scolaire entravée par la maladie. La Commission AI a soumis le cas à l'OFAS en proposant l'octroi de mesures médicales, d'une formation scolaire spéciale, de moyens auxiliaires et d'une orientation professionnelle. L'OFAS a estimé que le séjour à l'étranger n'était pas indispensable à la réadaptation. Suivant les instructions ainsi reçues, la Caisse de compensation a notifié au père de la requérante la décision suivante :

« On ne saurait admettre, au vu du dossier, que l'assurée ne puisse obtenir en Suisse l'équivalent des mesures de réadaptation qui lui sont fournies à l'étranger. Dans ces conditions, l'AI ne peut prendre à sa charge les frais de ces mesures. En revanche, elle interviendrait pour assumer les mesures qui pourraient occasionnellement être appliquées en Suisse. »

Le père de l'assurée ayant recouru, le Tribunal cantonal des assurances a reconnu que, selon l'avis des médecins, l'assurée était exposée à des graves dangers si la moindre affection pulmonaire se manifestait, étant donnée sa faible capacité respiratoire, et que le séjour à l'étranger était indispensable tant que l'intéressée ne pourrait supporter le climat de la Suisse. Il a admis partiellement le recours et reconnu à l'assurée, pour la période du 1^{er} janvier 1960 au 31 août 1961 (un examen médical devant alors avoir lieu pour déterminer s'il était encore nécessaire de poursuivre le traitement à l'étranger), le droit aux prestations qu'avait envisagées la Commission AI, à savoir :

« 1. Des mesures médicales, sous la forme d'un traitement hospitalier à l'Institut de Pietra Ligure, selon le tarif établi par l'OFAS;

2. Une formation scolaire spéciale, soit des leçons particulières, jusqu'à concurrence d'un montant de 50 francs par mois;

3. Des moyens auxiliaires, à savoir les appareils orthopédiques nécessaires à la réadaptation, selon les factures qui seront présentées par le recourant;

4. Un examen d'orientation professionnelle, lequel aura lieu lors du prochain séjour en Suisse. »

L'OFAS a porté cet arrêt devant le TFA. Il admet l'octroi des mesures médicales et moyens auxiliaires orthopédiques nécessaires à la réadaptation, aussi durant le séjour de l'assurée à l'étranger, mais rejette une prise en charge par l'AI des frais de ce séjour, qu'il estime destiné en premier lieu au traitement de l'affection comme telle.

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

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 ». Pour établir si un assuré a droit à des mesures médicales, il faut donc examiner si ces mesures ont pour objet le traitement de l'affection comme telle, dont l'AI n'a pas à assumer la charge, ou si elles sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et de nature à améliorer ou sauvegarder de façon durable et importante la capacité de gain.

La délimitation entre traitement de l'affection comme telle et réadaptation professionnelle peut sans doute offrir quelque difficulté, car une seule et même mesure peut présenter des caractères qui la rattachent à l'un et à l'autre. Pour déterminer si la mesure en cause appartient au traitement ou à la réadaptation, il faut alors rechercher, à la lumière de l'ensemble des circonstances, quel en est le but prépondérant. D'autre part, si une mesure est en étroite corrélation avec d'autres, on considère comme déterminants la nature et le but de cet ensemble de mesures, si la mesure en cause ne peut être séparée de cet ensemble sans en compromettre les chances de succès et si elle n'a pas, à elle seule, une ampleur qui relègue les autres à l'arrière-plan.

2. En l'espèce, l'OFAS admet la prise en charge par l'AI de mesures médicales, ainsi que de moyens auxiliaires. Il reconnaît ainsi que de telles mesures sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et de nature à améliorer ou sauvegarder la capacité future de gain de l'assurée. La Cour de céans n'a aucun motif impérieux de se départir de cette appréciation, qui est conforme aux directives administratives; selon ces directives, en effet, sont considérés comme mesures médicales de réadaptation, dans les cas de maladies et séquelles d'accidents avec symptômes de paralysie, les actes médicaux qui interviennent après le stade aigu, qui sont nécessaires pour rétablir ou faciliter les fonctions physiques déficientes, et à défaut desquels il faudrait s'attendre à une diminution durable et importante de la capacité de gain.

Des mesures prises en charge par l'AI, l'OFAS entend toutefois exclure les frais de séjour de l'assurée à l'étranger, séjour qu'il estime destiné en premier lieu au traitement de l'affection comme telle. Il n'est pas besoin d'examiner si ce dernier avis peut être tenu pour exact; car même si le séjour au bord de la mer devait être considéré en soi comme faisant partie du traitement proprement dit, il n'en découlerait pas pour autant son exclusion de l'assurance. En effet, ce séjour est étroitement lié à l'ensemble des mesures prises en charge par l'AI; il ne peut en être séparé sans en compromettre les chances de succès, ne relègue pas ces autres mesures à l'arrière-plan et en partage dès lors la nature et le but.

En ce qui concerne le premier de ces points, il convient de souligner que le séjour au bord de la mer a été conseillé par les médecins; la Commission AI s'en tient exactement à l'avis de ceux-ci en déclarant dans sa lettre à l'OFAS, à propos d'un retour éventuel de l'assurée en Suisse, qu'« il y aurait grand danger à la faire rentrer maintenant, car elle se trouve en pleine adolescence et en état de moindre résistance, du fait

qu'elle a beaucoup grandi. Cette enfant demeure fragile au point de vue pulmonaire; même cet été, elle ne s'est pas adaptée à notre climat et recommençait à tousser durant son séjour. Il nous paraît donc préférable de ne pas compromettre les progrès obtenus jusqu'ici, mais de les consolider encore ». L'OFAS reconnaît d'ailleurs que « la prédisposition aux bronchites et le danger qu'elles représentent pour l'assurée est en étroite corrélation avec les séquelles de paralysie » et qu'« il faut redouter toute complication respiratoire qui pourrait advenir ». Aussi peut-on tenir pour établi que le retour définitif de l'assurée en Suisse ne pouvait être envisagé, durant la période litigieuse du 1^{er} janvier 1960 au 31 août 1961, sans risque sérieux de réduire à néant l'effet salutaire de toutes les mesures de réadaptation médicales et autres envisagées; c'est dire que le séjour à l'étranger ne saurait raisonnablement être exclu de cet ensemble de mesures. Ce séjour ne relègue pas davantage les autres mesures à l'arrière-plan, ni par son importance médicale, ni par l'ampleur des frais. Même si les frais d'hospitalisation dans un établissement similaire en Suisse devaient être moins élevés, ce qui n'est d'ailleurs pas prouvé, il est invraisemblable que l'ensemble des mesures proposées par la Commission AI et accordées par le premier juge coûtent plus du double de ce que l'assurance devrait dépenser si les mesures de réadaptation indispensables étaient exécutées en Suisse. Aussi le séjour à l'étranger ne présente-t-il sous aucun de ses aspects le caractère de prépondérance qui pourrait le faire exclure des mesures prises en charge par l'AI.

3. Etant ainsi admis que les mesures médicales de réadaptation accordées par le juge cantonal forment un ensemble indivisible et que cet ensemble répond aux conditions légales de prise en charge par l'AI, il est évident que le séjour au bord de la mer, qui en est la partie essentielle, n'a pas son équivalent en Suisse. Rien ne s'oppose dès lors à l'application de l'article 9, 2^e alinéa, 2^e phrase, LAI, qui autorise exceptionnellement l'exécution de mesures de réadaptation à l'étranger. Si même les circonstances de l'espèce en font à certains égards un cas limite, l'appel de l'OFAS ne peut par conséquent être que rejeté, et l'arrêt cantonal confirmé pour la période litigieuse.

Arrêt du TFA, du 8 janvier 1962, en la cause J. S.

Article 13 LAI ; article 2, chiffre 165, OIC. Des oreilles en anse ne représentent pas une anomalie grave qui puisse être reconnue comme infirmité congénitale. L'AI ne prend pas en charge les frais d'une opération dont le seul but est de corriger leur position.

Articolo 13 LAI ; articolo 2, cifra 165, OIC. I padiglioni auricolari assai sporgenti non costituiscono una grave anomalia di posizione che possa essere considerata infermità congenita. L'AI non assume le spese di un'operazione che ha soltanto lo scopo di correggere la posizione dei padiglioni auricolari sporgenti.

L'assuré, né en 1956, avait des oreilles en anse; au début de l'année 1961, une opération corrigea leur position. La caisse de compensation informa le père de l'assuré que la commission cantonale AI avait refusé d'accorder des prestations en raison de ce défaut physique.

Sur recours du père de l'assuré, la commission de recours ordonna à la caisse de rembourser selon le tarif les frais occasionnés par l'opération, déclarant que sans cette opération, l'exercice de certaines professions (acteur, instituteur, pasteur, fonctions dirigeantes, etc.) aurait été pratiquement exclu pour l'assuré, étant donné la

position défectueuse assez grave de ses oreilles ; on ne pouvait donc prétendre que cette infirmité congénitale n'aurait pas entraîné une atteinte à la capacité de gain.

L'OFAS porta ce jugement devant le TFA en proposant de rétablir la décision de la caisse. Selon la réglementation en vigueur, l'AI ne prend en charge que les mesures visant à guérir de graves malformations du pavillon. En l'espèce, il n'y a pas de malformation, et la position anormale des oreilles ne présente pas un caractère grave. Une opération ne visant qu'à corriger des oreilles en anse ne peut être prise en charge par l'AI.

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

Aux termes de l'article 13 LAI, « les assurés mineurs ont droit au traitement des infirmités congénitales qui, vu leur genre, peuvent entraîner une atteinte à la capacité de gain. Le Conseil fédéral établira une liste de ces infirmités ». Se fondant sur cette disposition, le Conseil fédéral a publié le 5 janvier 1961 son ordonnance concernant les infirmités congénitales, dont l'article premier, 2^e alinéa, précise que l'assuré n'a pas droit au traitement des infirmités désignées par un astérisque (*) dans la liste, si l'infirmité en question ne peut manifestement avoir une influence sur sa capacité de gain.

En l'espèce, il faut se demander seulement si, en se fondant sur le chiffre * 165 de la liste des infirmités congénitales, on peut reconnaître à l'assuré le droit à des prestations de l'AI. Il est précisé sous ce chiffre que les « malformations du pavillon (y compris position défectueuse grave) » sont considérées comme des infirmités congénitales. Comme le montre la photographie de l'assuré, celui-ci n'avait pas de malformation à proprement parler avant son opération, mais seulement des oreilles en anse très accusées. Or, des oreilles en anse n'ont pas une position défectueuse grave selon chiffre 165 OIC, et ne représentent donc pas une infirmité congénitale. Les frais d'une opération qui vise seulement à corriger des oreilles en anse ne peuvent être pris en charge par l'AI, comme le constate justement l'OFAS. Indépendamment de cela, cette anomalie n'aurait pas empêché l'assuré d'exercer la profession d'instituteur, de pasteur ou d'occuper une fonction dirigeante.

La décision de la caisse, refusant des prestations pour ladite opération, doit donc être rétablie, comme le demande l'appel.

RENTES

Arrêt du TFA, du 26 février 1962, en la cause O. M.

Article 28, 2^e alinéa, LAI. Sans examen préalable de toutes les possibilités de réadaptation, il est impossible de fixer avec certitude le degré d'invalidité.

Articolo 28, capoverso 2, LAI. Non è possibile determinare con esattezza il grado d'invalidità senza aver prima esaminato tutte le possibilità d'integrazione.

L'assuré avait été atteint en 1954 d'une grave tuberculose des poumons et n'a, par la suite, travaillé qu'à titre occasionnel. Il vit séparé de sa femme et en concubinage. Dès mars 1957, il a dû abandonner toute activité lucrative en raison d'une bronchite asthmatique très prononcée et il est, depuis lors, indigent. Après avoir reçu son ins-

cription, la commission AI a demandé une expertise médicale. Le médecin conclut que l'assuré serait capable d'accomplir un travail physique pas trop astreignant dans un local bien aéré. Il estime en revanche qu'il importerait tout d'abord que l'assuré obtienne le divorce, ce qui améliorerait probablement son état nerveux exerçant une influence défavorable sur son asthme et permettrait de procéder ensuite à une tentative de réadaptation, afin d'obtenir au moins une capacité de gain partielle. Pour les prochaines années, toutefois, une invalidité de 50 pour cent au moins semble devoir être admise. Se fondant sur cet avis, la commission AI a accordé à l'intéressé une demi-rente d'invalidité.

L'assuré recourut en exigeant une rente AI entière. Donnant suite à une demande de renseignements complémentaires, le médecin-expert recommanda à la Commission de recours, pour le cas où l'assuré ne pourrait pas obtenir le divorce, d'admettre une invalidité de 66 2/3 pour cent, de procéder à un nouvel essai de réadaptation et de prévoir une révision du cas pour fin 1963. Par jugement du 26 juillet 1961, l'autorité de première instance a écarté le recours.

L'assuré appela de ce jugement en réitérant sa demande d'une rente entière d'invalidité ; il releva que, comme principal responsable de la désunion, il ne pouvait pas obtenir un divorce que son épouse refusait catégoriquement.

La commission AI et l'OFAS proposèrent le rejet de l'appel. Le TFA a écarté l'appel, mais a renvoyé le dossier à la commission AI pour qu'elle soumette la question de la réadaptation à un examen, et cela pour les motifs suivants :

1. Selon l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, une personne assurée peut prétendre une rente lorsqu'elle est invalide pour la moitié au moins ; si l'invalidité est inférieure aux deux tiers, le montant de la rente est réduit de moitié. Par invalidité, la loi entend une diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée (art. 4). Or, la mesure de l'incapacité de gain correspond à la perte que l'assuré subit en utilisant sa capacité résiduelle de travail sur le marché général (et équilibré) du travail. Dans ce sens, l'article 28, 2^e alinéa de la loi précise que pour évaluer l'invalidité, il faut comparer le revenu du « travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui », après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et « compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail », au revenu qu'« il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide » (cf. ATFA 1961, p. 173 = RCC 1961, p. 251).

2. A en juger d'après le dossier, il y a lieu d'admettre qu'à défaut d'un propre droit d'intenter une action en divorce, l'appelant n'est pas en mesure d'obtenir le divorce contre la volonté de son épouse (art. 142, 2^e al., CCS). C'est la raison pour laquelle le médecin-expert conseille — tout en concluant à une invalidité des deux tiers au moins — de prévoir, pour l'invalide qui est encore relativement jeune, une révision du cas à fin 1963, étant donné que, dans l'intervalle, un nouvel essai de réadaptation devrait être tenté.

Toutefois, il est préférable d'admettre que du point de vue psychiatrique et neurologique, il ne serait pas indiqué de combiner le versement d'une rente entière avec des mesures de réadaptation selon l'article 8, lettre b, LAI. De plus, pour des motifs juridiques, il serait aujourd'hui trop tôt d'accorder la rente entière. Aussi longtemps qu'il existe des chances de réadapter un invalide à la vie professionnelle, les mesures de réadaptation ont la priorité sur le versement de rentes. Sans avoir tiré au clair préalablement la question de la réadaptation (art. 60, 1^{er} al., lettre a, LAI), il est impossible de déterminer d'une façon certaine le revenu du travail qui pourrait être obtenu par l'invalide exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, donc le degré d'invalidité existant au sens de l'article 28, 2^e alinéa,

LAI (cf. ATFA 1960, p. 254, consid. 3, et 1961, p. 176). Une fois que la tentative de réadaptation préconisée par le médecin — travail physique peu astreignant dans un local bien aéré — aura été faite, on pourra, alors seulement, déterminer si l'invalidité de l'appelant atteint au moins les deux tiers (cf. art. 9, 1^{er} al., 15, 17 et 18 LAI). Le 23 décembre 1958 encore, l'assuré avait déclaré au juge civil que son incapacité de gain était de 50 pour cent (au plus). Malgré sa situation personnelle anormale, il est tenu, selon l'article 10, 2^e alinéa, LAI, de faire tout ce qui est en son pouvoir pour que les mesures prises en vue de sa réadaptation soient couronnées de succès. (Un rapport détaillé du Centre de réadaptation, du 5 septembre 1958, relève que vraisemblablement l'assuré serait susceptible d'être employé comme aide arpenteur lorsqu'il fait beau temps et comme aide de dessinateur-architecte lorsqu'il fait mauvais temps.)

Quand elle connaîtra le résultat de la tentative de réadaptation, la commission AI aura la faculté de rendre, le cas échéant, un nouveau prononcé selon l'article 60, 1^{er} alinéa, lettre c, LAI.

CHRONIQUE MENSUELLE

Du 1^{er} au 8 juin, des *négociations en matière d'assurances sociales* ont eu lieu à Berne *entre une délégation suisse et une délégation yougoslave*. Elles ont abouti à une convention qui a été signée par les deux chefs de délégation, soit du côté suisse par M. Saxer, directeur, préposé aux conventions internationales en matière d'assurances sociales et, du côté yougoslave, par S. Exc. M. Sloven Smodlaka, ambassadeur de Yougoslavie en Suisse.

La convention porte, du côté suisse, sur l'AVS, l'AI, l'assurance en cas d'accidents professionnels et non professionnels et en cas de maladies professionnelles, ainsi que sur le régime fédéral d'allocations familiales ; du côté yougoslave, elle s'applique à l'assurance-pensions, à l'assurance-invalidité, à l'assurance des accidents professionnels et non professionnels et des maladies professionnelles, ainsi qu'au régime d'allocations familiales. La convention entrera en vigueur après sa ratification par les parties contractantes.

*

Les *caisses cantonales de compensation* ont tenu les 6 et 7 juin leur conférence plénière. Les participants ont entendu deux exposés instructifs, l'un du docteur W. Taillard, professeur à Bâle, qui a étudié du point de vue médical « Die Wiedereingliederung körperlich Behinderter », l'autre du docteur H. Guth, également professeur à Bâle, qui a abordé l'important problème social et démographique de la vieillesse sous le titre « Vom Altersaufbau und alten Leuten ».

*

Le *Conseil des Etats* a discuté, le 13 juin, le projet d'arrêté fédéral concernant le *statut des réfugiés dans l'AVS et l'AI*, et l'a approuvé sans opposition. Le projet va être examiné maintenant par le Conseil national.

*

La *commission des prestations AI d'ordre professionnel* a tenu sa première séance les 13 et 14 juin sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a discuté le chapitre « Mesures d'ordre professionnel » d'un projet de circulaire sur les mesures de réadaptation de l'AI.

La *commission des moyens auxiliaires AI* a tenu sa première séance les 19 et 20 juin sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a discuté le chapitre « Moyens auxiliaires » de la même circulaire.

*

La *sous-commission des questions générales de procédure de la commission de la procédure et des formules en matière d'AI* a siégé les 26 et 27 juin sous la présidence de M. Achermann, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a discuté un projet de circulaire sur la procédure dans l'AI.

*

Dans sa séance du 27 juin, le Conseil fédéral a fixé au 1^{er} juillet 1962 l'entrée en vigueur de la *loi fédérale du 16 mars 1962 modifiant la LFA*, à l'exception de l'article 18, 1^{er} alinéa. Cette dernière disposition, aux termes de laquelle les employeurs de l'agriculture doivent payer une contribution égale à 1,3 pour cent (1 pour cent jusqu'ici) des salaires de leur personnel agricole, entrera en vigueur le 1^{er} janvier 1963.

*

L'Office fédéral des assurances sociales a convoqué les *médecins des commissions AI* (membres ordinaires) à une séance spéciale qui a eu lieu le 28 juin, sous la présidence de M. Granacher. Après avoir entendu des exposés du docteur Perrot, privat-docent à Genève, et du docteur Francillon, professeur à Zurich, les participants ont discuté des expériences faites par les commissions AI avec les mesures médicales appliquées dans les cas de coxarthrose. En outre, des problèmes de statistique de l'AI ont été abordés.

*

La 43^e assemblée des délégués de l'*Association suisse Pro Infirmis* a eu lieu le 30 juin à Bienne sous la présidence de M. Schoch, juge fédéral. L'Office fédéral des assurances sociales y était représenté par son directeur, M. Frauenfelder, qui parla de l'aide privée aux invalides et de ses rapports avec l'AI. Cette conférence fut suivie de brefs exposés présentés par les groupements spécialisés de l'Association.

L'activité du Tribunal fédéral des assurances en 1961

Vue d'ensemble

L'extension de la juridiction du Tribunal fédéral des assurances aux contestations concernant l'AI dès 1960, qui ne s'était pas traduite la première année encore par une augmentation du volume des affaires, a produit en revanche ses effets sur l'activité du tribunal durant l'année 1961. Tandis que le nombre des litiges portés en dernière instance dans les autres matières dont il connaît ne variait guère par rapport à l'année précédente, le tribunal était saisi de 311 nouvelles causes concernant l'AI. Le total des affaires pendantes a passé de 583 en 1960 à 847 en 1961 (dont 114 reportées et 733 nouvellement introduites, soit pour ces dernières une augmentation de moitié).

Des 847 affaires pendantes, 607 ont été réglées et 240 reportées sur l'année 1962. Ce report, le plus élevé qui ait été noté depuis 12 ans, illustre l'ampleur de la charge de travail, charge dont découle un autre phénomène encore, qui est l'allongement de la durée moyenne des procès. Report et allongement sont demeurés cependant dans des limites tolérables, grâce aux efforts du tribunal et aux mesures prises pour prévenir une accumulation des affaires non liquidées, qui eût été considérable, et pour éviter un allongement plus sensible de la durée de la litispendance. Les résultats obtenus sont d'autant plus appréciables que, contrairement à ce qui avait été le cas lors de l'introduction de l'AVS, le nombre des cas réglés par désistement suivi de simple radiation du rôle est minime. Rares sont en effet les procès en matière d'AI qui n'exigent pas un examen individuel approfondi ou dont l'auteur peut être intimement persuadé du défaut de fondement ; aussi n'est-ce qu'avec la plus grande retenue que le tribunal recommande parfois à un appelant de retirer son pourvoi. Les efforts du tribunal sont limités néanmoins par le nombre de ses membres et l'effectif de son personnel, et ses mesures contre-carrées en particulier par les difficultés de recrutement de rédacteurs éprouvés. Rien ne laisse prévoir une diminution à brève échéance du nombre des procès ; il faut bien plutôt s'attendre, en matière d'AI, à une augmentation importante de la proportion des affaires en langue française et italienne et à un accroissement correspondant de la somme de travail dans ces langues. Le très proche avenir montrera donc si d'autres dispositions s'imposent pour assurer le bon fonctionnement de la juridiction suprême dans le domaine des assurances sociales. Mentionnons à ce propos que l'avant-projet de loi sur

l'organisation et la procédure du Tribunal fédéral des assurances prévoit que le tribunal se compose de 5 à 7 juges ordinaires et d'autant de suppléants.

Assurance-vieillesse et survivants

A part les litiges usuels, il a fallu définir la notion du dommage causé à une caisse de compensation par l'employeur qui, intentionnellement ou par négligence grave, n'observe pas les prescriptions, et préciser les conditions de la réparation de ce dommage. Un autre objet de litige a été l'ampleur du remboursement des cotisations aux étrangers n'ayant pas droit à la rente et avec le pays d'origine desquels aucune convention n'a été conclue. Le texte légal prévoit que ce remboursement peut être refusé totalement ou partiellement lorsqu'il est contraire à l'équité, et le tribunal a confirmé la pratique administrative consistant à n'admettre le remboursement que jusqu'à concurrence de la valeur actuelle des prestations futures de l'AVS qui pourraient revenir à un Suisse placé dans les mêmes circonstances.

La revision de la loi au 1^{er} juillet 1961 n'a donné lieu qu'à quelques très rares appels. La revision précédente, qui a introduit le système de calcul des rentes *pro rata temporis* dès le 1^{er} janvier 1960, est à l'origine d'un nombre un peu plus élevé de procès ; certains assurés facultatifs ayant adhéré tardivement à l'assurance s'estiment lésés par la suppression de la garantie d'une rente minimum, qui existait au moment de leur adhésion ; il y a des assurés obligatoires qui, atteignant l'âge d'octroi de la rente, tentent de combler des lacunes antérieures de cotisations même dans des cas où les dispositions légales ne le permettent pas.

Assurance-invalidité

Etant donné que près d'un tiers des arrêts rendus en 1961 concernent l'AI et que beaucoup d'entre eux sont des arrêts de principe, même une simple énumération des questions tranchées par la jurisprudence ne saurait être donnée ici. Les litiges les plus nombreux ont porté sur l'évaluation du taux d'invalidité, pour l'obtention d'une rente, et sur l'estimation du degré d'impotence, en vue de l'octroi d'une allocation pour impotent ; des cas très divers se sont présentés, englobant des salariés de formation et profession fort disparates, des indépendants exerçant une activité artisanale, agricole, commerciale ou industrielle, des femmes mariées tenant leur ménage. En second lieu viennent les mineurs, qu'il s'agisse de traitement d'infirmités congénitales, de mesures médicales de réadaptation, de subsides aux frais de formation scolaire spéciale (pour les enfants aptes à recevoir une instruction) ou de subsides aux frais de pension (pour les enfants inaptes). La notion d'infirmité mentale, notamment, a fait l'objet de recherches approfondies. Les procès portés en dernière instance et ayant pour objet des mesures médicales et professionnelles de réadaptation pour adultes et l'octroi de moyens auxiliaires ne viennent, quant à leur nombre, qu'au troisième rang ; ils étaient néanmoins en augmentation marquée vers la fin de l'année.

Allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux paysans de la montagne

La situation des gendres travaillant dans l'exploitation agricole dont le beau-père est propriétaire ou fermier et des beaux-pères occupés dans l'exploitation de leur gendre a été l'un des thèmes dominants des litiges soumis au tribunal. Les nombreux procès qu'a provoqué le retrait à tous ces gendres et beaux-pères du droit à des allocations pour travailleurs agricoles ont donné l'occasion de soumettre à un examen d'ensemble les rapports entre gendres et beaux-pères dans l'agriculture, de préciser la jurisprudence et d'en illustrer toutes les nuances. Dans son message et projet de loi du 18 septembre 1961 sur la révision de la loi en la matière, le Conseil fédéral fonde expressément sur cette jurisprudence les propositions qu'il soumet au législateur quant au droit des gendres de l'exploitant à des allocations familiales.

Statistique

Répartition des affaires selon la date de leur introduction et de leur liquidation

Tableau 1

Affaires	AVS	AI	APG	AF ¹	Total
Reportées de 1960	16	20	—	33	69
Introduites en 1961 . . .	161	311	2	41	515
Total	177	331	2	74	584
Liquidées en 1961	142	187	2	73	404
Reportées sur 1962	35	144	—	1	180
Total	177	331	2	74	584

¹ Régime des allocations familiales.

Répartition selon la langue des affaires liquidées

Tableau 2

Langue	Nombres absolus					Pourcentages				
	AVS	AI	APG	AF ¹	Total	AVS	AI	APG	AF ¹	Total
Allemand .	90	156	2	56	304	30	51	1	18	100
Français .	33	31	—	17	81	41	38	—	21	100
Italien . .	19	—	—	—	19	100	—	—	—	100
Au total .	142	187	2	73	404	35	46	1	18	100

¹ Régime des allocations familiales.

Répartition des affaires selon les appelants et le mode de liquidation

Tableau 3

Appelants	Nombres absolus					Pourcentages				
	Non entrée en matière	Radiations	Admissions	Rejets	Total	Non entrée en matière	Radiations	Admissions	Rejets	Total
Assurance-vieillesse et survivants										
Assurés . . .	4	1	14	77	96	4	1	15	80	100
Employeurs .	1	1	3	14	19	5	5	16	74	100
Tiers	—	—	—	1	1	—	—	—	100	100
OFAS	—	4	17	1	22	—	18	77	5	100
Caisses de compensation	1	—	1	2	4	25	—	25	50	100
Au total . . .	6	6	35	95	142	4	4	25	67	100
Assurance-invalidité										
Assurés	6	4	24	67	101	6	4	24	66	100
Tiers	2	—	—	—	2	100	—	—	—	100
OFAS	1	3	58	21	83	1	4	70	25	100
Caisses de compensation	—	—	1	—	1	—	—	100	—	100
Au total . . .	9	7	83	88	187	5	4	44	47	100
Allocations aux militaires										
Militaires . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
OFAS	—	—	2	—	2	—	—	100	—	100
Caisses de compensation	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Au total . . .	—	—	2	—	2	—	—	100	—	100
Allocations familiales										
Salariés ou paysans de la montagne . .	1	—	—	13	14	7	—	—	93	100
OFAS	—	15	13	29	57	—	26	23	51	100
Caisses de compensation	—	—	1	1	2	—	—	50	50	100
Au total . . .	1	15	14	43	73	1	21	19	59	100

De la notion de «cas pénible» pour l'octroi d'une rente AI

Dans un récent arrêt, dont un extrait est publié aux pages 291 et suivantes du présent numéro, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) s'est prononcé sur la notion de cas pénible. Aux termes de 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 de 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. La loi ne dit pas ce qu'il faut entendre par cas pénible. A première vue, donc, la notion de cas pénible laisse ainsi la voie ouverte à plusieurs interprétations différentes, et chaque cas pénible pourrait être apprécié d'une manière arbitraire.

Jusqu'à présent — voir les directives de l'Office fédéral des assurances sociales du 13 avril 1960, p. 7 — l'existence d'un cas pénible devait être déterminée uniquement d'après des critères économiques et sociaux, et non pas selon des critères médicaux. En principe, on admet qu'il y a cas pénible lorsqu'un assuré, invalide pour les deux cinquièmes au moins, n'est pas en mesure, malgré la capacité de gain qui lui reste, de subvenir à son propre entretien ni à celui des proches envers lesquels il a une obligation d'entretien, ou lorsque l'invalidité entraîne des frais particulièrement élevés qui ne sont pas couverts par l'assurance, par ex. des frais de médicaments nécessaires au traitement d'une maladie.

Dans ledit arrêt, le TFA a confirmé dans l'essentiel cette pratique administrative. Il affirme, en effet, qu'il y a lieu d'admettre en principe l'existence d'un cas pénible et que l'assuré, dont l'invalidité est de 40 à 50 pour cent, a droit à la demi-rente d'invalidité lorsque, nonobstant sa capacité de gain supérieure à 50 pour cent et compte tenu de l'ensemble des ressources des personnes tenues à entretien ou assistance et vivant en communauté domestique avec lui, l'invalide qui utilise à plein cette capacité résiduelle ne peut généralement atteindre le minimum vital nécessaire à son entretien et à celui des proches envers lesquels il a une obligation d'entretien, en raison de circonstances économiques ou sociales particulières, telles que de lourdes charges familiales ou des frais médicaux indispensables et exceptionnellement élevés.

Ce jugement se fonde donc sur des critères essentiellement économiques, familiaux et sociaux, sans attacher aucune importance aux critères médicaux proprement dits. Au surplus, on constate que le TFA, pour déterminer la situation économique réelle de l'invalide, ne s'est pas fondé sur les limites de

revenu prévues pour les rentes extraordinaires AVS et les allocations pour impotents (art. 42 LAVS ; 39 LAI ; 37 RAI), mais, pour l'essentiel, il a retenu comme déterminant le minimum vital de l'invalidé et de sa famille.

Il faut donc voir, dans chaque cas particulier, si les conditions suivantes sont remplies : l'assuré doit être invalide de 40 à 50 pour cent ; tout en utilisant en plein sa capacité résiduelle, il ne doit pas être en mesure d'atteindre le minimum vital pour lui et pour ses proches, envers lesquels il a une obligation d'assistance, en raison de lourdes charges familiales ou parce que son invalidité lui cause des frais médicaux indispensables et exceptionnellement élevés ; il y a lieu en outre de prendre en considération l'ensemble des ressources des personnes vivant avec lui, tenues de l'entretenir et de l'assister.

Il est donc indispensable, dans chaque cas d'espèce, de déterminer d'une façon très précise si toutes ces conditions sont réunies afin de décider s'il s'agit véritablement d'un cas pénible au sens de la récente jurisprudence du TFA.

Les rapports annuels 1961 des offices régionaux AI

Le deuxième rapport des offices régionaux AI contient, comme le précédent, de nombreuses informations et suggestions intéressantes. Nous en extrayons ci-après quelques points concernant l'organisation et la procédure. Nous reviendrons à une autre occasion sur les autres problèmes qui y sont traités.

1. L'organisation

Le nombre des offices régionaux AI et leur champ d'activité locale sont restés les mêmes. En revanche, l'effectif du personnel a, par rapport à l'année précédente, augmenté d'une ou plusieurs unités dans presque tous les offices. Comparativement à l'année précédente, le nombre des auxiliaires est élevé, ce qui signifie que la somme de travail a encore augmenté. Le nombre de mandats reçus en cours d'exercice en est la preuve, car il a presque doublé dans plusieurs offices. En plus des mandats courants à traiter, les offices ont à surveiller l'exécution des mesures de réadaptation déjà commencées (formation professionnelle initiale, reclassement, etc.).

Les *conseils de surveillance* des offices régionaux AI ont en général siégé à plusieurs reprises au cours de l'exercice écoulé. Ils eurent principalement à traiter des questions d'ordre budgétaire et concernant le personnel. Ils ont également voué leur attention à une liquidation rapide des cas en suspens.

Le travail a été organisé différemment suivant les besoins et les expériences de chaque office régional. Le plus souvent, le travail est réparti géographiquement, c'est-à-dire que chaque collaborateur traite tous les cas d'une région déterminée. D'autres répartitions tiennent compte du genre de mesure de réadaptation (p. ex. examen général, orientation professionnelle, service de placement), du genre d'invalidité (p. ex. sourds, sourds-muets), de l'âge (adolescents, adultes) ou du résultat visé (p. ex. réadaptation dans la métallurgie ou dans la branche alimentaire). Quelques offices régionaux importants ont adopté un système mixte. Les offices qui occupent des collaboratrices confient en général à ces dernières le cas des assurées.

2. La procédure

a. L'examen

La manière de procéder à l'examen de la capacité et des possibilités de réadaptation professionnelle des assurés diffère de cas en cas. Les offices régionaux s'efforcent d'éviter toute schématisation en prenant en considération les conditions propres à chaque cas. L'étendue de l'examen dépend en particulier du genre d'invalidité, de l'âge et de l'occupation précédente de l'assuré. Dans des cas simples où la réadaptation dans un ancien métier ou dans un métier analogue entre en ligne de compte, il suffit parfois d'un entretien avec l'assuré pour trouver la voie à suivre. Dans des cas plus compliqués — p. ex. lorsque l'invalidité exige un reclassement — un examen approfondi des aptitudes et des prédispositions de l'assuré est indispensable. Il faut alors prendre également en considération les limites que l'invalidité impose à la réadaptation. Tel est particulièrement le cas des adolescents, qui doivent subir un examen approfondi d'orientation professionnelle afin d'éviter d'être engagés dans une fausse voie. Il est important que ces assurés soient examinés dès que possible, afin que leur formation professionnelle initiale ne subisse aucun retard. Les commissions AI doivent donc absolument remettre leurs mandats suffisamment tôt aux offices régionaux.

Durant l'exercice écoulé, on a fait appel dans une plus forte mesure que précédemment aux *services sociaux* de l'aide aux invalides (art. 71 LAI). Tel fut notamment le cas lorsque la nature de l'infirmité exigeait le recours aux connaissances particulières de services sociaux spécialisés (p. ex. pour les aveugles et les sourds-muets). Là où un examen théorique ne suffisait pas, on a ordonné des stages limités dans des *centres de réadaptation*. Pour l'examen des cas, il a été également fait appel à la collaboration d'*offices publics et de conseillers privés d'orientation professionnelle*, de psychologues et d'autres experts.

La procédure d'examen, qui a pour but de réunir les éléments nécessaires à la décision que doit prendre en chaque cas la commission AI, occupe comme auparavant la place la plus importante. A part cela, le nombre des mandats concernant l'application de mesures de réadaptation décidées par les caisses est en progression ; nous y reviendrons une autre fois.

b. Les rapports avec les commissions AI

La collaboration avec les commissions AI est qualifiée de bonne. Certaines insuffisances qui étaient encore signalées dans les rapports annuels précédents ont, pour la plupart, pu être éliminées. Ainsi, les mandats sont en général mieux formulés, et le nombre de mandats portant sur des cas où l'on ne peut espérer un succès est en recul. La remise des dossiers complets est généralement reconnue comme une condition de l'exécution correcte des mandats; ce problème semble être résolu. Un des offices signale que la remise d'extraits de procès-verbaux ou d'autres communications traduisant l'opinion de la commission AI sur certains cas peut grandement faciliter le travail de l'office régional. En revanche — observe-t-on dans un autre rapport — il n'appartient pas à l'office régional d'opérer une enquête pour établir le degré d'invalidité de l'assuré, si cette enquête n'est pas également nécessaire à l'examen de la capacité de réadaptation professionnelle.

On peut constater que, pour leur part, les offices régionaux s'efforcent d'établir des rapports clairs et limités aux faits essentiels. Ils ne sont pas entièrement satisfaits de la manière dont les commissions AI les renseignent sur les décisions prises, en particulier dans les cas où l'office régional n'a plus à s'occuper de l'assuré (rentes, école spéciale, etc.). Certaines obscurités dans la procédure subsistent encore entre commissions AI et offices régionaux en ce qui concerne l'application et surtout la surveillance et la facturation.

c. Les rapports avec les assurés

La confiance qui doit régner entre l'office régional AI et l'assuré est indispensable au succès des mesures de réadaptation. On a déjà fait un grand pas en avant lorsqu'on peut compter sur la bonne volonté et la collaboration active de l'assuré, et la plupart des invalides réagissent positivement aux efforts déployés dans ce sens par l'office régional. Cependant, il arrive assez souvent que les proches de l'assuré — en particulier les parents ou le conjoint — ne fassent pas preuve d'une compréhension suffisante pour les mesures de réadaptation prévues et créent des difficultés. Aussi certains offices régionaux prennent-ils la peine d'aller faire visite aux assurés chez eux afin de prendre contact avec leur milieu familial. D'autre part, il est intéressant de lire dans les rapports annuels que des assurés réussissent fréquemment à se réadapter eux-mêmes après avoir été conseillés par l'office régional.

d. Les rapports avec les agents chargés de l'application des mesures de réadaptation

Les relations avec ces personnes et institutions ne présentent pas de difficultés particulières. On insiste souvent sur la nécessité d'intensifier ces contacts. En raison du manque de main-d'œuvre ou de place, certains établissements n'ont pas été à même de recevoir en temps voulu les assurés qui leur avaient été annoncés. D'autre part, il ressort des rapports annuels que la remise des mandats, la surveillance et la coordination des mesures de réadaptation par les commissions et les offices régionaux se font d'une façon encore très inégale.

e. Les rapports avec les employeurs

Bien que, faute de temps, tous les offices régionaux AI n'aient pas pu développer systématiquement leurs relations avec les employeurs, les efforts déployés jusqu'à maintenant ont eu tout de même d'heureux effets. Vu la pénurie de main-d'œuvre, les employeurs donnent suite positivement aux démarches de l'AI et engagent volontiers des invalides. Il est important de les convaincre que les invalides représentent une force de travail réelle ; c'est pour cette raison que les offices régionaux ne recommandent que des assurés capables de répondre aux exigences posées.

La plupart des assurés ont de nouveau pu être placés dans l'économie privée. La réadaptation et le reclassement dans différents secteurs de l'administration publique se sont fréquemment heurtés, comme l'année précédente, à de grandes difficultés.

L'aide des cantons aux invalides

Etat le 1^{er} janvier 1962

(suite et fin) ¹

5. Canton de Schaffhouse

La législation

Gesetz über die Ausrichtung von kantonalen Zusatzrenten und die Beitragsleistung des Kantons an die eidg. Alters- und Hinterlassenenversicherung, du 26 novembre 1956.

Vollziehungsverordnung du 27 mars 1957.

Dekret über die Ausrichtung von kantonalen Zusatzrenten an Rentner der eidg. Invalidenversicherung, du 15 janvier 1962, par le Grand Conseil ; en vigueur dès le 1^{er} janvier 1962.

Les conditions générales du droit aux prestations

Ont droit aux prestations, sous réserve de certains délais d'attente (cf. lettre b), les invalides nécessitez domiciliés dans le canton et bénéficiaires de prestations de l'AI fédérale.

N'ont pas droit aux prestations les personnes qui sont secourues durablement par l'assistance publique, à moins que l'octroi de telles prestations ne permette de les libérer de cette assistance.

¹ Voir RCC 1962, p. 236. Cet article sera publié en tirage à part (voir l'annonce à la page de couverture 4).

a. L'état de besoin

Ont droit aux prestations les personnes dont le revenu annuel, y compris la rente de l'AI fédérale, mais sans compter l'aide communale aux invalides et l'allocation fédérale pour impotent, n'atteint pas les limites suivantes :

Bénéficiaires de la rente simple d'invalidité	3200 francs
Bénéficiaires de la rente d'invalidité pour couple	4500 francs

Pour le calcul des rentes de l'aide aux invalides, la fortune n'est prise en considération que si elle dépasse les taux suivants :

Personnes seules	5 000 francs
Couples	10 000 francs

Le 10 pour cent de la part de fortune qui excède ces montants est ajouté au revenu.

La fortune placée dans des immeubles n'est prise en considération que pour un tiers.

Si une personne qui prétend ou touche une rente aliène des valeurs pour obtenir les prestations de l'aide aux invalides, ces valeurs sont prises en considération.

Pour les hommes mariés qui ont droit à une rente complémentaire de l'AI pour leur épouse, mais pas à une rente d'invalidité pour couple, la rente complémentaire cantonale est calculée comme la rente pour couples.

Pour chaque enfant mineur qui a droit à une rente complémentaire d'enfant servie par l'AI et dont l'entretien est pris en charge principalement par l'invalidé, la limite de revenu est haussée de 700 francs.

En cas de modification importante du revenu ou de la fortune de l'ayant droit, la rente cantonale est modifiée en conséquence.

b. Les délais d'attente

Les ressortissants d'autres cantons ont droit aux prestations s'ils ont été domiciliés sans interruption dans le canton pendant au moins dix ans (pour les étrangers : vingt ans). Cependant, un transfert du domicile hors du canton pour une durée inférieure à deux ans n'est pas considéré comme interruption.

Les prestations

Les rentes cantonales s'élèvent à 50 pour cent de la différence entre le revenu effectif et les limites de revenu déterminantes.

L'invalidé qui a droit à une demi-rente de l'AI recevra une demi-rente cantonale.

Le paiement des rentes cantonales se fait à l'avance, une fois par mois, en principe par la poste.

Le droit à chaque paiement s'éteint un an après son échéance.

Le contentieux

Les décisions de la caisse cantonale de compensation peuvent être attaquées, dans les 30 jours dès leur notification, par voie de recours auprès de l'Obergericht.

Le financement

Le paiement des rentes cantonales est financé par :

- le produit de l'impôt sur les successions et la part du canton à la taxe sur les spectacles ;
- les intérêts du fonds cantonal de l'AVS ;
- les contributions de l'usine cantonale d'électricité et de la Banque cantonale, éventuellement encore d'autres recettes.

Pour couvrir les dépenses qui excèdent ces recettes, les communes versent des contributions d'un montant de 25 à 70 pour cent, selon leur taux fiscal. Le reste est couvert par le canton.

6. Canton d'Appenzell Rh.-Int.

La législation

Verordnung über die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenbeihilfe, du 2 juin 1960 ; en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1960.

Les conditions générales du droit aux prestations

L'aide aux invalides est accordée aux bénéficiaires nécessiteux de prestations de l'AI fédérale si elle permet à ces bénéficiaires de ne pas tomber durablement à la charge de l'assistance publique. Sont considérées comme nécessiteuses les personnes qui sont dans l'impossibilité de subvenir, par leurs propres moyens, à leur entretien et à celui des personnes dont elles ont la charge. Des limites arithmétiques de revenu et de fortune n'ont pas été fixées.

Les prestations

Montants en francs

Bénéficiaires	Prestations annuelles maximums ¹
Personnes seules	1 200
Couples	1 600
Enfants	600

¹ Ces taux peuvent exceptionnellement être dépassés lorsqu'il s'agit de prévenir des cas d'indigence grave, par exemple si le bénéficiaire a besoin de soins permanents, d'un traitement médical coûteux ou doit être interné dans un établissement.

Pour le moment, aucun *délai d'attente*, ni pour les Suisses, ni pour les étrangers.

Le financement

Il est assuré par les subsides des régions « intérieure » et « extérieure » du canton.

Les charges sont réparties entre les régions « intérieure » et « extérieure » en fonction du nombre d'habitants, de la fortune et du revenu imposables.

7. Canton de Genève

La législation

Loi sur l'aide à la vieillesse, aux veuves, aux orphelins et aux invalides, du 7 octobre 1939/26 janvier 1952, dont le titre III (aide aux invalides) est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1952.

Règlement d'exécution de la loi sur l'aide à la vieillesse, aux veuves, aux orphelins et aux invalides, du 30 avril 1948.

Règlement relatif au versement d'allocations mensuelles extraordinaires aux bénéficiaires de l'aide à la vieillesse, aux veuves, aux orphelins et aux invalides, du 25 novembre 1960.

Règlement relatif au versement d'allocations d'automne, pour l'année 1961, aux bénéficiaires de l'aide à la vieillesse, aux veuves, aux orphelins et aux invalides, du 30 juin 1961.

Les conditions pour bénéficier des prestations

Les prestations sont accordées, sous réserve de certains délais d'attente (v. lettre c ci-après), aux invalides de nationalité suisse, domiciliés régulièrement dans le canton au moment de l'accident ou de la première constatation médicale de la maladie qui a causé ou aggravé l'invalidité. Pour bénéficier des prestations, l'invalidé doit être âgé de 20 ans révolus au moins (ceci seulement dans le cas de prestations périodiques) et de 63 ans révolus au plus, s'il s'agit d'une femme, ou de 65 ans révolus au plus, s'il s'agit d'un homme.

Ne peuvent bénéficier des prestations les personnes qui sont hospitalisées dans les établissements subventionnés directement ou indirectement par les pouvoirs publics et celles qui, d'une autre manière, sont hospitalisées à la charge de l'assistance publique.

a. L'invalidité

Seule l'invalidité *physique* causant l'incapacité de travail peut donner droit aux prestations, dont ne peuvent donc bénéficier les personnes qui sont invalides *seulement* de l'intelligence ou du caractère.

L'incapacité de travail doit être d'au moins 66 2/3 pour cent et, pour les invalides ayant atteint l'âge de 40 ans révolus, d'au moins 50 pour cent.

b. Les limites de revenu et de fortune

Pour bénéficier des prestations, l'intéressé ne doit pas avoir des ressources supérieures aux limites suivantes :

Catégories de bénéficiaires	Limites de revenu	Limite de fortune
Invalides isolés ou mariés ne faisant pas ménage commun avec leur conjoint	4 200 ¹	} 12 000, dont 5000 au plus peuvent consister en biens facilement réalisables
Invalides isolés impotents	5 880 ¹	
Invalides mariés	6 720 ¹	
¹ Ce montant est augmenté de 1260 francs par enfant à charge ; cette augmentation est réduite en proportion des ressources éventuelles des enfants.		

Le revenu du travail de l'invalidé et de son conjoint ne compte que pour 75 pour cent dans le calcul des ressources.

c. Les délais d'attente

Les Confédérés, originaires d'un autre canton que celui de Genève, peuvent bénéficier des prestations s'ils ont été domiciliés régulièrement dans le canton pendant 15 années au moins au cours des 20 années précédant la demande de prestations. Toutefois, dans le cas de prestations de réadaptation, il suffit que l'invalidé ait été domicilié dans le canton jusqu'au jour de la demande, à condition :

- d'avoir été domicilié régulièrement dans le canton au moment de l'accident, si l'invalidité est due à un tel événement ;
- d'avoir été domicilié dans le canton pendant les trois années précédant la première constatation médicale de la maladie, si l'invalidité est due à cette affection ;
- d'être né de parents domiciliés dans le canton au moment de la naissance, s'il s'agit d'invalidité congénitale.

Les prestations

a. La réadaptation et le placement des invalides

La réadaptation accordée est, suivant le cas, professionnelle ou fonctionnelle.

La *réadaptation professionnelle* est prise en charge par l'aide aux invalides, si cette réadaptation a pour effet d'augmenter la capacité de travail de l'invalidé.

Si l'invalidé se refuse, sans motif légitime, à la réadaptation, les prestations périodiques (voir sous lettre b), qui lui reviennent éventuellement, peuvent être réduites ou supprimées. Pendant la période où la réadaptation est prise en charge par l'aide aux invalides, l'invalidé et sa famille touchent une somme pour leurs besoins personnels ; de ce fait, les prestations périodiques éventuelles peuvent être suspendues en tout ou en partie.

La *réadaptation fonctionnelle*, notamment l'hospitalisation, les traitements médicaux ainsi que l'acquisition de prothèses et d'autres appareils médicaux, est régie par la législation sur l'assistance médicale. L'aide aux invalides se charge aussi de faciliter le placement des invalides.

b. Les prestations périodiques

Les prestations périodiques versées aux invalides dont la capacité de travail ne peut plus être sensiblement augmentée s'élèvent à :

Montants en francs	
Catégories de bénéficiaires	Prestations annuelles maximums
Invalides isolés ou mariés	3 340 ¹
Impotents isolés ou mariés	4 676 ¹
Invalides mariés, dont le conjoint est âgé de plus de 50 ans	5 344 ¹
¹ Pour chaque enfant à charge, il est alloué en outre une allocation dont le taux est le triple de celui qui est fixé par la loi sur les allocations familiales. Si l'enfant a droit à ces dernières ou à l'aide aux orphelins, les allocations pour enfant de l'aide aux invalides sont réduites d'autant.	

Dans ces montants sont comprises toutes les rentes ou prestations servies par la Confédération, un canton, une commune ou une institution de droit public, ainsi que toute autre prestation d'invalidité qui n'est pas constituée par l'invalidité ou par un tiers dans la proportion de 50 pour cent au moins.

Les prestations périodiques sont réduites dans la mesure où le total des ressources dépasse les limites de revenu.

En outre, les prestations accordées aux invalides originaires d'autres cantons sont réduites, en principe, dans la mesure où le canton ou la commune d'origine n'en prend pas les deux tiers à sa charge.

En plus des prestations périodiques ci-dessus, l'aide aux invalides accorde les allocations mensuelles extraordinaires et les allocations d'automne suivantes :

Montants en francs		
Catégories de bénéficiaires	Allocations extraordinaires mensuelles ¹	Allocations d'automne
Invalides isolés	30	100
Invalides mariés	50	200
Enfants mineurs à charge de l'invalidité	15	50
Enfants majeurs à charge de l'invalidité	30	100
¹ Ces allocations sont versées sans distinction entre Genevois et Confédérés.		

Le contentieux

Les ayants droit peuvent recourir contre les décisions de la commission administrative, en première instance, à la commission cantonale de recours en matière d'AVS et, en dernière instance, au Conseil d'Etat.

Le financement

Les sommes nécessaires à l'aide aux invalides sont prélevées sur les ressources de l'aide à la vieillesse. L'Hospice général verse une contribution supplémentaire de 100 000 francs par an.

Annexe : Ville de Zurich

La législation

Arrêté du Conseil communal du 30 janvier 1957 sur l'aide aux invalides, entré en vigueur le 1^{er} octobre 1957.

Les conditions générales du droit aux prestations

Ont droit aux prestations, sous réserve de certains délais d'attente (cf. lettre ci-après), les invalides qui ont leur domicile civil dans la commune de Zurich et dont la capacité de gain a été notablement diminuée.

Le droit aux prestations des personnes incapables à être réadaptées prend naissance à l'accomplissement de la 20^e année; il dure en général jusqu'à 65 ans révolus.

N'ont pas droit aux prestations les personnes qui se sont établies dans la commune après le 1^{er} janvier 1952, si elles étaient déjà invalides lors de leur établissement.

a. L'invalidité

Est considérée comme invalidité la limitation notable de la capacité de gain résultant d'une infirmité physique ou mentale, congénitale ou acquise. Les maladies chroniques et séquelles d'accidents sont également considérées comme invalidités, si la limitation de la capacité de gain qu'elles entraînent dure plus de douze mois.

La capacité de gain est considérée comme notablement limitée, lorsqu'elle est diminuée des deux tiers au moins.

b. L'état de besoin

Il y a état de besoin lorsque revenu et fortune n'excèdent pas les limites maximums suivantes :

Montants en francs

Bénéficiaires	Limites de revenu annuel		Limites de fortune annuelle	
	Montant de base	Augmentation pour chaque enfant mineur	Montant de base	Augmentation pour chaque enfant mineur
Personnes seules . . .	3 500	1 280	12 000	6 000
Couples	5 600	1 280	20 000	6 000

Le revenu est estimé comme suit :

- à 60 pour cent : le gain propre de l'invalidé, le gain du conjoint non séparé et des enfants mineurs vivant dans le ménage, les prestations périodiques volontaires de l'employeur ne servant pas exclusivement à des fins communes ;
- à 100 pour cent les prestations d'assurances sociales de droit public et d'organisations d'entraide, les prestations d'assurances privées et des caisses de pension, le gain du chef de famille non invalide, les prestations d'entretien, fixées par décision judiciaire ou administrative ;
- d'après les normes de la législation zuricoise en matière d'aide aux vieillards et aux invalides : les créances d'assistance résultant du droit de famille et du mariage, sous réserve de la législation contraire existante ;
- à 75 pour cent : les autres revenus.

La fortune est évaluée à sa valeur fiscale.

c. Les délais d'attente

N'ont droit aux prestations que les personnes qui ont habité dans la commune durant les périodes suivantes :

- les bourgeois de la Ville : au moins 5 ans ;
- les citoyens du canton de Zurich : au moins 10 ans ;
- les Confédérés d'autres cantons : au moins 15 ans ;
- les étrangers au bénéfice d'un permis d'établissement : au moins 20 ans.

Les prestations

a. Les prestations périodiques pour invalides

Les invalides, âgés de 20 à 65 ans, qui sont inaptes à être réadaptés ou dont la capacité de gain subira probablement, par suite d'une atteinte à la santé physique (exceptionnellement mentale), une altération notable et durable, ont droit aux prestations pour invalides suivantes :

Montants en francs

Bénéficiaires	Montants annuels maximums			
	Montant de base	Augmentation pour chaque enfant mineur		
		Jusqu'à l'âge de 10 ans	Entre 10 et 15 ans	Entre 15 et 20 ans
Personnes seules . . .	2 700	900	1 080	1 260
Couples	4 500	900	1 080	1 260

Si revenu et prestations pour invalides additionnés excèdent les limites de revenu, la subvention pour invalides sera réduite de l'excédent.

b. Les subventions extraordinaires dans les cas pénibles

Ces prestations sont accordées aux invalides qui ont droit à des prestations de l'aide aux invalides et qui, à la suite de circonstances extraordinaires, se trouvent dans le besoin. Elles sont fixées selon les nécessités de chaque cas.

Le contentieux

On peut recourir contre les décisions de la commission pour l'aide aux invalides ou du directeur du Bureau pour l'aide aux invalides auprès du président de l'Office social. Les décisions de ce dernier peuvent être portées devant le Conseil municipal.

Le financement

Les dépenses nécessaires à l'application de l'aide aux invalides sont couvertes par les impôts communaux.

Problèmes d'application du régime des APG

Calcul de l'allocation revenant à des militaires qui auraient entrepris une activité lucrative s'ils n'avaient pas dû entrer au service

Selon l'article premier, 2^e alinéa, RAPG, sont assimilés aux personnes exerçant une activité lucrative les militaires qui prouvent qu'ils auraient entrepris une activité lucrative de longue durée s'ils n'avaient pas dû entrer au service.

Vu la situation actuelle sur le marché du travail, un militaire qui entre au service après avoir terminé sa formation professionnelle et fait valoir qu'il aurait entrepris une activité lucrative de longue durée s'il n'avait pas dû entrer au service, n'a plus besoin de produire une attestation pour prouver l'exactitude de son affirmation ; celle-ci peut être admise sans autre.

Selon le numéro 66 des Directives concernant le régime des APG, l'allocation se calcule, dans de tels cas, sur la base du revenu que le militaire aurait pu obtenir s'il n'avait pas dû entrer au service. On se fondera sur le *salaires initial* versé dans la profession ou la branche économique en question à l'endroit où le militaire voulait entreprendre l'activité indiquée, à moins que celui-ci ne produise de son propre chef une attestation contraire. Lorsque la caisse de

compensation ne peut pas établir ce salaire sur la base des décomptes de salaires ou du contrat collectif applicable, elle le déterminera d'une autre façon appropriée. Pour les militaires de profession libérale, les caisses de compensation requièrent le renseignement nécessaire auprès du Département cantonal qui est l'autorité de surveillance pour la profession en question ou qui est en étroits rapports avec celle-ci pour des raisons professionnelles.

L'article publié dans la RCC 1960, p. 393, au sujet du calcul de l'allocation revenant à des *médecins* n'ayant pas exercé d'activité lucrative avant d'entrer au service doit être modifié dans le sens du présent article.

BIBLIOGRAPHIE

Walter E. Grollmund : **Zum Problem der Pensionierung — der « Tag P »**, publié dans la Schweiz. Krankenkassen-Zeitung, Soleure, 1962, n° 8, pages 123-127.

Willi Gruss : **Allgemeine Versicherungslehre**. 164 p. Berne, Herbert Lang, 1962 (1^{er} vol. des « Leitfäden für das Versicherungswesen », publiés par la Commission suisse pour les examens professionnels en matière d'assurance).

La première et la deuxième partie de ce guide sont consacrées aux assurances privées (généralités, technique, exploitation). La troisième partie, qui compte environ 40 pages, traite des questions d'assurances sociales (origine, histoire, caractéristiques, mission) et donne une vue d'ensemble des assurances sociales en Suisse. Cet ouvrage peut rendre service aussi aux fonctionnaires de l'AVS, de l'AI et du régime des APG.

PETITES INFORMATIONS

Nouvelles interventions parlementaires
Postulat Schütz
du 5 juin 1962

Le 5 juin 1962, M. Schütz, conseiller national, a présenté le postulat suivant :

« Etant donnée la hausse continue des prix, le Conseil fédéral est invité :

1. A réviser le régime des allocations pour perte de gain et à en adapter les taux au renchérissement ;
2. A augmenter également le solde des soldats, des sous-officiers, des officiers et des recrues. »

Interpellation Gnägi,
du 6 juin 1962

Le 6 juin 1962, M. Gnägi, conseiller national, a présenté l'interpellation suivante :

« La loi sur l'AVS a été l'objet de cinq revisions au cours des dernières années. On doit reconnaître que les prestations aux rentiers ont été sensiblement améliorées. Cependant, le renchérissement s'étant encore considérablement accru, les améliorations de cette assurance n'ont pas eu leur plein effet.

Le régime en vigueur considère les prestations de l'AVS comme des rentes de base qui ne garantissent l'existence dans une mesure suffisante qu'avec l'appoint d'assurances complémentaires.

La plus forte rentrée des primes, le renchérissement intervenu récemment, mais aussi le souci de mieux assurer l'existence au terme de la vie active inspirent des interventions toujours plus nombreuses en faveur d'une nouvelle amélioration des prestations de ladite assurance.

Le Conseil fédéral est prié de dire:

— ce qu'il pense des améliorations en discussion ;

— quels effets il y aurait lieu d'attendre d'une AVS fortement améliorée dans le sens d'une assurance garantissant des ressources suffisantes pour vivre. »

Régime des APG
et protection civile

Comme nous l'avons annoncé dans le numéro de mai, page 190, le délai référendaire de la loi du 23 mars 1962 sur la protection civile a expiré le 27 juin. Jusqu'à cette date, quelques milliers de signatures seulement ont été envoyées à la Chancellerie fédérale, alors que l'article 89, 2^e alinéa, de la Constitution dispose que les lois fédérales et les arrêtés fédéraux de portée générale doivent être soumis à l'adoption ou au rejet du peuple lorsque la demande en est faite par 30 000 citoyens actifs ou par huit cantons. La demande de référendum n'ayant donc pas abouti, il n'y aura pas de votation populaire sur cette nouvelle loi et sur la modification de la LAPG qui en résulte.

Selon l'article 96, 1^{er} alinéa, de la loi sur la protection civile, le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur de ladite loi.

Nouvelles
personnelles

M. *Albrik Lüthy*, chef de la section de réadaptation des invalides à l'Office fédéral des assurances sociales, a été nommé chef de section I par le Conseil fédéral, le 18 juin 1962.

Le Département fédéral de l'intérieur a nommé M. *Hanspeter Kuratle* suppléant du chef de la section de réadaptation des invalides et l'a promu au rang de chef de section II pour le 1^{er} juillet 1962.

**Répertoire
d'adresses
AVS/AI/APG**

Page 8 : Caisse de compensation 18 (Grisons)
Nouveau numéro de téléphone : (081) 2 62 62/63.

Page 15 : Caisse de compensation 75 (Konfektion)

Page 15 : Caisse de compensation 77 (Métaux précieux)

Nouvelle adresse : Verena Konzett-Strasse 20.

Ce changement d'adresse résulte du changement de nom de l'ancienne Werdgässchen. Le domicile et le téléphone ne changent pas.

Page 22 : Commission AI du canton des Grisons

Nouveau numéro de téléphone : (081) 2 62 62/63.