

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 17 février 1962, en la cause W. B.

Article 9, 1^{er} alinéa, LAVS; article 6, 1^{er} alinéa, RAVS. Définition de l'exercice professionnel du commerce d'immeubles (revenu provenant d'une activité lucrative indépendante); distinction à faire entre ce commerce et la simple gestion de fortune (rendement du capital). (Considérant 1.)

Article 9, 1^{er} alinéa, LAVS. Le commerce d'immeubles, exercé professionnellement mais à titre accessoire, ne commence qu'à la vente des parcelles et non à l'achat du terrain à parceller (acte préparatoire). (Considérant 2.)

Articles 24 et 25, 1^{er} et 3^e alinéas, RAVS. La fixation des cotisations suppose, en principe, une activité lucrative continue. Les cotisations dues pour une activité lucrative exercée de manière intermittente sont calculées d'après le revenu de l'année civile pour laquelle elles sont dues. Il faut considérer comme activité lucrative intermittente celle qui se rapporte à une vente de parcelles dont le nombre était d'emblée limité. (Considérant 3.)

Articolo 9, capoverso 1, LAVS; articolo 6, capoverso 1, OAVS. Nozione dell'esercizio professionale del commercio d'immobili (reddito proveniente da un'attività lucrativa indipendente); distinzione da farsi tra questo commercio e la semplice amministrazione della sostanza (reddito del capitale). (Considerando 1.)

Articolo 9, capoverso 1, LAVS. Il commercio d'immobili, esercitato professionalmente ma a titolo accessorio, inizia soltanto con la vendita di appezzamenti e non già al momento dell'acquisto del terreno da dividere in appezzamenti (atto preparatorio). (Considerando 2.)

Articoli 24 e 25, capoversi 1 e 3, OAVS. La fissazione dei contributi presuppone, di regola, un'attività lucrativa continua. I contributi per un'attività lucrativa esercitata occasionalmente sono calcolati in base al reddito dell'anno civile per il quale essi sono dovuti. Si considera attività lucrativa esercitata occasionalmente quella che si riferisce ad una vendita di appezzamenti il cui numero era già da principio limitato. (Considerando 3.)

Un salarié avait acheté en 1951 déjà trois immeubles et les avait revendus jusqu'en 1954 à quatre personnes différentes. En 1955, il acheta un terrain pour le prix de 100 000 fr. et y fit construire six villas. Il habite lui-même dans l'une d'elles et a, de 1957 à 1960, vendu les cinq autres, ainsi que la partie du terrain restée non bâtie. Pour la période de calcul 1957/1958 (déterminante pour les impôts cantonaux et IDN 1959/1960), le gain provenant de cette vente, fixé en moyenne à 5970 fr. par an, fut considéré comme le revenu d'une activité lucrative. Le fisc communiqua ce montant à la caisse de compensation comme revenu d'une activité indépendante. Sur cette base, la caisse demanda à l'assuré, par deux décisions, des cotisations de 192 fr. par an pour les années 1957 à 1959 (AVS) et de 230 fr. 10 par an pour 1960 et 1961 (AVS/AI/APG). L'assuré refusa de payer des cotisations AVS sur le gain obtenu ; il tint pour arbitraire le point de vue fiscal selon lequel son commerce d'immeubles avait eu un caractère professionnel.

L'autorité de recours annula les décisions relatives aux années 1957 à 1959 et 1961, mais confirma celle de 1960. Elle admit qu'il s'agissait d'un cas-limite, mais estima qu'il n'y avait pas de raison suffisante de ne pas considérer les gains obtenus par le recourant comme revenu d'une activité indépendante. Elle estima, en outre, que le recourant avait commencé à exercer ce commerce d'immeubles non par la vente de la première parcelle, mais déjà en 1955, en achetant le terrain. Les cotisations pour 1957 à 1959 étant déterminées par le gain obtenu en 1955/1956 — qui est nul — il fallait annuler la décision de cotisations pour 1957 à 1959. Pour 1960, année pendant laquelle le recourant, d'après ses propres déclarations, avait vendu la dernière villa, les cotisations avaient été fixées correctement d'après la déclaration d'impôts sur le revenu moyen de 1957/1958. En revanche, il n'y avait plus de cotisations à payer pour 1961, pour autant que le recourant avait bien cessé de faire le commerce d'immeubles. Si le recourant, contrairement à sa déclaration, a exercé aussi en 1961 cette activité, il faudrait, pour cette année, rendre une nouvelle décision de cotisations sur la base du revenu 1957/1958.

L'OFAS interjeta appel de ce jugement. Le TFA admit l'appel et ordonna à la caisse de compensation de rendre de nouvelles décisions de cotisations. Voici ses considérants :

1. Il faut se demander d'abord, bien que le recourant n'ait pas attaqué les conclusions de l'autorité de première instance sur ce point, si les gains obtenus par le recourant dans la vente d'immeubles représentent bien un revenu provenant de l'activité indépendante soumis à cotisations selon les articles 9, 1^{er} alinéa, LAVS et 17 RAVS. Le bénéfice tiré de la vente d'un immeuble représente un revenu provenant d'une activité lucrative au sens des articles 21, 1^{er} alinéa, lettre c, AIN et 17 RAVS lorsque le vendeur pratique professionnellement le commerce d'immeubles (ATF 82 I 173; arrêts du TFA du 31 octobre 1949 en la cause A. K., ATFA 1949, p. 166 = RCC 1949, p. 471; du 25 août 1960 en la cause E. M., ATFA 1960, p. 196 = RCC 1961, p. 70). Cette condition est remplie dans le cas de l'assuré qui, ne se contentant pas de gérer une fortune privée ou de saisir une occasion qui se présente, vend et revend méthodiquement des immeubles pour en tirer un gain (arrêt du Tribunal fédéral, du 21 octobre 1949, publié dans « Archives de droit fiscal suisse », vol. 18, p. 333 et ss).

Le recourant a acheté en 1955 un terrain, y a construit des villas, qu'il a vendues (à part la sienne propre) de 1957 à 1960; il a vendu en outre une parcelle non bâtie. En soi, l'achat et la vente d'un seul terrain ne représentent évidemment pas un commerce professionnel d'immeubles. Toutefois, il faut relever, en l'espèce, que par suite des constructions et du parcellement, le terrain unique devint en fait un ensemble de

huit terrains, dont l'assuré vendit sept avec bénéfice dans l'espace de trois à quatre ans. Le nombre des parcelles vendues révèle déjà une activité méthodique; de plus, l'activité déployée par l'assuré comme constructeur et vendeur d'immeubles dépasse le cadre étroit d'une simple gestion de fortune privée, comme la caisse de compensation l'a justement constaté. La gestion privée suppose d'ailleurs une fortune qui doit être placée et un placement d'une certaine durée. D'après la taxation cantonale, la fortune de l'assuré était de 12 620 fr. à la fin de 1958; l'achat d'un immeuble de 100 000 fr. ne pouvait donc être conçu comme placement. Au contraire, l'assuré comprait, dès le début, bâtir des villas sur ce terrain et les vendre ensuite avec bénéfice, dès que possible, à l'exception de celle qu'il s'était réservée. D'autre part, les achats et ventes d'immeubles déjà pratiqués par l'assuré de 1951 à 1954 révèlent que l'intéressé se plaisait à avoir le commerce d'immeubles pour activité accessoire.

Ces faits montrent que les gains obtenus par l'assuré dans la vente d'immeubles doivent être considérés, ainsi que l'a fait l'autorité de première instance, comme le produit d'un négoce professionnel et, partant, comme un revenu provenant d'une activité indépendante et soumis aux cotisations personnelles.

2. En dérogation à la décision de la caisse, qui ne demandait des cotisations à l'assuré que depuis 1957, l'autorité de première instance a placé en 1955 déjà le début du commerce professionnel d'immeubles. D'après elle, un tel commerce ne commence pas seulement au moment où le gain est obtenu, mais se manifeste déjà par les actes préparatoires, ici représentés par l'acquisition des terrains nécessaires. En 1955, l'assuré doit de toute manière être assujéti comme « actif » et ne peut en tout cas pas l'être comme « non actif ». Par conséquent, le fait qu'il a acquis un terrain en 1955 ne constitue qu'un acte préparatoire — indispensable, il est vrai — pour l'obtention future du revenu d'une activité indépendante. De même que le temps consacré à la fabrication d'un premier stock de marchandises en vue de la prochaine ouverture d'un commerce n'a pas été considéré lors du calcul des cotisations (arrêt du 25 mars 1949 en la cause B., RCC 1949, p. 197), de même l'activité antérieure à la vente des immeubles peut-elle être ignorée lors de la détermination de la période pour laquelle des impôts ou des cotisations sont dus sur le produit de cette activité. Cela étant, l'assuré n'est tenu de payer de telles cotisations qu'à partir de 1957.

3. Les cotisations ont été calculées par la caisse pour les années 1957 à 1961 sur la base du revenu moyen de 1957 et 1958, soit:

- pour 1957 et 1958, selon les articles 23, lettre b, et 25, 1^{er} alinéa, RAVS;
- pour 1959, selon l'article 25, 1^{er} alinéa, lettre c, RAVS;
- pour 1960 et 1961, selon l'article 24, 1^{er} et 2^e alinéas, RAVS.

Cette manière de faire serait juste si le commerce d'immeubles pratiqué par l'assuré représentait une activité régulière. La fixation des cotisations selon les articles 24 et 25, 1^{er} alinéa, RAVS suppose, en effet, une activité lucrative continue, où les fluctuations du revenu peuvent se compenser d'une période à l'autre et où seule la cessation de l'activité exclut la dernière possibilité de compensation. Cependant, si l'activité n'est exercée que d'une manière intermittente, par exemple parce qu'elle se borne à la vente d'un nombre restreint d'objets déterminés à l'avance, une fixation des cotisations d'après la période fiscale de calcul pendant laquelle le revenu a été par hasard plus élevé ou plus bas pourrait donner un résultat injuste. C'est ce que l'article 25, 3^e alinéa, RAVS vise à empêcher. Aux termes de cette disposition, le revenu provenant d'une activité indépendante accessoire, exercée de manière intermittente, détermine le montant des cotisations de l'année civile dans laquelle il a été acquis.

C'est le cas ici. L'activité accessoire de l'assuré s'est étendue, il est vrai, sur quatre ans; néanmoins, elle doit être considérée comme intermittente, puisqu'il s'agissait de la vente d'un nombre limité de parcelles et que, pendant trois années sur quatre, l'assuré n'a vendu qu'une parcelle par année. C'est pourquoi la cotisation pour chacune des années 1957 à 1960 doit être calculée d'après le gain obtenu la même année.

L'application de l'article 25, 3^e alinéa, RAVS ne se justifie toutefois qu'à la condition que l'assuré n'ait pas fait d'autres ventes d'immeubles après la vente de la dernière parcelle (1960). La caisse de compensation devra élucider cette question. Si l'assuré avait continué à faire du commerce d'immeubles après ce dernier acte, son activité indépendante ne pourrait plus être considérée sans autres comme intermittente et les cotisations devraient être éventuellement fixées comme l'a fait la caisse de compensation le 15 mai 1961.

Arrêt du TFA, du 1^{er} mars 1962, en la cause W. K.

Article 11, 2^e alinéa, LAVS. Pour un détenu à qui le pénitencier alloue un pécule au sens des articles 376 et suivants CPS, le paiement de la cotisation minimum sur ce pécule ne représente pas une charge trop lourde. Il n'y a donc pas lieu d'accorder la remise de cette cotisation.

Articolo 11, capoverso 2, LAVS. Per un detenuto al quale lo stabilimento penitenziario assegna un peculio ai sensi degli articoli 376 segg. CPS, il pagamento del contributo assicurativo minimo sul peculio non rappresenta un onere troppo grave. Non è dunque il caso di concedere il condono di detto contributo.

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 12 décembre 1961, en la cause F. L.

Article 85, 2^e alinéa, lettre b, LAVS. La forme du recours ne doit pas être soumise à des exigences trop strictes. Une déclaration écrite, exprimant clairement la volonté du recourant de ne pas accepter la décision, suffit. Confirmation de la jurisprudence. (Considérant 1.)

Articles 84, 1^{er} alinéa, LAVS, 34, 2^e alinéa, et 35, 2^e et 3^e alinéas, RAVS. L'autorisation donnée à un employeur d'établir le décompte des cotisations selon une procédure simplifiée plutôt que selon la procédure ordinaire, et par conséquent de payer une plus faible contribution aux frais d'administration, peut faire l'objet d'une décision de caisse. Il en va de même de la révocation de cette autorisation. (Considérant 2.)

Article 128, 2^e alinéa, RAVS. Les décisions qui n'indiquent pas les moyens de droit sont valables, mais le délai de recours ne court pas et la décision ne passe pas formellement en force. (Considérant 3.)

Articolo 85, capoverso 2, lettera b, LAVS. I requisiti formali dell'atto di ricorso non devono essere troppo rigorosi. Una dichiarazione scritta che

esprime chiaramente la volontà del ricorrente di non accettare la decisione è sufficiente. Conferma della giurisprudenza. (Considerando 1.)

Articoli 84, capoverso 1, LAVS, 34, capoverso 2, e 35, capoversi 2 e 3, OAVS. L'autorizzazione data ad un datore di lavoro di regolare i conti dei contributi secondo una procedura semplificata invece della procedura ordinaria e di versare, di conseguenza, un contributo minore per le spese d'amministrazione, può essere oggetto di una decisione della cassa. Lo stesso dicasi per la revocazione di questa autorizzazione. (Considerando 2.)

Articolo 128, capoverso 2, OAVS. Le decisioni in cui non figurano i rimedi di legge sono valide, tuttavia il termine di ricorso non decorre e la decisione non passa formalmente in giudicato. (Considerando 3.)

L'employeur F. L. est propriétaire d'une fabrique qui occupe une centaine de personnes. La somme des salaires annuels dépasse 200 000 fr. Par décision du 17 juin 1960, la caisse de compensation autorisa F. L. à ne faire le décompte des cotisations AVS qu'une fois par année (ce qu'on appelle le décompte dans le groupe C) et non plus, comme jusqu'alors, une fois par trimestre; cependant, elle lui retira ce privilège par lettre chargée du 12 août 1960, car il n'avait pas respecté ses obligations.

Le 27 avril 1961, la caisse de compensation rendit une décision de taxation et de paiement aux termes de laquelle l'employeur devait payer la différence entre l'ancienne contribution aux frais d'administration et la nouvelle contribution augmentée, soit 277 fr. 55; le 2 mai, la caisse envoya à cet employeur une sommation écrite pour le premier décompte trimestriel, échu le 10 avril. L'employeur renvoya les deux documents à leur expéditeur le 4 mai; la sommation était accompagnée d'une note disant « Refusé. La somme des salaires est déterminante », et la décision de paiement portait la remarque « Refusé. J'ai le droit, comme tout autre membre, de faire les décomptes dans le groupe C et j'ai rempli mes obligations à cet égard ».

L'autorité cantonale de recours considéra que ces deux notes ne répondaient pas aux exigences formelles d'un recours, et que la sommation de la caisse n'avait pas le caractère d'une décision. En outre, la révocation, seule attaquée, de l'autorisation de décompter dans le groupe C était déjà passée en force, si bien que le recours devait être écarté.

Le TFA admit l'appel de l'employeur et renvoya la cause à l'autorité de première instance pour nouveau jugement. Voici ses considérants.

1. L'avis exprimé par l'OFAS doit être retenu. L'article 85, 2^e alinéa, lettre b, LAVS dispose que l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions. Cette disposition est constamment interprétée par le TFA au sens large, car il doit être possible à tout citoyen de mener lui-même un procès en matière d'AVS. Il ne faut donc pas être trop exigeant sur des questions de forme. Une déclaration écrite exprimant clairement la volonté de l'intéressé de refuser la décision prise suffit (arrêts du TFA du 31 janvier 1958 en la cause H. S., RCC 1958, p. 178; du 28 septembre 1956 en la cause W. S. A., RCC 1956, p. 442; du 17 décembre 1956 en la cause Ecole suisse de ski de S., RCC 1957, p. 129). Les notes rédigées le 4 mai 1961 par l'appelant satisfont à cette condition. En effet, l'appelant y déclare nettement qu'il n'accepte pas la décision de la caisse. L'autorité de première instance a même été en mesure d'en déduire ce que l'appelant prétendait attaquer. Une décision de ne pas entrer en matière n'aurait d'ailleurs pu être valablement rendue que si le tribunal avait au préalable imparti un nouveau délai à l'employeur pour combler les lacunes du recours et si le recourant n'avait pas observé ce délai (art. 85, 2^e al., lettre b,

LAVS; arrêts du TFA du 28 novembre 1950 en la cause R. P., RCC 1951, p. 43; du 2 juin 1951 en la cause P. H., RCC 1951, p. 346; du 28 septembre 1956 en la cause W. S.A., RCC 1956, p. 442).

2. Différente est la question de savoir si l'attribution à un groupe de décompte peut être l'objet d'une décision sujette à recours, et si une telle décision a bien été prise en l'espèce. La réponse doit être affirmative, comme le propose l'OFAS. Aux termes de la disposition générale de l'article 84 LAVS, le recours est possible dès l'instant que la décision attaquée a été prise en vertu de ladite loi, et fait connaître la manière dont la loi est appliquée dans le cas particulier (arrêt du TFA du 24 mai 1949 en la cause F. S.A., ATFA 1949, p. 81 = RCC 1949, p. 300). Or, il en va bien ainsi de la décision attaquée, qui se fonde sur l'article 35, 2^e et 3^e alinéas, RAVS. Car si la caisse a le pouvoir d'autoriser un employeur, qui remplit les conditions prévues, à pratiquer un système de décomptes simplifié, ce pouvoir doit s'étendre également à la révocation de l'autorisation (*contrarius actus*). Dans ce que l'autorité de première instance désigne elle-même comme un jugement (« *Entscheid* »), l'employeur est invité, d'une part, à reprendre le décompte trimestriel et non plus annuel, d'autre part à payer de nouveau une contribution plus élevée aux frais d'administration (5 pour cent au lieu de 3 pour cent). Vu le travail et la charge financière supplémentaires résultant de cette décision, l'employeur avait un intérêt légitime à former recours. Cet intérêt justifiait son opposition au retrait de l'autorisation, décidé le 12 août 1960. La décision de paiement du 27 avril 1961 n'avait dès lors plus qu'un caractère accessoire; il est par conséquent superflu de se demander encore si cette décision pouvait à elle seule être déférée en appel, question que l'on aurait pu se poser, car l'employeur ne conteste pas comme tel le montant des frais de gestion réclamés et parce que ce point ressortit en l'espèce uniquement au droit cantonal.

3. L'OFAS remarque à juste titre que l'acte du 12 août 1960 ne contient pas l'indication des voies de droit, contrairement à ce que prescrit l'article 128, 2^e alinéa, RAVS pour toutes les décisions de caisse. Cette lacune à la forme n'entraîne pas en soi la nullité de la décision; elle a cependant empêché le délai de recours de courir, en sorte que la décision n'a jamais pu entrer en force (arrêt du TFA du 20 décembre 1956 en la cause R. S. A., RCC 1957, p. 185). C'est donc à tort que l'autorité de recours a reconnu la force de chose jugée à cette décision. Son prononcé refusant l'examen du fond du litige doit ainsi être annulé et la cause lui être renvoyée pour qu'il examine le recours et rende un nouveau jugement, non sans avoir au préalable complété l'état des faits sur certains points.

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 5 mars 1962, en la cause M. D.

Article 13 LAI; article 2, chiffre 129, lettre b, OIC. Un cas d'épilepsie qui est dû probablement à une lésion du cerveau, subie avant la naissance par suite d'une gestose ou d'une grave jaunisse (icterus gravis), est une infirmité congénitale au sens de l'AI.

Articolo 13 LAI; articolo 2, cifra 129, lettera b, OIC. E' considerata infermità congenita a sensi dell'AI l'epilessia originata probabilmente da una lesione cerebrale, subita prima della nascita in seguito ad una tossicosi gravidica o ad una grave itterizia (icterus gravis).

Le père de l'assurée, qui est née en 1944 et souffre d'épilepsie, demanda en février 1960 l'octroi de mesures médicales, l'assurée ayant besoin de soins médicaux constants. Se fondant sur un prononcé de la commission AI, la caisse de compensation refusa de prendre en charge des mesures médicales, alléguant qu'il ne s'agissait pas d'une infirmité congénitale et qu'il fallait envisager un traitement de longue durée. Le père recourut contre cette décision, déclarant que l'assurée souffrait d'une infirmité congénitale puisqu'elle était atteinte d'épilepsie essentielle.

A la demande de l'autorité cantonale de recours, l'Institution suisse pour épileptiques, à Zurich, fit une expertise, dont il ressort que l'assurée souffre d'une lésion prénatale au sens de l'article 2, chiffre 129, lettre b, OIC. L'autorité de recours admit donc l'existence d'une épilepsie au sens de cette disposition et chargea la commission AI de rendre un nouveau prononcé sur les mesures médicales qui devaient être accordées.

L'OFAS interjeta appel contre ce jugement de première instance et rappela que le médecin avait diagnostiqué une encéphalite survenue après la vaccination antivariolique. L'Institution suisse pour épileptiques, invitée par le TFA à donner son avis, déclara qu'il était plausible d'admettre que l'assurée était née avec une lésion du cerveau causée soit par une gestose, soit par une grave jaunisse (icterus gravis). Le fait qu'une vaccination ait provoqué, plus tard, une lésion et de nouvelles crises ne pouvait pas être objecté à l'existence d'une lésion prénatale du cerveau.

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

1. L'Institution pour épileptiques déclare, dans son expertise complémentaire, que la mère de l'assurée avait reçu en été 1944 plusieurs piqûres, souffrant de « gestose avec hypertonie, albuminurie et œdèmes ». L'assurée naquit avec un icterus gravis et eut environ un mois plus tard une première crise épileptiforme. Dans ces conditions, il est vraisemblable que la gestose ait entraîné une lésion du cerveau de l'embryon ou que, sous l'effet d'un ictère nucléaire, le cerveau ait reçu une lésion prénatale. L'idée du médecin, selon lequel une lésion due à la vaccination de 1945 aurait provoqué une épilepsie essentielle, est démentie par l'anamnèse familiale — bien connue de l'Institution — et par le fait que l'assurée a déjà eu en 1944 une crise épileptiforme. Indépendamment de cela, une crise consécutive à la vaccination antivariolique ne serait pas une preuve qu'on ait affaire ici à une épilepsie essentielle (qui n'est pas une infirmité congénitale; cf. arrêt du TFA du 8 novembre 1961 en la cause E. M., considérant 2, RCC 1962, p. 39) et non pas à une épilepsie prénatale¹. Dans certains cas, une lésion due à la vaccination peut, comme le montre l'Institution, déclencher la première manifestation clinique d'une épilepsie prénatale.

Le TFA estime superflu de demander une nouvelle expertise, puisque le médecin avait proposé à la commission AI de faire examiner l'assurée par le médecin de famille ou par un spécialiste pour obtenir un diagnostic exact. Si la clinique spécialisée de Zurich n'a pas convoqué l'assurée au début de 1962, c'est probablement parce que les

¹ On entend par là une épilepsie symptomatique due à des affections congénitales du cerveau selon article 2, chiffre 129, lettre b, OIC.

documents qu'elle possède sur l'anamnèse ont suffi à établir une expertise complémentaire.

En outre, il serait souhaitable que l'Institution pour épileptiques indique désormais aux organes administratifs ou autorités juridictionnelles de l'AI, d'une manière aussi complète que possible, les faits sur lesquels elle fonde ses expertises, et ne se contente pas de brefs rapports.

2. La commission cantonale AI devra déterminer quelles sont les mesures médicales à prendre en charge dans le cas présent (art. 13 et 60 LAI et art. 1^{er}, 3^e al., OIC). Quant à la question du droit à une rente d'invalidité, elle ne pourra être tranchée, sur une demande de l'assurée, qu'en 1963 au plus tôt (art. 29, 2^e al., et 46 LAI).

Arrêt du TFA, du 29 mars 1962, en la cause P. K.

Article 10, 2^e alinéa, RAI. Un enseignement complémentaire, parallèle à la fréquentation d'une école publique, n'est pas pris en charge par l'AI s'il ne s'agit pas d'un enseignement de lecture labiale ou d'orthophonie.

Article 8, 1^{er} alinéa, lettre b, RAI. Par « mesures spéciales », on ne peut entendre que des contributions aux frais de transport et de pension.

Articolo 10, capoverso 2, OAI. Le spese per un insegnamento completo abbinato alla frequentazione di una scuola pubblica non sono assunte dall'AI, salvo che si tratti di un insegnamento di lettura labiale o di ortofonia.

Articolo 8, capoverso 1, lettera b, OAI. Per « provvedimenti speciali » s'intendono soltanto i sussidi per le spese di trasporto e di vitto e alloggio fuori di casa.

L'assuré, né en 1947, souffre depuis 1953 de la maladie de Still-Chauffard (rhumatisme chronique des enfants); de plus, il est aveugle de l'œil gauche, tandis que l'acuité visuelle de l'œil droit est fortement réduite. Tant qu'il put voir suffisamment, il suivit l'école primaire. Au printemps 1960, il entra dans une école publique spéciale, dont il ne put toutefois suivre les leçons que deux heures par jour. En outre, une assistante sociale pour aveugles lui enseigna à domicile l'écriture de Braille, et deux institutrices lui donnèrent des leçons privées de français et de calcul. Depuis le 1^{er} avril 1961, l'assuré fréquente une école pour aveugles.

Par décision du 10 février 1961, la caisse de compensation notifia au père de l'assuré que la commission AI, selon les instructions de l'OFAS, avait refusé une contribution à la formation scolaire spéciale et la remise de moyens auxiliaires (machine à caractères de Braille et machine à écrire).

Le père recourut contre cette décision et demanda le remboursement d'un montant de 233 fr. 50 pour des leçons privées, les autres frais d'enseignement privé ayant été pris en charge par l'assistance scolaire. La commission cantonale de recours admit ce recours.

L'appel interjeté par l'OFAS contre ce jugement a été admis par le TFA, dont voici les considérants:

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 des contributions aux frais d'école et aux

frais de pension (2^e al.). Le 3^e alinéa de cet article charge le Conseil fédéral de préciser les conditions nécessaires à l'octroi de subsides; le Conseil fédéral a usé de cette compétence aux articles 8 et suivants du RAI.

L'article 19, 1^{er} alinéa, LAI montre que des subsides ne peuvent être alloués, en principe, pour des leçons données *en marge* de l'enseignement dans une école publique (qui comprend aussi l'enseignement dans les classes spéciales ou de développement, selon art. 8, 2^e al., RAI); en effet, dans ces cas-là, les mineurs aptes à recevoir une instruction peuvent fréquenter l'école publique. Si l'article 10, 2^e alinéa, RAI prévoit une contribution aux frais d'enseignement complémentaire de lecture labiale ou d'orthophonie, dont le but est de permettre à l'assuré de suivre l'école publique, c'est une exception, justifiée par les méthodes d'enseignement spéciales que l'on applique aux mineurs durs d'oreille ou souffrant de difficultés d'élocution. Cette disposition ne peut créer un droit à des prestations plus étendues, dépassant les limites de l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI. Au contraire, il faut admettre qu'un enseignement donné en marge de celui d'une école publique ne peut être pris en charge par l'AI, à moins qu'il ne s'agisse de lecture labiale ou d'orthophonie. Si l'article 8, 1^{er} alinéa, lettre b, RAI prévoit des mesures spéciales qui permettent aux mineurs invalides de fréquenter l'école publique, cela ne mène, en ce qui concerne les contributions aux frais d'école, à aucun autre résultat; en effet, ces mesures spéciales ne comprennent, selon l'article 11 RAI, que des contributions aux frais de transport et de pension.

L'assuré ne peut donc prétendre une contribution pour les leçons d'écriture de Braille, de français et de calcul qu'il prend à domicile en marge de l'école publique. L'appel de l'OFAS se trouve ainsi justifié. D'ailleurs, remarquons qu'un enseignement approprié ne peut être donné à l'assuré que dans une école spéciale pour aveugles ou pour mineurs faibles de la vue; c'est précisément une école de ce genre qu'il fréquente depuis le 1^{er} avril 1961.

Arrêt du TFA, du 17 février 1962, en la cause G. R.

Articles 117, 1^{er} alinéa, RAI, et 3, 1^{er} alinéa, OIC. La mise en vigueur du RAI et de l'OIC avec effet rétroactif, ainsi que leur application aux demandes non encore liquidées à la date de leur entrée en vigueur, sont conformes à la loi.

Articolo 117, capoverso 1, OAI; articolo 3, capoverso 1, OIC. L'introduzione dell'OAI e dell'OIC con effetto retroattivo come pure la loro applicazione alle richieste di prestazioni non ancora sbrigate al momento dell'entrata in vigore di dette ordinanze, sono conformi alla legge.

L'assuré, né en 1956, souffre d'une hernie ombilicale, qui fut opérée le 22 novembre 1960. L'hôpital demanda alors des prestations de l'AI en sa faveur. Le 20 février 1961, la commission AI refusa la prise en charge de mesures médicales, déclarant qu'il n'y avait pas d'infirmité congénitale au sens de l'OIC. La caisse de compensation notifia sa décision au père de l'assuré le 28 février 1961. Celui-ci recourut, en répliquant qu'il s'agissait bel et bien d'une infirmité congénitale, puisqu'elle figurait dans la liste provisoire dressée par l'OFAS; le cas ayant été signalé déjà en novembre 1960, on ne pouvait invoquer l'OIC.

La commission cantonale de recours admit le recours. A son avis, on enfreindrait le principe de l'égalité de droit en appliquant ici l'article 117 RAI et en jugeant confor-

mément à l'OIC les demandes déposées en 1960 concernant des infirmités congénitales, mais non encore liquidées à la fin de cette année-là, alors que les demandes déjà liquidées en 1960 l'avaient été sur la base de la liste provisoire. L'OFAS porta ce jugement devant le TFA, en affirmant qu'il n'était pas conforme à la jurisprudence de cette autorité de dernière instance.

Le TFA admit l'appel de l'OFAS avec les considérants suivants:

1. ...

2. Selon l'article 13 LAI, les assurés mineurs ont droit 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 de faire une liste des infirmités donnant droit à ces mesures, a publié le 5 janvier 1961 son ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC), dont l'article 2 contient ladite liste. Cette ordonnance, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1961, remplace les directives que l'OFAS avaient émises le 16 janvier 1960, usant de sa compétence de prendre toutes mesures légales utiles pour l'introduction de l'AI.

3. La hernie ombilicale figurait dans la liste provisoire des infirmités congénitales dressée le 16 janvier 1960 par l'OFAS; elle ne figure plus dans la liste définitive, donnée par l'OIC et valable dès le 1^{er} janvier 1961. Laquelle de ces deux listes faut-il considérer comme valable en l'espèce?

4. Le TFA a déjà décidé à plusieurs reprises (arrêts H. Sch. du 15 juin 1961, RCC 1961, p. 334; Th. S., du 21 décembre 1961, RCC 1962, p. 164) que l'OIC, vu ses liens étroits avec le RAI du 17 janvier 1961, et malgré l'absence d'une disposition spéciale correspondant à l'article 117, 1^{er} alinéa, RAI, ne pouvait être soumise à une autre réglementation transitoire que celle du RAI. Selon cette jurisprudence, c'est l'OIC qu'il faut appliquer au cas présent. Or, la liste de l'OIC ne mentionne pas la hernie ombilicale; par conséquent, l'assuré n'a pas droit à des prestations en vertu de l'article 13 LAI.

5. L'autorité de première instance a, malgré cette jurisprudence, admis le recours de l'assuré dans son jugement du 16 août 1961 et agréé sa demande.

a) Cette autorité prétend que l'article 117 RAI crée une inégalité de droit qui ne peut être justifiée par des motifs raisonnables et enfreint par conséquent l'article 4 de la Constitution fédérale. En effet, cette disposition entraîne une conséquence qui semble injuste: des demandes visant à obtenir le remboursement des frais d'opération d'infirmités congénitales qui figurent dans la liste de l'OFAS, mais manquent dans la nouvelle liste de l'OIC, doivent être rejetées, même si elles ont été déposées avant le 1^{er} janvier 1961.

Effectivement, l'OIC n'a pas repris certaines infirmités qui figuraient dans la liste de l'OFAS; mais elle admet des infirmités qui manquaient dans l'ancienne liste, ainsi par exemple trois affections de la peau, six anomalies du squelette et trois sortes de malformations des poumons. En outre, l'OIC contient une nouvelle disposition, aux termes de laquelle le Département de l'intérieur est autorisé à désigner comme infirmités congénitales, dans des cas d'espèce, des affections dont la nature congénitale est évidente, mais qui ne sont pas mentionnées dans l'OIC (art. 3 OIC). L'effet rétroactif garantit donc à bien des assurés une protection plus étendue de l'AI.

L'autorité de première instance semble oublier, en outre, que la liste de l'OIC s'inspire de connaissances médicales plus approfondies et les applique directement aux assurances sociales. Il serait injuste que les dispositions relatives aux infirmités congénitales continuent à englober des infirmités dont un mûr examen a révélé qu'elles n'étaient pas congénitales ou, du moins, pas importantes au sens de la loi. Inversement,

si l'on adoptait la solution proposée par ladite autorité, il faudrait refuser des prestations pour des infirmités ayant fait l'objet d'une demande avant le 5 janvier 1961, bien que le Conseil fédéral ait constaté depuis lors qu'elles sont réellement congénitales et d'une certaine importance. Enfin, l'autorité ne pense pas aux difficultés de l'application pratique d'une telle solution; ayant à peine eu le temps d'assurer le bon fonctionnement de tous ses rouages, l'organisation de l'AI devrait appliquer simultanément à certains cas en suspens l'OIC et le RAI, et à d'autres les directives incomplètes et provisoires de l'OFAS, dont elle devrait quand même combler les lacunes à l'aide du RAI. Un tel régime transitoire ne pourrait que nuire à la sécurité juridique.

Le Conseil fédéral a donc eu de bonnes raisons de donner au RAI et, partant, à l'OIC un effet rétroactif.

b) L'autorité de première instance invoque, en outre, l'article premier du titre final du CCS. Or, comme le montre l'argumentation ci-dessus, les règles civiles du régime transitoire ne peuvent être valables sans autre dans n'importe quel domaine juridique, mais doivent parfois s'effacer devant une application judicieuse des progrès scientifiques.

En outre, l'effet rétroactif d'un droit nouveau n'est pas étranger à la législation en matière d'assurances sociales. Ainsi, la loi fédérale sur l'assurance militaire, du 20 septembre 1949, précise (art. 60, 2^e al.) que les cas n'ayant pas encore été réglés par une décision passée en force lors de l'entrée en vigueur de cette loi le seront selon le droit nouveau (ATFA 1953, p. 28 et suivantes; Renggli, Rückwirkung von Rechtsnormen in der Sozialversicherung, dans Revue suisse des assurances sociales, 1959, p. 236). La nouvelle loi du 19 décembre 1958 traite de la même manière les dispositions entrées en vigueur le 1^{er} janvier 1959 (chiffre II, 2^e al.). Les deux lois visaient à améliorer la situation des militaires; mais les assurés dont la demande était encore en suspens au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi jouissaient d'une situation privilégiée, qui contrastait avec celle, moins avantageuse, des militaires dont la demande, présentée à la même époque et fondée sur le même droit, avait déjà été formellement traitée.

Il en est de même dans l'AI. L'article 117 RAI correspond à l'article 60, 2^e alinéa, LAM. Il est une conséquence du mandat confié au Conseil fédéral de prendre toutes mesures utiles pour l'introduction de l'AI et de faire exécuter la loi. Il n'est pas contraire à la loi, car il assure la solution transitoire la plus appropriée. L'appel de l'OFAS doit donc être admis.

RENTES

*Arrêt du TFA, du 26 février 1962, en la cause B. R.*¹

Article 28, 3^e alinéa, LAI; article 26, 1^{er} alinéa, RAI. Le revenu qu'un assuré, invalide dès son enfance et occupé actuellement comme cantonnier, pourrait obtenir s'il n'était pas invalide est généralement le salaire moyen d'ouvriers qualifiés ou semi-qualifiés de la même région et non pas un revenu théorique quelconque plus élevé. (Considérant 3.)

Article 28, 1^{er} alinéa, LAI. En principe, il y a cas pénible si l'assuré, invalide de 40 à 50 pour cent, ne peut, en raison de lourdes charges familiales ou de frais médicaux indispensables et exceptionnellement élevés, atteindre

¹ Voir l'article p. 265.

le minimum vital nécessaire à son entretien et à celui de ses proches vivant avec lui, et envers lesquels il a une obligation d'entretien. (Considérant 4.)

Articolo 28, capoverso 3, LAI ; articolo 26, capoverso 1, OAI. Il reddito che un assicurato, invalido dall'infanzia e occupato attualmente quale cantoniere, potrebbe conseguire se non fosse invalido, corrisponde generalmente al salario medio d'operai qualificati o semiquelificati della medesima regione, e non già ad un qualsiasi reddito teorico più alto. (Considerando 3.)

Articolo 28, capoverso 1, LAI. In via di principio, havvi caso penoso se l'assicurato, invalido dal 40 al 50 per cento, non è in grado, per causa di gravi oneri familiari o di spese mediche indispensabili e straordinariamente alte, di conseguire il minimo di esistenza per sé stesso e per i familiari conviventi, verso i quali ha obbligo di mantenimento. (Considerando 4.)

L'assuré, né en 1908, s'est fracturé le genou gauche à l'âge de six ans. A la suite d'une arthrodèse, il a ce genou ankylosé et souffre en outre d'une forte atrophie de toute la jambe gauche avec diminution de la mobilité de la cheville et de l'articulation de la hanche. Après avoir été manœuvre et, plus tard, ouvrier dans une fabrique d'horlogerie, il travaille actuellement comme cantonnier. Il a obtenu, durant les années 1952 à 1959, un revenu annuel moyen de 4893 francs.

Une rente AI, requise par l'intéressé en 1960, lui a été refusée par la Commission AI; celle-ci, en comparant ledit revenu avec celui d'un ouvrier qualifié en région urbaine, soit 8600 francs, a fixé en effet le taux d'invalidité à 44 pour cent. Saisie d'un recours, l'autorité de première instance l'a rejeté. Sur appel de l'assuré, le TFA a annulé l'arrêt cantonal et renvoyé la cause à la Commission AI pour enquête complémentaire et nouveau prononcé, pour les motifs suivants:

1. ...

2. 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. Lorsque l'assuré est invalide pour moins des deux tiers (66 ⅔ pour cent), le montant de la rente est réduit de moitié. 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).

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 catégories particulières mentionnées à l'article 28, 3^e alinéa, LAI, de comparer entre eux deux revenus hypothétiques.

3. Dans l'espèce, la commission AI et le juge cantonal ont assimilé le revenu effectif de l'appelant à celui qu'il « pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui ». Si l'on considère que l'appelant exerce la même activité depuis plus de dix ans, que le revenu qu'il en tire présente une très grande régularité, que — comme relevé ci-dessus — l'appelant exerce une activité et obtient un revenu répondant à son état de santé et à sa capacité de gain, cette assimilation paraît pleinement justifiée. Aussi le revenu à prendre pour premier terme de la comparaison s'élève-t-il à quelque 4900 francs.

Quant au revenu que l'appelant « aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide », la commission AI et le juge cantonal l'ont évalué à 8600 francs. Aux termes de l'article 26, 1^{er} alinéa, RAI, en effet, « lorsque l'assuré n'a pas pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité, le revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide est, en règle générale, le salaire moyen d'ouvriers qualifiés et semi-qualifiés ». Cette disposition, édictée en exécution de l'article 28, 3^e alinéa, LAI et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1961, est applicable également aux demandes non encore liquidées à cette date (art. 117, 1^{er} al., RAI) et l'est par conséquent au présent cas; elle reprend d'ailleurs la réglementation provisoire antérieure. Or, les barèmes dressés par l'OFAS, sur la base de données statistiques, indiquent pour un tel ouvrier en région urbaine un revenu de 8600 francs en 1960. Les allégations de l'appelant quant au gain qui aurait été le sien dans l'industrie horlogère, s'il n'avait pas été invalide, restent sans doute dans le domaine des possibilités. Il ne s'agit cependant que d'hypothèses, dont la vraisemblance n'est pas suffisamment assurée pour permettre de déroger à la règle. Les organes de l'AI ont tenu d'ailleurs compte, dans toute la mesure admissible, des probabilités de travail dans l'industrie, en adoptant pour second terme de la comparaison le revenu moyen d'un ouvrier qualifié ou semi-qualifié en région urbaine.

La comparaison des deux revenus déterminants révèle ainsi que l'invalidité de l'appelant est supérieure à 40 pour cent, mais qu'elle n'atteint pas 50 pour cent. Aussi l'octroi d'une rente d'invalidité — sous forme de demi-rente — n'est-il possible que si l'on se trouve en présence d'un « cas pénible » au sens de l'article 28, 1^{er} alinéa, 3^e phrase, LAI.

4. L'article 28, 1^{er} alinéa, 3^e phrase, LAI dispose que la demi-rente « peut être allouée », dans les cas pénibles, lorsque le degré d'invalidité se situe entre 40 et 50 pour cent. Se fondant sur des déclarations faites lors des délibérations parlementaires (voir notamment Bull. stén. Conseil des Etats, 1959, p. 264-265), le juge cantonal a estimé que l'octroi d'une rente dans ces cas pénibles était une simple possibilité laissée à la compétence exclusive de la commission AI et dont l'examen échappait à la connaissance du juge. La Cour de céans ne saurait partager cet avis. D'une part, en effet, le texte légal ne réserve pas cette compétence aux seuls organes administratifs. D'autre part, selon un principe général des assurances sociales (voir p. ex. à propos de l'art. 96, 2^e al., LAMA: ATFA 1957, p. 240; de l'art. 20, 3^e al., LAVS: ATFA 1957, p. 54 = RCC 1957, p. 230; de l'art. 76, 1^{er} al., RAVS: ATFA 1959, p. 199 = RCC 1959, p. 450), une compétence de ce genre, même attribuée aux organes administratifs, n'est pas abandonnée à leur arbitraire; de par leur nature, ces organes sont bien plutôt

tenus d'apprécier chaque cas suivant des critères objectifs et uniformes pour l'ensemble du champ d'application de l'assurance, le juge ayant alors qualité pour examiner s'ils n'ont pas outrepassé leur pouvoir d'appréciation. Ainsi que le TFA l'a d'ailleurs confirmé déjà expressément à propos de l'article 18, 2^e alinéa, LAI (voir p. ex. arrêt J. G. du 6 janvier 1962, RCC 1962, p. 122) et implicitement à propos de l'article 28, 1^{er} alinéa, 3^e phrase, LAI ici en cause (voir p. ex. ATFA 1961, p. 175 = RCC 1961, p. 251), l'assuré possède un droit aux prestations dès que les conditions mises à leur obtention sont réalisées, et le juge peut par conséquent modifier toute décision portant octroi ou refus de la rente dans les cas pénibles.

Ni le texte légal, ni les dispositions d'exécution ne définissent la notion de « cas pénible ». Des délibérations parlementaires — où est née l'idée de l'octroi d'une demi-rente dans de tels cas — il paraît ressortir que l'intention du législateur était de tenir compte de circonstances particulières rendant l'assuré incapable de subvenir à son entretien, malgré son degré d'invalidité inférieur à la moitié. Les instructions administratives édictées par l'OFAS relèvent que l'admission d'un cas pénible dépend de critères économiques et sociaux; selon ces instructions, l'existence d'un cas pénible peut être admise en principe lorsque l'assuré n'est pas en mesure de subvenir à son propre entretien ni à celui de ses proches envers lesquels il a une obligation d'entretien, ou doit supporter en raison de son invalidité des frais particulièrement élevés qui ne sont pas couverts par l'assurance, par exemple les frais des médicaments nécessaires au traitement d'une maladie. Ces critères répondent manifestement, dans leur essence, à la notion de cas pénible. Il est permis dès lors d'admettre en principe qu'il y a 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'invalidé qui utilise à plein cette capacité résiduelle ne peut 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.

Dans l'espèce, la situation familiale de l'appelant n'est que partiellement connue. On ignore en particulier si l'épouse exerce une activité lucrative et quel serait alors son gain, si éventuellement une telle activité pourrait être raisonnablement exigée d'elle, si la fille de l'appelant, née en 1941, vit en communauté domestique avec ses parents et serait tenue à assistance, si le fils né en 1945 est effectivement entré en apprentissage et, le cas échéant, à quelle date, s'il y a peut-être d'autres enfants encore. Les éléments qui ressortent du dossier ne permettant donc pas à la Cour de céans de statuer en l'état, la cause doit être renvoyée à la Commission AI pour complément d'enquête et nouveau prononcé à l'intention de la caisse de compensation, qui rendra une décision sujette à recours. Vu ce renvoi, il n'est pas nécessaire de déterminer si cette commission avait examiné la question de l'existence d'un cas pénible, ainsi qu'elle l'a laissé entendre en procédure cantonale, ou si elle ne l'avait pas fait, comme l'affirme l'appelant, ni de décider dans quelle mesure cette question doit être examinée d'office par les organes de l'AI saisis d'une demande de prestations.

Le cinquantenaire de l'Office fédéral des assurances sociales

L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) fêtera le 19 décembre 1962 son 50^e anniversaire. 50 ans, c'est relativement peu de chose dans l'histoire, mais dans le domaine des assurances sociales suisses cela représente une grande période au cours de laquelle les institutions fédérales ont fait d'importants progrès. Il n'est donc pas inutile de jeter un coup d'œil sur le chemin parcouru.

Les origines

En 1890, l'article 34 bis de la Constitution donnait à la Confédération la compétence d'introduire par voie législative l'assurance en cas d'accident et de maladie. Les Chambres fédérales promulguèrent alors en 1899 — avec quelques abstentions et seulement une opposition — une loi sur l'assurance contre les maladies et les accidents et sur l'assurance militaire. Cette « Lex Forrer » était cependant prématurée ; une demande de référendum ayant abouti, la loi fut rejetée par la grande majorité du peuple suisse en mai 1900 (le seul canton qui l'accepta fut Glaris)¹.

Les dispositions relatives à l'assurance militaire, qui n'avaient pas été attaquées, furent détachées du projet (qui comptait, en tout, environ 400 articles) et groupées en une loi spéciale en 1901. Un peu plus tard, le projet de création d'une assurance-maladie et accidents fut repris. Une délégation du Conseil fédéral, créée à cet effet, et composée de MM. Comtesse, Deucher et Forrer, conclut que le subventionnement des caisses-maladie existantes aurait plus de chances d'être accepté par les Chambres et par le peuple qu'une assurance-maladie uniforme ; en revanche, l'assurance-accidents devait être réglée exhaustivement par une loi fédérale. En 1904, le département fédéral de l'industrie, comme on l'appelait, engagea un juriste spécialement chargé d'élaborer les nouveaux projets. Cette nouvelle tentative aboutit à la loi fédérale du 13 juin

¹ Cette votation fut précédée d'âpres discussions, où l'humeur, toutefois, ne perdit pas ses droits. Le *Schweizer Spiegel* racontait à ce propos, dans son numéro d'avril 1962, l'anecdote suivante. M^e Heinz Häberlin, devenu plus tard conseiller fédéral, commentait le projet de loi lors d'une réunion à l'église d'Amriswil. Pendant qu'il parlait, une vache entra par la porte ouverte et se mit à beugler. L'orateur sut mettre les rieurs de son côté en déclarant sèchement : « Je savais bien que les milieux agricoles sont peu favorables au projet ; mais on aurait pu m'avertir que l'on me donnerait une co-rapporteuse. »

1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA), qui dut, elle aussi, subir l'épreuve du référendum. Au début de l'année 1912, la loi fut acceptée par le peuple à une faible majorité de 46 149 voix ; elle dut ce succès, sans doute, aux 47 000 voix du personnel des chemins de fer fédéraux, auquel la « promesse Comtesse » accordait, dans l'assurance-accidents, une situation privilégiée.

La création de ces œuvres sociales chargeait la Confédération d'attributions supplémentaires, telles que la reconnaissance des caisses-maladie, le calcul et le paiement des subsides à ces dernières, et la surveillance de l'assurance-accidents, érigée en institution indépendante. En outre, le Conseil fédéral, comme autorité de recours, devait connaître des décisions de ladite assurance-accidents dans le domaine de l'assujettissement et de la prévention des accidents.

On avait cru, d'abord, qu'on s'en tirerait sans créer un appareil administratif spécial, et cet argument fut invoqué lors des délibérations sur le projet. Les travaux nécessités par la réglementation relative aux fabriques et aux arts et métiers semblaient pouvoir être assumés par la division de l'industrie du département du commerce, de l'industrie et de l'agriculture, qui avait préparé le projet de loi. Les attributions de la Confédération en matière d'assurance-maladie devaient être confiées au « Bureau suisse des assurances ». Réflexion faite, toutefois, ces deux solutions furent écartées, car on était soucieux d'éviter des conflits de compétence et l'on songeait en outre à l'introduction éventuelle de nouvelles œuvres, par exemple l'assurance-vieillesse et invalidité. C'est pourquoi le Conseil fédéral proposa aux Chambres, le 29 octobre 1912, la création d'un « Office fédéral des assurances sociales » ; il exposait en détail, dans son message, les attributions importantes du nouvel office. L'Assemblée fédérale approuva, le 19 décembre 1912, l'arrêté créant « sous le nom d'Office fédéral des assurances sociales une nouvelle division du département fédéral du commerce, de l'industrie et de l'agriculture... Le personnel de l'office est composé d'un directeur, d'un ou deux adjoints et des autres fonctionnaires nécessaires ». Telle est la base légale de l'OFAS (voir annexe I).

L'Assemblée fédérale accorda un crédit supplémentaire de 55 000 francs, et l'OFAS (qu'on a aussi appelé *Office suisse des assurances sociales*) put commencer son activité le 1^{er} février 1913 dans le bâtiment du «Bund» à l'Effingerstrasse 1. C'était, comme l'indique un quotidien bernois paru à la même date, un samedi maussade et pluvieux. Dans l'Oberland, on annonçait une pénurie de neige désastreuse. En politique, la guerre des Balkans approchait d'un nouvel événement important avec le siège d'Andrinople. En Suisse, on faisait de la propagande et même une collecte en faveur de la création d'une aviation militaire qui devait, pour certaines opérations, remplacer la cavalerie. A Berne, la protection de la nature cherchait à empêcher l'enlaidissement de la fosse aux ours par la construction d'une exploitation artisanale voisine, et l'on craignait que le monument des télégraphes, dont l'érection était projetée à l'Helvetiaplatz, gênât le coup d'œil sur le Musée historique. Dans les annonces, l'étude de Maîtres H. Rüfenacht, O. Spiellmann et E. Heller annonçait que le premier nommé quittait le barreau.

Les chefs de l'Office fédéral des assurances sociales de 1913 à 1962

Maître *Hermann Rüfenacht*, mentionné dans ladite annonce, venait d'être nommé au poste de premier directeur de l'OFAS. Ayant présidé pendant des années la caisse-maladie pour le canton de Berne, il connaissait bien les problèmes de l'assurance-maladie. M. Gutknecht, qui avait été chargé de la partie mathématique des travaux préparatoires de la LAMA, devint adjoint, et M. Hünerwadel, qui est resté, dans la mémoire des collaborateurs anciens de l'OFAS, le mentor juridique de l'assurance-maladie, fut nommé chef de la chancellerie. Certains postes ne purent être occupés que plus tard, si bien que les dépenses pour le personnel n'atteignirent, en 1913, « que » 42 507 francs.

M^e Rüfenacht dirigea l'OFAS avec succès pendant les dures années de 1914 à 1918. Selon un rapport de gestion du Conseil fédéral, les remous de la première guerre mondiale se firent sentir jusque dans les bureaux pacifiques des assurances sociales, et il arriva que presque tous les employés fussent au service militaire en même temps. Plus tard, l'épidémie de grippe occasionna des dépenses considérables à la plupart des caisses-maladie et entrava sensiblement les travaux de l'office.

C'est de cette guerre, aussi, que date la création du Tribunal fédéral des assurances, prévue dans la LAMA et préparée par l'OFAS. Le TFA, se fondant sur l'arrêté d'organisation du 28 mars 1917, commença son activité au cours de l'année 1918 ; il se composait d'un président, d'un vice-président et de cinq juges-asseurs. Dans les premiers temps, ses dépenses étaient portées au budget et dans les comptes sous la rubrique « OFAS ». En 1920 fut instituée l'organisation actuelle avec cinq membres et cinq suppléants, et le tribunal acquit alors son indépendance aussi dans le domaine de la comptabilité.

Pendant la première guerre mondiale, enfin, l'OFAS avait commencé à étudier *la question de l'AVS et de l'AI*. En 1916, il déplorait, dans un rapport, le manque de ressources nécessaires, « à moins que la proposition de l'office d'employer à des buts d'assurances sociales les millions que rapporterait une régale fédérale de la chasse ne tombe sur une terre féconde ». En été 1918, l'OFAS fut chargé d'élaborer à cet effet un article de la Constitution et entreprit aussitôt les travaux, qui servirent de base au message du 21 juin 1919.

En 1922, le directeur Rüfenacht fut nommé ministre de Suisse à Berlin et quitta l'OFAS. Il a rendu de grands services à son pays non seulement dans ces deux fonctions, mais encore en représentant la Suisse au Bureau international du travail et dans de nombreuses missions spéciales. Il mourut en 1934, deux ans après avoir quitté la diplomatie.

Le second directeur de l'OFAS fut *Hans Giorgio*. M. Giorgio s'était distingué comme chef de secrétariat lors de la création de la CNA, puis comme chef du service juridique et commentateur de l'assurance-accidents. Lorsqu'il prit sa fonction de directeur, le 1^{er} septembre 1922, l'OFAS comptait 12 fonctionnaires et un employé auxiliaire. Les bureaux avaient été transférés à la Bundesgasse, dans l'immeuble où se trouve aujourd'hui l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail.

Il incombait à ce deuxième directeur de procéder à de nouvelles études pour créer la base constitutionnelle de l'AVS et de l'AI, qui avait été complètement modifiée lors des délibérations parlementaires. L'article 34 quater de la Constitution ayant été accepté par le peuple en décembre 1925 par 410 988 oui contre 217 483 non, M. Giorgio entreprit immédiatement et avec le plus grand soin l'élaboration de la loi d'exécution de l'AVS. Il engagea en 1926, pour lui confier cette tâche, M. Eugen Wolf, adjoint I, qui est aujourd'hui le plus ancien collaborateur de l'OFAS. Le message et le projet de loi étaient fondés sur une documentation considérable. La loi fut édictée en juin 1931, mais un référendum fit échouer cette première assurance-vieillesse en votation populaire, au mois de décembre 1931, exactement six ans après que la base constitutionnelle eut été acceptée. L'heure de l'AVS n'avait pas encore sonné.

La déception fut grande ; cependant, sachant qu'il faudrait, même en cas de décision positive, une très longue période d'introduction, on avait institué dès 1928 une « Subvention en faveur des vieillards indigents ». C'est l'origine de l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants sur le plan fédéral. Cette œuvre était d'autant plus nécessaire que la crise économique internationale menaçait d'influencer de plus en plus notre politique intérieure et, notamment, nos assurances sociales. Le droit fiscal de nécessité, qui était alors en vigueur, permettait certes le développement de l'aide complémentaire, mais enlevait à la future AVS les ressources qui lui étaient attribuées en vertu de la Constitution. L'amélioration de l'assurance-maladie, demandée plusieurs fois, fut constamment renvoyée à plus tard, et l'on dut se contenter provisoirement de quelques subsides supplémentaires.

Les années 1930 ne furent pas heureuses pour l'OFAS. Le développement de l'assurance-maladie et l'introduction de l'AVS furent bloqués par la crise économique. Aujourd'hui, les jeunes générations ne peuvent guère imaginer à quel point la crise influença la vie publique et l'économie et quels remous elle a provoqués dans notre politique. Le directeur Giorgio tomba gravement malade et dut quitter l'OFAS déjà en 1938 ; il rentra en Engadine, d'où il était originaire, et y vécut encore, soigné par sa sœur dévouée, jusqu'en automne 1945. Le zèle dont il a fait preuve au service des assurances sociales, dans des circonstances difficiles, mérite notre reconnaissance.

Les difficultés financières de notre pays firent naître en 1938, dans certains milieux parlementaires, l'idée étrange que l'OFAS pourrait fusionner avec un autre service et que le poste de directeur pourrait rester vacant. Toutefois, le Conseil fédéral était persuadé que la stagnation des assurances sociales était provisoire et que l'AVS devrait être créée tôt ou tard ; il se souciait aussi du sort de l'assurance-maladie. Il refusa donc les projets de réorganisation qui lui furent soumis et nomma un troisième directeur de l'OFAS en la personne de M. Arnold Saxer, conseiller national. M. Saxer connaissait depuis sa jeunesse

Fig. 1. Le Conseil fédéral décida, dans sa séance du 29 octobre 1912, de proposer à l'Assemblée fédérale la création d'un Office fédéral des assurances sociales.

Ci-contre, une reproduction de la première page du procès-verbal. ►

Bern, Dienstag, 29. Oktober 1912, vormittags
9 Uhr.

Sitzung des schweizerischen Bundesrates.

Prasidium: Herr Bundespräsident Forrer.

Mitglieder: Herr Vizepräsident Müller und Herren
Bundesräte Hoffmann, Motta, Ferrier &
Schulthess.

Abwesend: Herr Bundesrat Decoppet (Urlaub).

Aktuarial: Herr Kanzler Schatzmann und
Herr I. Vizekanzler David.

Das Protokoll der 02.03. Sitzung vom 25. & 26. Oktober wird verlesen und genehmigt.

Dienstag, 29. Oktober 1912.

Bundesamt für soziale
Versicherung.

Industriedepartement. Gedruckte Vorlage.

Der vom Industriedepartement vorgelegte Entwurf zu einer Botschaft an die Bundesversammlung betreffend die Errichtung eines Bundesamtes für soziale Versicherung nebst Entwurf zu einem entsprechenden Bundesbeschlusse wird mit einigen Aenderungen genehmigt.

An die Präsidien der eidg. Räte wird folgendes Schreiben gerichtet:

Wir beehren uns, Ihnen in der Beilage Botschaft und Beschlusses-Entwurf betreffend die Errichtung eines Bundesamtes für soziale Versicherung zu übermitteln. Die Vorlage, welche die Organisation für die Einführung des Versicherungsgesetzes und speziell für die Vollziehung der Bestimmungen über die Krankenversicherung zu schaffen bezweckt, ist sehr dringlich und sollte

les diverses branches des assurances sociales ; il avait pris part aux travaux de commissions fédérales d'experts et abordé des questions sociales dans ses interventions parlementaires. Il quitta son poste de secrétaire d'association à St-Gall, se fixa à Berne et, le 1^{er} décembre 1938, prit la direction de l'OFAS, où il devait rester plus de 20 ans. Depuis quelques années, l'OFAS occupait de nouveaux locaux à l'Effingerstrasse 33, où il est encore aujourd'hui ; l'effectif de son personnel avait dû être augmenté, principalement à cause de l'aide complémentaire à la vieillesse, et s'élevait maintenant à 21.

Au temps où M. Saxer entra en fonction comme directeur, la crise économique avait fait place à une tension politique internationale, qui semblait devoir dégénérer fatalement en une guerre. Notre pays dut organiser une économie de guerre ; un *Office fédéral de guerre pour l'assistance* fut créé alors et rattaché à l'OFAS ; une seule et même direction fut prévue pour les deux offices. Lorsque la guerre éclata, en 1939, l'office spécial était prêt à fonctionner. Ses attributions étaient très variées et comprenaient notamment les assurances sociales, l'assistance aux personnes dans la gêne, l'aide à la jeunesse, à la famille et aux invalides, le service sanitaire de frontière, l'aide aux réfugiés et le rapatriement des Suisses de l'étranger. A la fin de septembre 1947, cet office de guerre put être supprimé ; son activité est exposée en détail dans l'ouvrage « L'économie de guerre en Suisse 1939-1948 ».

A ces œuvres nécessitées par les circonstances s'ajoutaient principalement l'« aide fédérale aux vieillards et aux survivants », ainsi que l'« aide aux chômeurs âgés », qui furent maintenues et développées par la voie des pleins pouvoirs. L'histoire de l'« ère Saxer » fut caractérisée, surtout après la guerre, par une évolution constante, dont nous reparlerons plus en détail au chapitre suivant. Citons ici, brièvement, l'introduction de l'AVS, la réglementation définitive du *régime des allocations pour perte de salaire et de gain*, l'extension des *allocations familiales dans l'agriculture*, la création de l'*assurance-invalidité*, les travaux préparatoires de la révision de l'*assurance-maladie* et la conclusion de nombreuses *conventions internationales*.

Le directeur Saxer, ayant atteint la limite d'âge, a pris sa retraite à la fin de l'année 1961 après 23 ans d'activité ; mais ce n'est qu'une retraite relative, car il continue à s'occuper d'assurances sociales, notamment comme préposé aux conventions internationales et comme président de la Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité ; en outre, il est l'un des deux représentants du gouvernement à la Conférence internationale du travail.

L'OFAS a maintenant, depuis le début de cette année, son quatrième directeur. M. *Max Frauenfelder*, entré à son service en 1940, devenu plus tard chef de la section de l'assurance-maladie, et dès 1948 sous-directeur, a succédé à M. Saxer. Lui non plus ne manquera pas de travail, puisque, comme nous le montrerons plus loin, plusieurs projets d'assurances sociales attendent leur réalisation.

Les attributions considérablement accrues de l'OFAS ont exigé une organisation plus complète et un personnel plus nombreux. L'office comptait 21 employés au début de l'année 1939 ; il en a maintenant 165, et l'on peut dire : seulement 165, car la besogne à accomplir s'est accrue dans une proportion

encore plus forte. Son organisation interne a été adaptée à l'évolution des œuvres sociales ; on a créé pour l'AVS, l'AI et le régime des APG une subdivision spéciale, qui s'occupe également de l'aide à la vieillesse, aux survivants et aux invalides. A la section « historique » de l'assurance-maladie sont venues s'ajouter, avec le temps, les sections « mathématiques et statistiques », « assurance-accidents », le groupe « protection de la famille », puis la section pour les relations internationales et les conventions en matière d'assurances sociales. Cette extension nécessita bien entendu un plus grand nombre de locaux ; lorsque le bâtiment de l'Effingerstrasse 33 fut plein, il fallut trouver de nouveaux bureaux dans les maisons contiguës. Aujourd'hui, un nouvel agrandissement, d'une nécessité urgente, est projeté.

Les chefs de département de 1913 à 1962

L'OFAS doit beaucoup aux chefs qui se sont succédé à la tête du département dont il dépendait. Nous ne pouvons étudier ici en détail ce qu'ils ont fait pour les assurances sociales en général et pour leurs diverses branches en particulier ; chacun d'entre eux a favorisé les progrès accomplis et obtenu des Chambres et du peuple ce que les circonstances permettaient d'obtenir.

Lors de sa création, l'OFAS fut rattaché au département du commerce, de l'industrie et de l'agriculture, qui se nomme, depuis 1914, département de l'économie publique. Son premier chef de département fut *Edmond Schulthess*, qui avait été nommé depuis peu au Conseil fédéral. M. Schulthess avait défendu, devant les Chambres, le projet de création de l'OFAS. Il resta 23 ans à la tête de son département et se retira en avril 1935 après une carrière harassante. C'est de son ministère que datent l'introduction de l'assurance-maladie et accidents, la disposition constitutionnelle servant de base à l'AVS et à l'AI, la création de l'aide à la vieillesse et aux survivants et le premier projet pour l'introduction de l'AVS, connu sous le nom de « Lex Schulthess ».

Son successeur, le conseiller fédéral *Hermann Obrecht*, s'est signalé en particulier par l'introduction du régime des allocations pour perte de salaire et de gain. Ce fut une œuvre de pionnier, qui eut aussi ses adversaires. Ainsi, la commission des pleins pouvoirs du Conseil des Etats craignait que l'octroi de ces allocations aussi aux travailleurs indépendants n'entraînât des conséquences financières imprévisibles qui pourraient ruiner les cantons. M. Obrecht eut d'autant plus de mérite en luttant pour la réalisation de ses plans et en contribuant à créer une œuvre qui a préservé de l'indigence tant de soldats.

Lorsqu'il quitta le Conseil fédéral en 1940, pour des raisons de santé, il fut remplacé à la tête du « ministère de l'économie de guerre » par *Walter Stampfli*. M. Stampfli a également contribué au développement des assurances sociales. Il a donné une base constitutionnelle à la protection de la famille et au régime des APG et a introduit les allocations pour service militaire aux étudiants. Sous son ministère fut institué le régime transitoire de l'AVS. Son œuvre la plus remarquable est sans doute la création de l'AVS elle-même, si impatiemment attendue. Lorsque cette nouvelle assurance fut entrée en vigueur, M. Stampfli quitta le Conseil fédéral.

De 1948 à 1954, le département fut dirigé par *Rodolphe Rubattel*, qui donna une base légale définitive aux allocations pour perte de salaire et de gain et aux allocations familiales dans l'agriculture, instituées pendant la guerre sous le régime des pleins pouvoirs ; en outre, il fut le parrain des deux premières revisions de l'AVS.

Après sa démission, l'OFAS fut enlevé au département de l'économie publique, trop chargé, et attribué au département de l'intérieur. Il reçut ainsi son 5^e chef de département en la personne du conseiller fédéral *Philipp Etter*. C'est sous le ministère de M. Etter qu'eurent lieu la 3^e et la 4^e revision de l'AVS, la création de l'AI et l'amélioration du régime des APG et des allocations familiales dans l'agriculture. M. Etter témoigna, lui aussi, beaucoup de compréhension pour les assurances sociales. Grâce à lui, l'OFAS n'eut pas à subir de répercussions fâcheuses lorsqu'il fut séparé du département de l'économie publique.

Depuis 1960, le département de l'intérieur est dirigé par le professeur *Hans Peter Tschudi*, sous l'égide duquel ont été réalisées, jusqu'à présent, la 5^e revision de l'AVS et l'extension des allocations familiales aux petits paysans de la plaine ; en outre, une revision partielle, extrêmement importante et délicate, de l'assurance-maladie est actuellement en cours. D'importantes discussions sur le sens et la mission de l'AVS, ainsi qu'une 6^e revision demandée par deux initiatives suivront dans un proche avenir.

L'évolution des branches d'assurance dont s'occupe l'Office fédéral des assurances sociales

Les assurances sociales se sont longtemps heurtées, dans notre pays, à des difficultés augmentées encore par la crise économique internationale. Les choses ont toutefois changé, comme nous l'avons dit plus haut, pendant et après la deuxième guerre mondiale ; cette évolution, au temps du directeur Saxer, a été décisive pour l'OFAS. Il nous semble donc intéressant d'y revenir, tout en évitant le plus possible de nous répéter.

L'assurance-maladie

Peu d'années après l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie, plusieurs voix s'élevèrent pour en demander la revision. Depuis lors, des essais de revision totale ou partielle ont été entrepris plusieurs fois ; la création d'une assurance

►
Fig. 2. Le Conseil national examina, le 19 décembre 1912, le projet d'arrêté fédéral créant un Office fédéral des assurances sociales. Le fac-similé ci-joint montre la dernière page du procès-verbal. On y lit que le conseiller national Weber (St-Gall) avait présenté au même moment (exactement le 2 décembre) une motion demandant la création d'une assurance-vieillesse et invalidité. M. Schulthess, conseiller fédéral, répondit que l'assurance-vieillesse et invalidité serait étudiée avec ou sans motion et que le Conseil fédéral s'en acquitterait avec bienveillance, mais dans un esprit clairvoyant. La discussion de la motion Weber fut ajournée jusqu'à nouvel avis.

Donnerstag, 19. Dezember 1912.

Der Direktor der Versicherungsanstalt Künzelsauß muß, wie er selbst schon erwähnt ist, der öffentlichen Versicherung sind, man, was dann müßte er die Bewusstseinsbildung der Versicherungs-Gesellschaft zu verantworten. Der Versicherungs-Vorstand hat sich aber für die Vollziehung der Gesetzgebung hinsichtlich der Versicherungs-Gesellschaft. Wenn die Vorlage an den Bundrat zur Genehmigung eintrifft, wären wir für einige Monate hinausgeschoben. Die Gesetzgebung ist eine Angelegenheit der Landesregierung der Bundesregierung an die Bundesregierung im oben schon erwähnten Punkt.

In der Verbindung mit der Vollziehung der Gesetzgebung müssen die verschiedenen Gesetze zusammengefaßt werden, im Interesse der Vollziehung der Bundesregierung im Interesse der Bundesregierung, sowie auch die verschiedenen Versicherungs-Gesetze. Ob diese Punkte von dem Bundrat angenommen werden können, darüber können wir jetzt nicht entscheiden.

Die Versicherungs- und Alters-Versicherung soll mit der neuen Methode durchgeführt werden. Der Bundrat wird mit warmem Gehör, aber mit größter Aufmerksamkeit der Sache für die Versicherung der Bundesregierung.

Herr Weber (St. Gallen):

Herr Bundesrat Schulthess hat den Untereinstimmungen der Motive für die Prüfung der Alters- und Versicherungs-Versicherung mit Vorbehalt vorzuziehen, wie sollten wir diese Motive ohne zu verurteilen eingestehen. Wir wollen, daß dem Bundesrat ein bestimmter Auftrag erteilt werde.

Mit 109 gegen 2 Stimmen wird der Entscheidungskörper beschlossen.

In der weiteren Beratung wird der Entwurf in der Abstimmung zum Entwurf der Bundesrat angenommen.

In der Abstimmung wird der Entwurf mit 97 Stimmen gegen 1 Stimme gutgeheißen.

Der Bundesrat.

Prot. Anzug an die Bundesrat-Versammlung.

fédérale obligatoire, le développement des prestations, la revision des dispositions relatives aux rapports entre médecins et caisses-maladie, l'augmentation des subsides fédéraux ont été étudiés. Une première commission d'experts, au sein de laquelle M. Saxer, le futur directeur, représentait les salariés, examina en 1921/22 un avant-projet. Toutefois, cet essai ne fut pas poursuivi, car les travaux préliminaires pour un projet de loi sur l'AVS étaient alors au premier plan. Malgré un certain nombre de postulats et de motions présentés aux Chambres, l'OFAS n'a pu reprendre qu'en 1945 les travaux de revision.

Un projet de revision générale, discuté en 1952 et 1953 par une deuxième commission d'experts, se révéla de nouveau prématuré. Le rapport de cette commission sur la revision de l'assurance-maladie et l'introduction de l'assurance-maternité, daté de février 1954, reste néanmoins un document essentiel pour les développements futurs.

En juin 1961, le Conseil fédéral publia un message et un projet de loi visant la modification partielle et l'amélioration des dispositions de la LAMA relatives à l'assurance-maladie¹. Actuellement, le projet est à l'étude au Conseil des Etats, dont les travaux ont entraîné une discussion approfondie du problème des relations entre médecins et caisses.

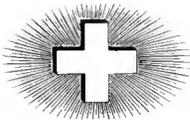
L'assurance-accidents

L'assurance obligatoire en cas d'accidents est appliquée par la CNA. Cet établissement exerça son activité d'abord à Zurich, à titre préparatoire. Au mois de mai 1913, il s'installa à Lucerne, dans les locaux de la Corporation des tailleurs (Zunfthaus zu Schneidern); à la fin de l'année 1915, il vint occuper dans la même ville, à la Fluhmatt, un important bâtiment d'une conception moderne. L'assurance commença à fonctionner le 1^{er} avril 1918. Dans ce domaine aussi, une revision fut souhaitée de bonne heure, et l'on alla jusqu'à demander la séparation du titre II de la LAMA et l'émancipation de l'assurance-accidents. On dut constater cependant que la conception originale, tant dans la forme que dans le fond, s'était révélée parfaitement bonne, aussi renonça-t-on au remaniement projeté. Bien entendu, le montant du gain pris en considération selon la loi a dû être adapté de temps en temps aux nouvelles conditions économiques.

¹ Ceci ne veut pas dire que rien ne se soit passé depuis 1912. Les subsides fédéraux aux caisses-maladie constituent un chapitre spécial. Au lieu de reviser la loi, le Conseil fédéral a préféré soumettre aux Chambres, depuis 1919 et 1924, des arrêtés fédéraux sur l'allocation de subsides supplémentaires pour une durée limitée, ce qui a permis de maintenir l'équilibre financier des caisses. En outre, les subsides spéciaux versés depuis 1932 pour l'application de l'assurance-tuberculose revêtent une grande importance.

►
Fig. 3. Le Conseil national informa le Conseil des Etats, qui avait la priorité dans cette affaire, le 19 décembre 1912, qu'il approuvait l'arrêté fédéral créant un Office fédéral des assurances sociales. L'arrêté de 1912 est reproduit ci-joint (annexe I).

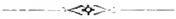
Bern, den 19. September 1912



Der schweizerische Nationalrat

an den

schweizerischen Ständerat in Bern.



Herrn Präsident!

Herrn Ständerat!

Sie haben die Ehre, Ihnen zur Kenntnis zu bringen, dass wir in heutiger Sitzung Ihrer Schlussnahme vom 13. September 1912 betreffend Trakt Nr. 38/366:

Grundamt für soziale Versicherung

beigefügt sind, so dass über dieses Entschieden zwischen beiden Räten Übereinstimmung besteht. Gleichzeitig bringen wir diesen Entsch. mit unserer vollkommenen Hochachtung zu versichern.

Im Namen des schweizerischen Nationalrates,

Staat

des Ständerates

Stamm

Stamm

Les innovations les plus importantes datent, là aussi, du temps de la 2^e guerre mondiale et des années suivantes. On mentionnera tout spécialement la lutte intensifiée contre les maladies professionnelles et la compétence, déléguée au Conseil fédéral à la fin de 1947, de prendre à cet effet des mesures préventives et d'atténuer les conséquences économiques de ces maladies. Citons aussi l'ordonnance concernant l'assurance contre les accidents professionnels et la prévention des accidents dans l'agriculture, entrée en vigueur en 1955 en vertu de la loi sur l'agriculture, ainsi que l'assurance des équipages des navires suisses contre les accidents et la maladie, introduite en 1941. Plusieurs arrêtés fédéraux promulgués depuis 1947 réglementent le financement des allocations de renchérissement versées aux rentiers de la CNA.

L'aide à la vieillesse et aux survivants et l'aide aux chômeurs âgés

Nous avons déjà montré comment l'aide à la vieillesse et aux survivants était née sur le plan fédéral. Cette œuvre fut spécialement importante avant l'entrée en vigueur de l'AVS. La Fondation « Pour la vieillesse » reçut, dès 1929, un subside annuel de 500 000 francs. L'aide à la vieillesse (« subventions aux vieillards indigents ») fut renforcée sous le régime du droit fiscal de nécessité. Un arrêté fédéral de 1933 accorde à cet effet aux cantons un subside de 7 millions et à ladite Fondation un subside d'un million par an. En septembre 1938, une disposition de la Constitution, dont la validité était limitée dans le temps, prévoyait en faveur de l'aide à la vieillesse et aux survivants et de l'aide aux chômeurs âgés, pour les années 1939 à 1941, des subsides annuels de 18 millions. Lorsque cette disposition fut devenue caduque, l'aide à la vieillesse fut continuée et étendue, dès 1942, sur la base des pleins pouvoirs. Les cantons reçurent 19 millions, la Fondation « Pour la vieillesse » 2,5 millions et la Fondation « Pour la jeunesse » 750 000 francs. A partir de ce moment, l'aide aux chômeurs âgés eut son propre financement.

Depuis l'introduction de l'AVS, l'aide à la vieillesse a pu être réduite ; elle a conservé, néanmoins, sa place définitive parmi les autres œuvres sociales. On lui a attribué 140 millions prélevés sur les excédents des recettes du régime des allocations pour perte de salaire et de gain ; un arrêté fédéral de septembre 1948, de validité limitée dans le temps, prolongée en 1950, 1955 et 1958, en réglemente l'affectation. Dès 1957, l'aide à la vieillesse et aux survivants verse aux cantons, chaque année, 6 millions, à la Fondation « Pour la vieillesse » 2 millions et à la Fondation « Pour la jeunesse » 750 000 francs qui doivent être affectés d'une manière conforme à la loi. A la fin de l'année 1961, on disposait encore de 36,6 millions ; ainsi, la réserve sera épuisée dans quelques années. Comme les subventions ne pourront guère être supprimées, contrairement à ce que l'on croyait, il faudra trouver dans un proche avenir une nouvelle réglementation.

Le régime des allocations pour perte de salaire et de gain

Avant de parler du régime transitoire de l'AVS, et de l'AVS elle-même, il faut évoquer les origines du régime des allocations pour perte de salaire et de gain,

qui entra en vigueur en février et juillet 1940 et fut complété en 1945 par le paiement d'allocations pour service militaire aux étudiants. Pour l'exécution de ces œuvres, on créa des caisses de compensation et une administration du Fonds central de compensation ; l'arrêté, fondé sur les pleins pouvoirs, avait été élaboré par une petite commission d'experts dont faisait partie aussi le directeur de l'OFAS, et que présidait M. Willi, directeur de l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail. Cet office fonctionna comme autorité de surveillance. On ne saurait trop apprécier les bienfaits de cette nouvelle institution sociale, qui a versé, pendant le service actif, environ 1,2 milliard de francs d'allocations.

Le régime des allocations pour perte de salaire et de gain a préparé le terrain pour l'AVS ; sans le système de cotisations et l'appareil administratif qu'il a créés, l'AVS n'aurait jamais pu être instituée aussi facilement. Lorsque l'AVS se mit à fonctionner et confia ses travaux administratifs aux caisses et à la Centrale de compensation, l'OFAS en reçut la compétence et la haute surveillance, et s'occupa désormais aussi du régime des allocations pour perte de gain. Nous parlerons plus loin du maintien de ce régime en temps de paix.

Le régime transitoire et l'assurance-vieillesse et survivants

C'est par le régime transitoire en vigueur jusqu'à l'introduction de l'AVS que l'OFAS entra pour la première fois en contact avec les caisses de compensation et l'administration du Fonds de compensation, en 1946/47. Ce régime transitoire était une sorte d'aide développée à la vieillesse, avec droit aux rentes. Ses modalités — état de besoin et limites de revenu — permirent de faire des expériences intéressantes pour le futur système des rentes transitoires de l'AVS. Les caisses de compensation se familiarisèrent avec les problèmes du paiement des rentes. Le régime transitoire fut financé par les ressources du régime des allocations pour perte de gain ; il dépensa, pendant ses deux ans d'existence, 166,5 millions.

L'histoire de l'AVS a déjà été exposée en détail dans cette revue. Une commission d'experts, réunie en juin 1944 sous la présidence du directeur Saxer (qui dirigea aussi les autres commissions d'experts mentionnées dans cet article), étudia les nombreuses questions que posait l'AVS et présenta en mars 1945 un rapport qui servit de base au message et au projet de loi de mai 1946. Le Conseil national délibéra à ce sujet en session extraordinaire et le Conseil des Etats dans sa session d'automne 1946. La loi, âprement discutée (il y eut un référendum, comme en 1931), fut acceptée en votation populaire au mois de juillet 1947. La participation au vote fut considérable ; la nouvelle loi obtint 862036 voix contre 215496. Son entrée en vigueur fut fixée au 1^{er} janvier 1948, comme pour marquer le centenaire de la Constitution fédérale de 1848. Depuis lors, l'AVS a été améliorée à plusieurs égards par les révisions de 1951, 1954, 1956, 1957 et 1961 ; en 1960, elle a été adaptée aux nouvelles circonstances par la réglementation « pro rata temporis » du calcul des rentes. La révision de 1961, en particulier, amena une importante hausse des prestations. Toutefois, les fortes recettes de cotisations, résultant de la prospérité économique et du

nombre croissant de personnes exerçant une activité lucrative, font souhaiter de nouvelles améliorations. Ainsi, l'OFAS, comme nous l'avons signalé plus haut, voit approcher une nouvelle révision de l'AVS, dont les travaux préparatoires sont déjà en cours. Ce qu'ignorent beaucoup de ceux qui critiquent l'AVS, c'est qu'en 1961, des rentes s'élevant au total à environ 850 millions ont été versées à 700 000 bénéficiaires.

Le régime des allocations aux militaires pour perte de gain

Le même jour où le peuple suisse acceptait l'AVS, le régime des allocations pour perte de salaire et de gain, datant de la guerre, recevait une base constitutionnelle par les articles économiques de la Constitution (art. 34 ter, 1^{er} al., lettre d). En 1953, il fut remplacé par l'actuel régime des APG, amélioré en 1960 par une révision de la loi. En 1961, les caisses de compensation versèrent, sur la base d'environ 500 000 questionnaires, des allocations s'élevant à 71,5 millions. Dans ce domaine aussi, on a demandé une révision. En outre, les Chambres fédérales ont voté, en mars 1962, la loi sur la protection civile, qui entrera prochainement en vigueur et qui fera bénéficier des APG les personnes astreintes au service dans la protection civile.

Les allocations familiales

En 1944, le Conseil fédéral institua, sous le régime des pleins pouvoirs, les allocations aux travailleurs agricoles et aux paysans de la montagne et en confia le paiement aux caisses de compensation. Ce domaine était de la compétence de l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail ; il devint de celle de l'OFAS lors de l'entrée en vigueur de l'AVS. L'OFAS s'était d'ailleurs occupé déjà avant 1948 de la protection de la famille ; en octobre 1944, il avait présenté un rapport très complet sur l'initiative « Pour la famille » et préparé l'article 34 quinquies de la Constitution sur la protection de la famille, qui fut accepté en novembre 1945. En 1953, la loi fédérale sur les allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux paysans de la montagne entra en vigueur. Les prestations furent augmentées par deux révisions, en 1958 et 1962, et étendues aux petits paysans de la plaine. Il est vrai que l'on projetait aussi l'introduction d'une réglementation fédérale des allocations familiales ; une commission d'experts en élaborait les principes en 1957/58 et présenta à ce sujet un rapport très détaillé en février 1959. Toutefois, lorsqu'on eut demandé le préavis des cantons et des associations, on constata de telles divergences que le Conseil fédéral renvoya l'affaire à plus tard et se contenta, pour le moment, d'étendre les allocations aux petits paysans de la plaine. La réglementation fédérale est néanmoins au point jusque dans ses moindres détails, et l'on pourrait, phénomène plutôt rare, sortir le message et le projet de loi tout prêts à l'usage.

L'assurance-invalidité

L'œuvre sociale la plus récente de la Confédération est l'assurance-invalidité. Fondée sur la même base constitutionnelle que l'AVS, elle a été instituée par

la loi du 19 juin 1959 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1960. Le projet de loi avait été préparé par une commission d'experts qui fit un examen approfondi du problème et exposa ses conclusions et propositions à la fin de novembre 1956 dans un rapport volumineux. L'AI vise avant tout à réadapter l'infirme à la vie active et, si cela n'est pas possible, à atténuer les conséquences économiques de l'invalidité. Ses prestations sont spécialement importantes en cas d'infirmité congénitale et de formation scolaire spéciale. L'AI a comblé la principale lacune qui subsistait dans nos assurances sociales. Introduite très rapidement, elle rencontra bien entendu quelques difficultés initiales, aujourd'hui vaincues pour la plupart. Jusqu'au milieu de l'année 1962, 165 000 cas ont été traités, ce qui a entraîné une dépense totale de 272 millions. La 5^e révision de l'AVS a eu pour effet automatique d'augmenter aussi les rentes et les allocations pour impotents de l'AI ; d'autres améliorations des rentes AVS auront la même conséquence.

Les conventions internationales

Le développement des relations internationales en matière d'assurances sociales mérite une mention particulière. Les premiers pas dans ce domaine ont été faits en 1914 ; toutefois, la convention projetée alors avec l'Allemagne dut être remise à plus tard, à cause de la guerre, et il fallut y renoncer jusqu'à nouvel avis lors de la chute de l'empire. En 1918, la CNA fut autorisée à conclure avec l'office royal italien d'émigration une convention en vertu de laquelle ce dernier se mettait à la disposition de la CNA pour lui servir d'intermédiaire dans ses relations avec les assurés de nationalité italienne. En 1932, une convention fut conclue avec la principauté du Liechtenstein sur l'égalité réciproque de traitement des ressortissants des deux pays dans le domaine de l'assurance-accidents. Cependant, les démarches visant à conclure des conventions sur les assurances sociales ne commencèrent vraiment qu'après 1945. Les relations internationales toujours plus étroites, les progrès de la sécurité sociale dans la plupart des pays, la prospérité économique entraînant un accroissement sans précédent de la main d'œuvre étrangère, tout cela nécessita le développement des relations internationales dans le domaine social. La Suisse s'est jointe en temps opportun à cette coopération. Aujourd'hui, nous sommes liés par des conventions bilatérales avec presque tous les pays de l'Europe occidentale et nous avons conclu, en outre, plusieurs conventions multilatérales. Un des buts principaux de ces accords est d'assurer l'égalité de droit, dans la mesure du possible, à tous les ressortissants des pays signataires. Actuellement, on compte 16 de ces conventions, qui doivent encore être adaptées aux derniers progrès, tels que l'introduction de l'AI. En outre, les projets d'intégration économique de notre continent posent à nos assurances sociales de nouveaux problèmes qui sont actuellement à l'étude.

Récapitulation

Les attributions plus étendues de l'OFAS nécessiteront évidemment des relations plus intenses avec d'autres organes fédéraux, des autorités et services cantonaux,

de nombreuses associations économiques et professionnelles, ainsi que diverses institutions privées, mais aussi avec des organismes internationaux et de nombreux Etats.

Aux anciens partenaires (caisses-maladie et CNA) s'ajoutèrent, lorsque furent introduites l'AVS et les allocations familiales dans l'agriculture, et que l'OFAS eut à s'occuper en outre du régime des allocations pour perte de salaire et de gain : la Centrale de compensation, les caisses de compensation des cantons, de la Confédération et des associations professionnelles. Sans la collaboration étroite et fructueuse qui s'établit avec ces organes, les nouvelles œuvres n'auraient jamais pu être réalisées comme elles l'ont été. L'introduction de l'AI entraîna encore la création de nouveaux organes : les commissions AI et les offices régionaux. L'OFAS a toujours attaché une grande importance à entretenir des contacts étroits avec tous ces organismes, soit pour venir à bout des difficultés initiales, soit pour assurer une application équitable des dispositions (d'autant plus difficile que l'organisation est très diversifiée). Depuis l'introduction de l'AI, l'OFAS a dû entrer en relations avec des associations de médecins, des centres de réadaptation, des écoles spéciales, etc.

Une autre circonstance oblige l'OFAS à accroître ses efforts : c'est que les lois sur les assurances sociales ont tendance à entrer en vigueur dans des délais toujours plus brefs. Cela ne signifie d'ailleurs pas que les anciennes générations ne se soient jamais hâtées. La création de l'OFAS en est un bel exemple. Dans la proposition qu'il présentait à ce sujet au Conseil fédéral, à la fin d'octobre 1912, le département du commerce, de l'industrie et de l'agriculture disait : « Ce projet... est très urgent et devrait absolument, à notre avis, être liquidé par les deux Chambres lors de la session de décembre. Sinon, l'application de la loi serait retardée de plusieurs mois et les travaux préparatoires, qui consistent notamment... dans la reconnaissance des caisses-maladie, seraient pour ainsi dire arrêtés ». Trois mois plus tard, l'OFAS était réellement sur pieds, mais ensuite, la procédure de reconnaissance et le versement des subsides fédéraux traînèrent en longueur¹. Des difficultés surgirent, en particulier, dans la question des subsides de montage, qui sont des prestations

¹ Rappelons ici encore un souvenir de cette époque. Dans une proposition qu'il présentait le 9 juillet 1914 au Conseil fédéral, le département du commerce, de l'industrie et de l'agriculture, invoquant les retards dans les travaux de l'OFAS, signalait que M. Tullio Zanetti, fonctionnaire de la chancellerie, devait encore prendre ses vacances et suivre un cours de répétition militaire. Toutefois, M. Zanetti était prêt à renoncer à ses vacances s'il recevait, pour cette période, une indemnité pour heures supplémentaires ; il déclarait en outre qu'il trouverait au service militaire le relâchement dont il avait besoin.

Le Conseil fédéral accepta cette proposition le 17 juillet 1914. Il est vrai que les « vacances militaires » se prolongèrent d'une manière inattendue, puisque M. Zanetti fut appelé sous les drapeaux le 3 août 1914 pour un service actif qui devait durer jusqu'en 1918. M. Zanetti, qui est resté au service de l'OFAS de 1913 à 1946, est aujourd'hui un robuste vieillard de 81 ans ; il a bien voulu nous autoriser à publier cette anecdote.

versées aux caisses-maladie dans les régions montagneuses peu peuplées et d'un accès difficile. Les critères à adopter pour la délimitation de ces régions, l'enquête effectuée à cette fin auprès des cantons, les retards du service topographique fédéral chargé de relever les régions montagneuses ne permirent de verser ces subsides qu'en 1920, soit 7 ans plus tard (avec effet rétroactif, il est vrai).

Le citoyen d'aujourd'hui demande, et c'est bien compréhensible, à bénéficier immédiatement des progrès sociaux. Rappelons ici l'introduction de l'AI, pour laquelle on ne disposait que d'un délai très limité, ou la 5^e révision de l'AVS, en été 1961, où des centaines de milliers de rentes augmentées purent être versées quelques jours après l'expiration du délai référendaire. Il en va de même, maintenant, bien qu'avec des chiffres moins élevés, des allocations familiales augmentées et étendues à d'autres bénéficiaires. L'OFAS s'efforce (et il est toujours conscient de cette obligation) d'assurer aussi rapidement que possible l'application pratique de nouvelles règles, mais ses possibilités sont nécessairement limitées. Il est d'autant plus important que les agents d'exécution profitent des progrès de la technique ; rappelons à ce propos que l'exécution de la 5^e révision de l'AVS aurait certainement pris beaucoup plus de temps sans l'ordinateur électronique de la Centrale de compensation. Plusieurs caisses-maladie, leur Concordat, la CNA et un nombre croissant de caisses de compensation ont recours également à l'automation dans leurs travaux administratifs.

Le lecteur s'attend peut-être à trouver à la fin de cet exposé des statistiques et des tableaux comparatifs ; il se demande quelles furent les dépenses des assurances sociales il y a 50 ans, et combien l'on dépense aujourd'hui ; où l'on puisait les ressources nécessaires il y a 50 ans et où on les trouve aujourd'hui ; combien « coûtait » l'OFAS en 1913 et combien il a coûté en 1961. Nous préférons renoncer à de telles comparaisons, qui sont faussées non seulement par la dévaluation, mais aussi par le système différent de la reddition des comptes, par la nouvelle technique budgétaire, etc.

Il n'est d'ailleurs pas nécessaire de citer des chiffres à l'appui pour pouvoir affirmer, sans orgueil déplacé, que le développement de l'OFAS a été exceptionnel. Les assurances sociales n'ont pas eu la tâche facile dans notre pays. Leur évolution a été entravée par la première guerre mondiale et par la crise économique ; elles ont trouvé, pendant de longues années, un accueil peu empressé, qui s'est manifesté notamment par le référendum. Pendant la seconde guerre mondiale et l'après-guerre, cependant, on fit preuve d'une compréhension sans cesse croissante à l'égard des tâches sociales d'un Etat moderne, et l'OFAS, grâce à des chefs dynamiques, sut en profiter et agir efficacement. La liste des messages élaborés par l'OFAS (annexe II) permet de parcourir aisément l'histoire des assurances sociales suisses.

Nous renoncerons à faire des comparaisons avec d'autres pays, car les critères sont par trop différents. Néanmoins, il nous paraît intéressant de citer ici ce bref témoignage. Dans un rapport daté de 1961 sur les tendances et l'évolution des œuvres sociales dans le monde, l'Association internationale de la sécurité sociale disait qu'au cours des dernières années, l'activité législative

Arrêté fédéral

créant

un office fédéral des assurances sociales.

(Du 19 décembre 1912.)

L'ASSEMBLÉE FÉDÉRALE

DE LA

CONFÉDÉRATION SUISSE,

Vu le message du Conseil fédéral du 29 octobre 1912,

arrête :

Article premier.

Pour l'exécution de la loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, il est créé sous le nom d'*Office fédéral des assurances sociales* une nouvelle division du département fédéral du commerce, de l'industrie et de l'agriculture.

Le Conseil fédéral peut confier à cet office d'autres fonctions et tâches en matière d'assurances sociales.

Art. 2.

Le personnel de l'office est composé d'un directeur, d'un ou deux adjoints et des autres fonctionnaires nécessaires.

Art. 3.

Sont applicables au personnel les lois fédérales du 2 juillet 1897 et du 24 juin 1909 concernant les traitements des fonctionnaires et des employés fédéraux.

Le directeur est rangé dans la I^{re} classe de traitement; cette fonction est, en outre, assimilée à celles qui sont désignées à l'article premier de l'arrêté fédéral du 12 mars 1912 concernant le relèvement du trai-

tement maximum de certains chefs de division ou premiers secrétaires des départements de l'administration fédérale.

Les adjoints, secrétaires de division et experts de l'office sont rangés dans la II^e classe, le reste du personnel dans les III^e à VI^e classes de traitement, de la même manière que dans les autres divisions du département.

Art. 4.

Le Conseil fédéral est chargé de l'exécution du présent arrêté. Il prendra les décisions nécessaires concernant l'organisation de l'office, ainsi que les compétences et les obligations des fonctionnaires.

Art. 5.

Le présent arrêté est déclaré urgent et entre immédiatement en vigueur.

Ainsi arrêté par le Conseil des Etats.
Berne, le 13 décembre 1912.

Le président, KUNZ.
Le secrétaire, DAVID.

Ainsi arrêté par le Conseil national.
Berne, le 19 décembre 1912.

Le président, SPAHN.
Le secrétaire, SCHATZMANN.

Le Conseil fédéral arrête :

L'arrêté fédéral ci-dessus sera mis à exécution.
Berne, le 21 décembre 1912.

Au nom du Conseil fédéral suisse :
Le président de la Confédération,
L. FORRER.
Le chancelier de la Confédération,
SCHATZMANN.

avait été spécialement intense dans le domaine des assurances sociales. Quelques pays, qui ont créé après la seconde guerre mondiale les bases de leurs systèmes, et procédé ensuite à l'application pratique des œuvres instituées, ont poursuivi et augmenté leurs efforts, améliorant ou modifiant grâce aux expériences acquises le plan primitif. La Suisse appartient à cette catégorie et continuera à suivre une saine politique sociale.

Si le présent exposé a réussi à montrer quelle place les assurances sociales ont déjà acquise dans notre pays et quels développements se dessinent, il a atteint son but. Un système d'assurances sociales capable de sauvegarder des intérêts légitimes et de rejeter des prétentions excessives constitue, avec la défense nationale spirituelle, militaire et économique, une garantie du maintien de notre indépendance. Puisse notre office continuer à remplir cette noble mission dans les années à venir.

Annexe II

Liste chronologique des messages et rapports du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale préparés par l'Office fédéral des assurances sociales

1915

- (1) Message concernant une loi destinée à compléter la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, du 6 avril (FF 1915 II 505). — Droit transitoire de l'assurance-accidents.
- (2) Message relatif au projet d'un arrêté fédéral concernant l'organisation du Tribunal fédéral des assurances et la procédure à suivre devant ce tribunal, du 18 décembre (FF 1915 IV 245).

1919

- (3) Message concernant l'attribution à la Confédération du droit de légiférer en matière d'assurance-invalidité, vieillesse et survivants, et la création des ressources nécessaires à la Confédération pour les assurances sociales, du 21 juin (FF 1919 IV 1). — Base constitutionnelle de l'AVS et de l'AI.

1920

- (4) Message concernant le projet d'un arrêté fédéral complétant celui qui est relatif à l'organisation du TFA et à la procédure à suivre devant ce tribunal, du 11 mai (FF 1920 III 165). — Nouvelles règles sur cette organisation.
- (5) Message concernant la révision de certaines dispositions de la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, du 20 septembre (FF 1920 IV 333). — Gain entrant en ligne de compte pour l'assurance-accidents.
- (6) Message concernant les conditions de l'assurance volontaire et de l'assurance de tiers contre les accidents, conformément aux articles 115 ss de la loi sur l'assurance-maladie et accidents, du 16 décembre (FF 1920 V 663). — Liquidé par non-entrée en matière.

1923

- (7) Message relatif à un arrêté fédéral concernant l'octroi d'une subvention extraordinaire aux caisses-maladie reconnues, du 18 juin (FF 1923 II 550).
- (8) Rapport sur l'état actuel et la suite des travaux législatifs en vue de l'introduction de l'assurance-vieillesse, invalidité et survivants, du 9 novembre. — Base constitutionnelle de l'AVS et de l'AI, cf. chiffre 3.
- (9) Message concernant la modification de l'article 51, 1^{er} alinéa, de la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, du 17 décembre (FF 1923 III 560). — Remboursement des frais d'administration à la CNA.

1924

- (10) Message complémentaire concernant l'assurance-vieillesse, invalidité et survivants, du 23 juillet (FF 1924 II 717). — Base constitutionnelle de l'AVS et de l'AI, cf. chiffres 3 et 8.

1927

- (11) Message sur un projet d'arrêté fédéral allouant une subvention extraordinaire aux caisses-maladie reconnues, du 21 mars (FF 1927 I 424).

1928

- (12) Message concernant une subvention en faveur des vieillards indigents, du 27 septembre (FF 1928 II 661). — Origine de l'aide fédérale à la vieillesse et aux survivants.

1929

- (13) Message relatif à un projet de loi sur l'assurance-vieillesse et l'assurance-survivants, du 29 août (FF 1929 II 177). — Premier essai d'introduction de l'AVS.

1931

- (14) Message sur un projet d'arrêté fédéral allouant une subvention extraordinaire aux caisses-maladie reconnues, du 13 octobre (FF 1931 II 321).

1932

- (15) Message relatif à la prorogation de l'arrêté fédéral allouant une subvention en faveur des vieillards indigents, du 15 novembre (FF 1932 II 799).

1933

- (16) Rapport sur la demande d'initiative populaire visant à faire insérer dans la Constitution une disposition transitoire à l'article 34 quater relatif à l'assurance-vieillesse et survivants, du 16 janvier (FF 1933 I 53). — Développement de l'aide à la vieillesse et aux survivants.
- (17) Message concernant la modification de l'arrêté fédéral qui alloue une subvention extraordinaire aux caisses-maladie reconnues, du 11 décembre (FF 1933 II 868). — Octroi d'une allocation de crise.

1936

- (18) Message sur la prolongation de l'aide à l'assurance-maladie volontaire, du 12 mai (FF 1936 I 887).

- (19) Message sur un projet d'arrêté allouant une subvention extraordinaire aux caisses-maladie reconnues, du 23 octobre (FF 1936 III 1).

1937

- (20) II^e rapport sur la demande d'initiative populaire visant à faire insérer dans la Constitution une disposition transitoire à l'article 34 quater relatif à l'assurance-vieillesse et survivants, du 17 septembre (FF 1937 III 37). — Financement de l'aide à la vieillesse et aux survivants.

1939

- (21) Message relatif à un projet d'arrêté sur l'exécution de la disposition transitoire à l'article 34 quater de la Constitution concernant l'assurance-vieillesse et survivants, du 28 avril (FF 1939 I 823). — Réglementation de l'aide à la vieillesse et aux survivants.
- (22) Message à l'appui d'un projet d'arrêté concernant l'octroi d'une nouvelle subvention extraordinaire aux caisses-maladie reconnues, du 29 août (FF 1939 II 254).

1942

- (23) Rapport sur la proposition du canton de Genève de transformer les caisses de compensation pour perte de salaire et de gain en vue de la réalisation de la retraite-vieillesse, du 24 février (FF 1942, 97).
- (24) Rapport sur la proposition du canton de Neuchâtel relative à une assurance fédérale en faveur des vieillards et des survivants, du 24 février (FF 1942, 100).

1944

- (25) Rapport sur les initiatives des cantons de Berne et d'Argovie concernant l'assurance-vieillesse et survivants, du 8 février (FF 1944, 109).
- (26) Rapport sur la demande d'initiative pour la famille, du 10 octobre (FF 1944, 825). — Projet d'article sur la protection de la famille (art. 34 quinquièmes de la Constitution).

1945

- (27) Message à l'appui d'un projet d'arrêté allouant à titre temporaire des subsides supplémentaires aux caisses-maladie reconnues, du 27 février (FF 1945 I 217).

1946

- (28) Message concernant l'allocation, en 1946 et 1947, de subsides supplémentaires aux caisses-maladie reconnues, du 8 mars (FF 1946 I 682).
- (29) Message relatif à un projet de loi sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 24 mai (FF 1946 II 353). — Deuxième essai (couronné de succès) d'introduction de l'AVS.

1947

- (30) Message sur le paiement d'allocations de renchérissement aux rentiers de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents, du 10 janvier (FF 1947 I 433).

- (31) Message sur la garantie des rentes d'invalidité et de survivants de l'assurance instituée pour les personnes astreintes au service du travail, militaire ou civil, et sur le paiement d'allocations de renchérissement pour l'année 1947, du 10 janvier (FF 1947 I 438).
- (32) Rapport sur les initiatives des cantons de Schwyz et de Lucerne relatives à l'assurance-vieillesse et survivants, ainsi qu'à la protection de la famille, du 14 mars (FF 1947 I 1065).
- (33) Message à l'appui d'une loi complétant et modifiant celle sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, du 20 juin (FF 1947 II 388). — Maladies professionnelles ; gains pris en considération.
- (34) Message relatif à la prorogation des arrêtés fédéraux autorisant le paiement d'allocations de renchérissement aux rentiers de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents, ainsi qu'aux rentiers de l'assurance instituée pour les personnes astreintes au service du travail militaire ou civil, du 14 août (FF 1947 II 693).

1948

- (35) Message concernant l'allocation, en 1948 et 1949, de subsides supplémentaires aux caisses-maladie reconnues, du 11 février (FF 1948 I 791).
- (36) Message sur le paiement d'allocations de renchérissement aux rentiers de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents, de même qu'aux bénéficiaires de rentes de l'assurance instituée pour les personnes astreintes au service du travail, militaire ou civil, du 10 août (FF 1948 II 1061).
- (37) Message concernant l'emploi des ressources prélevées sur l'excédent des recettes des fonds centraux de compensation et attribuées à l'assurance-vieillesse et survivants, du 26 août (FF 1948 III 1). — Financement de l'aide à la vieillesse et aux survivants dès 1948.

1949

- (38) Message relatif à un projet d'arrêté fédéral réglant le service d'allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux paysans de la montagne, du 31 janvier (FF 1949 I 260).
- (39) Message relatif à l'approbation d'une convention conclue entre la Suisse et l'Italie en matière d'assurances sociales, ainsi qu'à la modification de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 10 juin (FF 1949 I 1201). — Les Chambres ne sont pas entrées en matière sur la modification de la loi.

1950

- (40) Message relatif à l'approbation d'une convention conclue entre la Suisse et la France sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 10 janvier (FF 1950 I 85).
- (41) Rapports sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 3 février (FF 1950 I 205). — Présentation d'un rapport sur la base d'un postulat approuvé par le Conseil national.
- (42) Message concernant l'allocation, en 1950 et 1951, de subsides supplémentaires aux caisses-maladie reconnues, du 4 avril (FF 1950 I 786).
- (43) Message à l'appui d'un projet d'arrêté fédéral prorogeant et modifiant celui qui concerne l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants, du 23 mai (FF 1950 I 1275).

- (44) Message relatif à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 9 juin (FF 1950 II 180). — 1^{re} revision de l'AVS.
- (45) Message relatif à l'approbation d'une convention conclue entre la Suisse et l'Autriche en matière d'assurances sociales, du 3 novembre (FF 1950 III 379).

1951

- (46) Message concernant l'approbation d'une convention conclue entre la Suisse et la République fédérale d'Allemagne relative aux assurances sociales, du 16 février (FF 1951 I 445).
- (47) Message relatif à l'approbation d'un accord international sur la sécurité sociale des bateliers rhénans, du 27 février (FF 1951 I 689).
- (48) Message relatif à un projet de loi fédérale sur les allocations aux militaires pour perte de salaire et de gain, du 23 octobre (FF 1951 III 305).

1952

- (49) Message à l'appui d'un projet de loi fixant le régime des allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux paysans de la montagne, du 15 février (FF 1952 I 208).
- (50) Message à l'appui d'une loi modifiant celle sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, du 4 avril (FF 1952 I 689). — Gain pris en considération dans l'assurance-accidents.
- (51) Message relatif à l'approbation d'une convention conclue entre la Suisse et la Belgique en matière d'assurances sociales, du 4 novembre (FF 1952 III 347).

1953

- (52) Message sur le paiement d'allocations de renchérissement aux rentiers de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents et du service du travail, militaire ou civil, du 20 janvier (FF 1953 I 77).
- (53) Message relatif à l'approbation d'une convention conclue entre la Suisse et l'Italie en matière d'assurances sociales, du 6 mars (FF 1953 I 610).
- (54) Message relatif à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 5 mai (FF 1953 II 73). — Deuxième revision de l'AVS.
- (55) Message relatif à l'approbation de la convention conclue entre la Suisse et la Grande-Bretagne en matière d'assurances sociales, du 11 septembre (FF 1953 III 41).

1954

- (56) Message concernant l'allocation en 1953, 1954 et 1955 de subsides supplémentaires aux caisses-maladie reconnues, du 2 février (FF 1954 I 250).
- (57) Message concernant l'attribution de l'Office fédéral des assurances sociales au département de l'intérieur, du 3 septembre (FF 1954 II 366).
- (58) Message relatif à l'approbation d'une convention conclue entre la Suisse et le Royaume de Danemark en matière d'assurances sociales, du 2 novembre (FF 1954 II 805).

1955

- (59) Message relatif à l'approbation d'une convention conclue entre la Suisse et la principauté de Liechtenstein en matière d'assurance-vieillesse et survivants, du 1^{er} février (FF 1955 I 156).
- (60) Message à l'appui d'un projet d'arrêté fédéral prorogeant et modifiant celui qui concerne l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants, du 14 avril (FF 1955 I 621).
- (61) Message relatif à l'approbation d'une convention conclue entre la Suisse et la Suède en matière d'assurances sociales, du 10 mai (FF 1955 I 885).
- (62) Message relatif à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 8 novembre (FF 1955 II 1141). — Troisième révision de l'AVS.

1956

- (63) Message relatif à l'approbation d'une convention conclue entre la Suisse et le grand-duché de Luxembourg en matière d'assurances sociales, du 31 janvier (FF 1956 I 140).
- (64) Message relatif à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 25 juin (FF 1956 I 1461). — Quatrième révision de l'AVS.
- (65) Message concernant la modification de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents et de l'arrêté fédéral relatif au paiement d'allocations de renchérissement aux rentiers de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents et du service du travail, militaire ou civil, du 21 septembre (FF 1956 II 246). — Gain pris en considération dans l'assurance-accidents ; allocations de renchérissement.

1957

- (66) Rapport sur l'initiative populaire pour l'institution de l'assurance-invalidité, du 22 mars (FF 1957 I 1001).
- (67) Message à l'appui d'un projet de loi modifiant celle qui fixe le régime des allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux paysans de la montagne, du 5 avril (FF 1957 I 1045). — Amélioration des allocations familiales dans l'agriculture.
- (68) Message concernant l'allocation en 1957, 1958, 1959 et 1960 de subsides supplémentaires aux caisses-maladie reconnues, du 11 juin (FF 1957 I 1379).

1958

- (69) Message concernant la modification de diverses dispositions en matière d'assurance-accidents, du 9 mai (FF 1958 I 1009). — Nouvelle réglementation des rapports financiers entre la Confédération et la CNA ; couverture des accidents de motocyclette sur le chemin du travail.
- (70) Message relatif à l'approbation d'une convention conclue entre la Suisse et le royaume des Pays-Bas en matière d'assurances sociales, du 9 juin (FF 1958 I 1149).
- (71) Message à l'appui d'un projet d'arrêté fédéral prorogeant et modifiant celui qui concerne l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants, du 9 juin (FF 1958 I 1175). — Prolongation sans délai des arrêtés mentionnés sous chiffres 37, 43 et 60.

- (72) Message relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité, ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 24 octobre (FF 1958 II 1161). — Introduction dans l'AVS de la réglementation pro rata temporis pour le calcul des rentes.
- (73) Message à l'appui d'un projet de loi modifiant celle sur les allocations aux militaires pour perte de gain, du 24 octobre (FF 1958 II 1349). — Amélioration du régime des APG.

1959

- (74) Message relatif à l'approbation de la convention en matière d'assurances sociales conclue entre la Suisse et la République tchécoslovaque, du 27 juillet (FF 1959 II 213).

1960

- (75) Message relatif à l'approbation de la convention en matière de sécurité sociale conclue entre la Suisse et l'Espagne, du 22 janvier (FF 1960 I 397).
- (76) Message relatif à l'approbation d'une convention complémentaire en matière d'assurances sociales entre la Suisse et la Grande-Bretagne, du 22 janvier (FF 1960 I 426).
- (77) Message concernant l'allocation en 1961, 1962 et 1963 de subsides supplémentaires aux caisses-maladie reconnues, du 20 mai (FF 1960 I 1663).
- (78) Message concernant la modification de l'arrêté fédéral relatif au paiement d'allocations de renchérissement aux rentiers de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents et du service du travail militaire ou civil, du 12 décembre (FF 1960 II 1415).
- (79) Message concernant la modification de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, du 16 décembre (FF 1960 II 1423). — La disposition relative aux accidents de motocyclette est adaptée à la loi sur la circulation routière.

1961

- (80) Message relatif à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants ainsi qu'à l'initiative populaire pour l'amélioration des rentes de cette assurance, du 27 janvier (FF 1961 I 193). — Cinquième révision de l'AVS.
- (81) Message à l'appui d'un projet de loi modifiant le titre premier de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, du 5 juin (FF 1961 I 1425). — C'est l'amélioration de l'assurance-maladie, qui est d'une portée considérable et dont les Chambres étudient actuellement le projet.
- (82) Message à l'appui d'un projet de loi modifiant celle qui fixe le régime des allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux paysans de la montagne, du 18 septembre (FF 1961 II 457). — Amélioration des allocations familiales et extension aux petits paysans de la plaine.

1962

- (83) Message à l'appui d'un projet d'arrêté fédéral concernant le statut des réfugiés dans l'assurance-vieillesse et survivants et l'assurance-invalidité, du 19 janvier (FF 1962 I 245).

CHRONIQUE MENSUELLE

La *Commission des écoles spéciales dans l'AI* a siégé le 4 juillet sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a examiné les problèmes généraux que pose la reconnaissance des écoles spéciales dans l'AI.

*

Le *groupe d'étude des questions techniques* a tenu sa première séance le 5 juillet sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. L'ordre du jour comprenait un exposé général et une discussion sur les buts du groupe d'étude, sur les expériences que les caisses de compensation ont faites avec des moyens techniques modernes et sur les sous-commissions créées au sein du groupe.

*

Invités par l'Office fédéral des assurances sociales, les gérants des *offices régionaux AI* et de quelques *centres de réadaptation* ont siégé les 10 et 11 juillet. Ils ont discuté des expériences faites dans la réadaptation professionnelle. En outre, ils ont visité les ateliers de Brown Boveri à Baden et ont été informés de la réadaptation des invalides occupés par cette maison.

Les directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs

Ces directives sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 1962¹. Elles concernent également la réduction et la remise des cotisations et abrogent les circulaires 31a, 37b et 56b. Elles englobent enfin la circulaire 40d sur la préparation et l'envoi des formules de communication fiscale et la circulaire du 24 décembre

¹ En vente à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel, sous n° 318.102 f.
Prix : 3 francs.

1959 relative aux cotisations sur le revenu provenant de l'exploitation de forêts, vignes et vergers. Certains chapitres de la circulaire 24a sur les membres des communautés religieuses ont également été incorporés dans ce nouveau document. Il s'est avéré nécessaire de réunir en une seule brochure toutes les instructions applicables dans ce domaine. C'était répondre à une nécessité pratique et tenir compte des rapports étroits qui existent entre les diverses normes légales entrant en ligne de compte. D'ailleurs, les instructions applicables jusqu'ici étaient dépassées en certains points, incomplètes ou ne donnaient pas entière satisfaction. Il fallait donc les adapter à l'état actuel de la pratique administrative et de la jurisprudence. A cette occasion, on a également remanié la rédaction du texte, que l'on a simplifiée autant que faire se pouvait. Un astérisque près du numéro marginal indique qu'il s'agit d'un changement ou d'une innovation par rapport aux règles en vigueur jusqu'ici. Les directives sont divisées en trois parties: 1. Les cotisations des travailleurs indépendants; 2. les cotisations des personnes sans activité lucrative; 3. la réduction et la remise des cotisations.

Il serait trop long de commenter ici toutes les innovations introduites par ces directives. Les lignes qui suivent s'attachent à l'essentiel et aux points qui suscitent des difficultés pratiques ou exigent des explications complémentaires.

I

Les cotisations des travailleurs indépendants

1. Les membres des collectivités de personnes

En général, il n'est pas difficile de définir le statut AVS des personnes qui participent sous une forme ou sous une autre à une collectivité de personnes (société en nom collectif, société en commandite, communauté héréditaire ou société simple). Aux yeux des tiers, ces personnes ont souvent dans l'affaire une situation qui correspond à celle que les associés se sont faite entre eux. On peut dans ces cas dire sans hésitation que les gains alloués à ces personnes sont soit le produit d'une activité indépendante, soit celui d'une activité salariée, soit encore le rendement d'un capital. Les difficultés surgissent là où la forme extérieure du contrat ne correspond pas aux rapports internes entre associés. Le résultat ne serait pas satisfaisant si l'on se contentait de traiter ces cas dans l'AVS en s'en tenant schématiquement à l'aspect extérieur des rapports établis entre les parties. La jurisprudence récente a tenu compte de cet aspect du problème. Dans deux arrêts de 1959, le Tribunal fédéral des assurances, complétant son ancienne jurisprudence, en est venu à considérer, dans un cas, un commanditaire comme un travailleur indépendant et, dans un autre cas, un associé en nom collectif comme un salarié. Se conformant à cette jurisprudence, les numéros 20 et 23 des directives permettent à la caisse de compensation de s'écarter de la forme extérieure du contrat passé entre les parties. La caisse peut ainsi mieux tenir compte de la réalité économique. Elle n'a cependant pas l'obligation

d'élucider les rapports internes établis entre les parties; elle peut au contraire — voir aussi les numéros 18 et 21 — présumer que le contrat porté à la connaissance des tiers correspond aux rapports internes réellement établis entre les parties.

Les numéros 26 et suivants fixent une règle analogue pour les membres des communautés héréditaires. On se référera à cet égard à l'article paru dans la RCC 1961, p. 96.

2. Revenu acquis durant une partie seulement de la période de calcul

Une innovation importante figure au n° 150, qui vise la procédure extraordinaire au sens de l'article 23, lettre b, RAVS. Le Tribunal fédéral des assurances a relevé qu'en cas de modification des bases du revenu, on ne peut revenir au calcul des cotisations selon le mode ordinaire qu'au moment où le nouveau gain tombant dans la période de calcul comprend une période d'au moins douze mois. Une exception n'existe — si les conditions de l'entreprise sont stables — que pour le revenu agricole (n° 151). Le Tribunal a, d'autre part, posé que les caisses, dans les cas où elles adoptent la procédure extraordinaire, ne doivent pas attendre passivement l'arrivée de la prochaine communication fiscale, mais au contraire effectuer le plus rapidement possible leur propre estimation du revenu (voir n° 201).

Se conformant à cette jurisprudence, le numéro 150 dispose que la caisse n'est pas liée par la communication fiscale lorsque l'activité indépendante n'a pas été exercée pendant douze mois consécutifs au moins durant la période de calcul. A l'avenir, l'autorité fiscale ne devra plus communiquer que le gain effectivement obtenu dans la période de calcul, sans le convertir en revenu annuel (n° 118; voir aussi n° 13 des directives aux autorités fiscales).

Si l'activité lucrative a été exercée durant une partie seulement de la période de calcul, mais plus d'une année, c'est selon le n° 151 la valeur annuelle du revenu qui est déterminante. On obtient cette valeur en convertissant le gain effectif en gain annuel.

Cette valeur annuelle du revenu doit être distinguée du revenu annuel au sens du n° 152 (voir aussi nos 55 et 337). Là où le gain n'a pas été acquis durant toute la période et où l'article 23, lettre b, RAVS n'a pas été appliqué, c'est le gain effectif qui vaut comme gain annuel (sans conversion). Il en va ainsi des activités saisonnières ou des personnes qui interrompent leur activité pour moins de trois mois (voir n° 55).

3. Interruption de l'activité indépendante

Ces cas ont souvent suscité des difficultés. La raison en est qu'une interruption de l'activité dans la période de cotisations n'a pas d'effet direct sur le calcul des cotisations dues pour cette période, du moment que les travailleurs indépendants n'acquittent pas les cotisations sur le gain courant, mais sur celui d'une période de calcul antérieure.

Jusqu'ici, les règles n'étaient pas les mêmes selon la durée de l'interruption.

Dans les cas où l'assuré restait non actif pendant l'interruption d'activité, cette interruption devait durer au moins six mois pour entraîner le calcul de la cotisation « pro rata temporis ». En revanche, si l'assuré touchait un salaire pendant l'interruption, un arrêt de trois mois seulement suffisait (voir RCC 1960, p. 387). Les directives renoncent désormais à faire cette distinction. Les numéros 56 et suivants prévoient uniformément un délai de trois mois. Lors de la reprise de l'activité indépendante, les caisses doivent examiner si elles ne doivent pas faire une estimation nouvelle du revenu selon l'article 23, lettre b, RAVS. Si tel n'est pas le cas, les cotisations fixées pour la période antérieure à l'interruption peuvent à nouveau être perçues pour la période postérieure à celle-ci. Au moment où le gain de l'année de l'interruption tombe dans la période de calcul, ce gain sera converti en revenu annuel.

II

Les cotisations des personnes sans activité lucrative

1. *Les assurés ayant une capacité incomplète de gain*

Ces assurés continuent à être considérés comme des personnes sans activité lucrative, s'ils ne travaillent pas ou s'ils obtiennent, par leur travail, un gain n'atteignant pas 300 francs par année civile (n° 233). L'incertitude a subsisté jusque tout récemment sur la manière de traiter les cas où une contribution pour frais de pension est versée à la famille ou à l'établissement qui héberge l'assuré, si ce dernier obtient un certain revenu par son travail. La contribution doit-elle être alors considérée comme un gain du travail de l'assuré ou comme une prestation d'assistance ? Faut-il admettre qu'une réduction sur le prix de pension accordée à l'assuré est un élément du salaire ? L'expérience a montré que l'on ne peut pas établir une règle générale pour ces cas.

L'élément décisif, ce sera le fait que des prestations analogues à un salaire seront allouées à l'assuré, qu'elles le soient en espèces ou sous la forme d'une réduction importante du prix de pension payé par l'assuré. Les primes d'encouragement, qui n'ont qu'un rapport lointain avec la valeur économique du travail fourni, ne sont pas un revenu du travail, même si elles dépassent 300 francs par an. On admettra l'existence de prestations analogues au salaire — et l'on tiendra l'assuré pour un salarié — là où l'exploitant s'est vu consentir, pour la taxation fiscale, au titre des frais généraux, une déduction de salaire atteignant au moins 300 francs (n° 234).

2. *Les membres des communautés religieuses*

Les dispositions générales ne suffisent pas à définir le statut AVS de cette catégorie d'assurés, dont la circulaire 24a s'occupe spécialement. Les directives maintiennent la règle (voir n° 236) selon laquelle les religieux et religieuses qui travaillent dans la maison-mère ou dans les établissements de celle-ci peuvent

être considérés comme personnes sans activité lucrative. En revanche, et pour des motifs juridiques, les règles spéciales sur le salaire en nature des personnes considérées comme actives, qui travaillent dans la maison-mère ou dans ses établissements, n'ont pas été maintenues. Désormais, on ne pourra plus, pour ces personnes, compter un salaire en nature de 300 francs par an seulement. Le n° 236 confirme certes que l'on continue, d'entente avec la caisse, à considérer comme actifs les religieux et religieuses travaillant dans la maison-mère ou ses établissements; la communauté religieuse acquittera cependant dans ces cas les cotisations sur un salaire en nature établi conformément aux articles 11 et 13 RAVS.

III

La réduction et la remise des cotisations

1. Généralités

Comme il est dit aux n°s 330 et 331, il faut tenir compte, lors de l'examen d'une demande de réduction ou de remise des cotisations, de l'ensemble de la situation économique. Il n'est certainement pas toujours facile, pour la caisse de compensation, de rendre une décision qui ménage les intérêts de l'assuré et ceux de l'assurance. L'affilié ne comprend souvent pas quelles conséquences désavantageuses une réduction des cotisations peut avoir sur sa rente; en effet, les cotisations non payées par suite de réduction, selon l'article 11, 1^{er} alinéa, LAVS, ne sont pas prises en compte lors de la réalisation du risque assuré. Ceci influence la cotisation annuelle moyenne, qui est aussi déterminante pour le calcul de la rente. C'est pourquoi le n° 341 prévoit que la caisse de compensation, avant de prononcer la réduction, rendra l'assuré attentif aux éventuelles conséquences défavorables de cette mesure (cf. aussi n° 337).

On a renoncé, comme précédemment, à établir à ce sujet des règles trop rigides et à enlever ainsi aux caisses de compensation la possibilité de juger les cas dans les limites d'une juste appréciation. Toutefois, cela ne dispense pas les caisses d'étudier chaque cas le plus consciencieusement possible, ne serait-ce déjà que parce que la réduction est une mesure exceptionnelle, qui ne peut être appliquée que si l'assuré est vraiment dans la gêne (n°s 323 et suivants). Le réexamen des cas par l'OFAS reste réservé.

2. Le minimum vital et la remise des impôts

La question du rôle que jouent, dans la réduction des cotisations, le minimum vital en matière de poursuites pour dettes et la remise des impôts est d'une grande importance pratique. Jusqu'à présent, on admettait souvent qu'une réduction était justifiée, sans nécessiter d'autres enquêtes, lorsque le gain de l'assuré n'atteignait pas le minimum vital ou si l'assuré avait bénéficié d'une remise d'impôts. Cette conception est erronée. Elle ne tient pas compte du fait

que les taux fixés par les offices des poursuites pour le minimum vital peuvent différer sensiblement, même dans les cantons où les conditions d'existence sont analogues ; en outre, le calcul de ces taux se fonde aussi sur d'autres éléments juridiques. Sans doute, on examinera, dans chaque cas de demande de réduction, si le revenu courant de l'assuré n'atteint pas ou dépasse le minimum vital en matière de poursuites pour dettes ; cette considération, toutefois, n'est pas décisive à elle seule dans la question de la charge trop lourde (cf. n° 332). Dans la pratique, une demande de réduction sera examinée chaque fois que le revenu courant du requérant sera au-dessous du minimum d'existence ; elle devra être rejetée, en principe, si ce minimum est atteint ou dépassé (n° 335).

On se fondera sur des considérations analogues en cas de remise accordée par les autorités fiscales. Il est vrai que la remise de la dette fiscale doit être considérée comme un indice de la situation économique défavorable de l'assuré ; mais on examinera toujours pour quelles raisons la dette fiscale a été remise. Par exemple, l'octroi d'une remise d'impôts visant à corriger une taxation fiscale trop élevée n'est pas un motif justifiant une réduction des cotisations, mais peut à la rigueur inciter la caisse de compensation à demander à l'autorité fiscale si elle consent à modifier la communication fiscale. Même l'octroi d'une remise d'impôts pour des motifs de commisération ne permet pas forcément de conclure à l'insolvabilité de l'assuré (cf. n° 333). Le but de la réduction diffère en effet de celui de la remise fiscale. Les intérêts de l'assuré ne sont pas les mêmes que ceux du contribuable bénéficiaire d'une remise. Une remise fiscale n'a pas des conséquences défavorables pour le contribuable, tandis que la réduction des cotisations peut avoir des répercussions désavantageuses sur la rente future. Les exigences attachées à la remise fiscale pourront donc être moins strictes que celles auxquelles la réduction est soumise. Si l'on se contentait de suivre la pratique fiscale, on risquerait souvent de ne pas tenir suffisamment compte des circonstances du cas et d'aboutir à des résultats peu satisfaisants. En soi, le fait de la remise a cependant son importance pour l'octroi éventuel d'une réduction. L'enquête à effectuer ne portera donc pas seulement sur ce fait, mais sur tous les autres éléments du cas.

3. La validité de la réduction dans le temps

La réglementation selon laquelle seules les cotisations dues depuis le dépôt de la demande jusqu'à la fin de la période de cotisations en cours peuvent être réduites a été modifiée. La limite de temps fixée dans le RAVS (art. 32, 2^e al.) a été abandonnée. Les nouvelles directives précisent (n^{os} 312 et 345) que les réductions peuvent avoir un effet rétroactif lorsqu'il est constaté, après coup, que le paiement de cotisations échues constitue une charge trop lourde.

La statistique des mesures de réadaptation de l'AI en 1961

1. Remarques préliminaires

Les indications suivantes donnent un aperçu provisoire des mesures de réadaptation en 1961. Les résultats définitifs seront publiés dans le Rapport annuel AVS/AI/APG de l'Office fédéral des assurances sociales.

La statistique des mesures de réadaptation de l'AI repose sur un dénombrement général des bénéficiaires et des prestations qui leur ont été accordées. Les prestations consistent en

- mesures médicales ;
- mesures d'ordre professionnel ;
- mesures de formation scolaire spéciale et en faveur des mineurs inaptes à recevoir une instruction ;
- remise de moyens auxiliaires ;
- indemnités journalières.

Il ne faut pas perdre de vue que de nombreux bénéficiaires jouissent simultanément ou consécutivement de mesures différentes au cours d'un exercice, et que les mesures de réadaptation sont souvent de courte durée. C'est pourquoi le « cas » est utilisé comme unité de calcul statistique dans le présent dépouillement, selon un schéma comprenant les trois phases décrites ci-après. La statistique donne donc d'une part le nombre des cas et d'autre part la valeur des prestations accordées. Nous considérerons tout d'abord les prestations en nature sous chiffres 2 à 6, puis sous chiffre 7 les indemnités journalières.

On distingue, dans les mesures de réadaptation (1^{re} phase), quatre genres de prestations en nature (2^e phase). Chaque genre de prestations est lui-même divisé en ses éléments constituants ou sous-groupes (3^e phase) (cf. tableau synoptique illustrant la notion de « cas »). Le dépouillement est effectué pour chaque phase séparément, puisqu'il s'agit toujours d'effectifs totaux qui ne peuvent pas être divisés en effectifs partiels. Dans la *première phase* (tableau 1), chaque bénéficiaire de prestations pendant la période d'observation compte comme cas ; le nombre des cas et le nombre des bénéficiaires sont donc identiques. Dans la *deuxième phase* (tableau 2), compte comme « cas » chaque bénéficiaire ayant

Tableau synoptique illustrant la notion de « cas »

1^{re} phase

2^e phase¹

3^e phase²

34 770 mesures de réadaptation	22 934 mesures médicales	<table border="1"> <tr> <td>traitement ambulatoire</td> <td>22 419</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">33 163</td> </tr> <tr> <td>traitement dans un établissement</td> <td>10 744</td> </tr> </table>	traitement ambulatoire	22 419	33 163	traitement dans un établissement	10 744													
	traitement ambulatoire	22 419	33 163																	
	traitement dans un établissement	10 744																		
	1584 mesures d'ordre professionnel	<table border="1"> <tr> <td>formation professionnelle initiale</td> <td>1 043</td> <td rowspan="4" style="vertical-align: middle;">1 741</td> </tr> <tr> <td>reclassement dans une nouvelle profession</td> <td>591</td> </tr> <tr> <td>rééducation dans la même profession</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>aide en capital</td> <td>22</td> </tr> </table>	formation professionnelle initiale	1 043	1 741	reclassement dans une nouvelle profession	591	rééducation dans la même profession	85	aide en capital	22									
formation professionnelle initiale	1 043	1 741																		
reclassement dans une nouvelle profession	591																			
rééducation dans la même profession	85																			
aide en capital	22																			
8511 mesures de formation scolaire spéciale et en faveur des mineurs inaptes à recevoir une instruction	<table border="1"> <tr> <td>formation scol. spéciale en internat</td> <td>5 514</td> <td rowspan="6" style="vertical-align: middle;">9 273</td> </tr> <tr> <td>formation scol. spéciale en externat</td> <td>1 682</td> </tr> <tr> <td>formation scol. spéciale à domicile</td> <td>170</td> </tr> <tr> <td>mesures permettant la fréquentation de l'école</td> <td>97</td> </tr> <tr> <td>mineurs incaptes à recevoir une instruction placés dans un établissement</td> <td>1 368</td> </tr> <tr> <td>mineurs incaptes à recevoir une instruction soignés à domicile</td> <td>442</td> </tr> </table>	formation scol. spéciale en internat	5 514	9 273	formation scol. spéciale en externat	1 682	formation scol. spéciale à domicile	170	mesures permettant la fréquentation de l'école	97	mineurs incaptes à recevoir une instruction placés dans un établissement	1 368	mineurs incaptes à recevoir une instruction soignés à domicile	442						
formation scol. spéciale en internat	5 514	9 273																		
formation scol. spéciale en externat	1 682																			
formation scol. spéciale à domicile	170																			
mesures permettant la fréquentation de l'école	97																			
mineurs incaptes à recevoir une instruction placés dans un établissement	1 368																			
mineurs incaptes à recevoir une instruction soignés à domicile	442																			
8264 moyens auxiliaires	<table border="1"> <tr> <td>membres artificiels</td> <td>1 050</td> <td rowspan="9" style="vertical-align: middle;">9 890</td> </tr> <tr> <td>appareils de soutien et de marche</td> <td>5 777</td> </tr> <tr> <td>moyens auxiliaires pour les affections crâniennes et de la face</td> <td>202</td> </tr> <tr> <td>moyens auxiliaires pour les organes sensoriels</td> <td>1 469</td> </tr> <tr> <td>moyens auxiliaires pour les organes internes</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>moyens auxiliaires pour la vie quotidienne</td> <td>541</td> </tr> <tr> <td>véhicules à moteur</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>autres véhicules</td> <td>423</td> </tr> <tr> <td>installations auxiliaires au poste de travail</td> <td>153</td> </tr> </table>	membres artificiels	1 050	9 890	appareils de soutien et de marche	5 777	moyens auxiliaires pour les affections crâniennes et de la face	202	moyens auxiliaires pour les organes sensoriels	1 469	moyens auxiliaires pour les organes internes	25	moyens auxiliaires pour la vie quotidienne	541	véhicules à moteur	250	autres véhicules	423	installations auxiliaires au poste de travail	153
membres artificiels	1 050	9 890																		
appareils de soutien et de marche	5 777																			
moyens auxiliaires pour les affections crâniennes et de la face	202																			
moyens auxiliaires pour les organes sensoriels	1 469																			
moyens auxiliaires pour les organes internes	25																			
moyens auxiliaires pour la vie quotidienne	541																			
véhicules à moteur	250																			
autres véhicules	423																			
installations auxiliaires au poste de travail	153																			

¹ avec les cas ayant bénéficié de plusieurs genres de prestations: 41 293 cas

² avec les cas ayant bénéficié de plusieurs genres de prestations: 54 067 cas

touché, au cours de l'année, une prestation en nature de l'un des quatre genres cités plus haut. Un bénéficiaire auquel l'AI a octroyé par exemple un moyen auxiliaire en plus de mesures médicales est compté deux fois comme cas dans cette phase, une fois sous « Mesures médicales » et l'autre fois sous « Remise de moyens auxiliaires ». Dans la *troisième phase* (tableaux 3 à 6), la notion de cas est la même que pour la deuxième phase. Les éléments ou sous-groupes en lesquels les quatre genres de prestations ont été divisés prennent la place de ceux-ci.

2. Aperçu général

Le tableau 1 (première phase du dépouillement) donne un aperçu des cas ou bénéficiaires et des dépenses occasionnées par les mesures de réadaptation, selon le sexe.

Des quelque 35 000 bénéficiaires qui remplissaient les conditions requises pour toucher des prestations en nature de l'AI, 57 pour cent sont des hommes et 43 pour cent des femmes. Les frais correspondants se sont montés à 31,1 millions de francs, dont 17,8 pour des hommes et 13,3 pour des femmes. Neuf cents francs en chiffre rond ont été dépensés par bénéficiaire des deux sexes.

Mesures de réadaptation selon le sexe

Tableau 1

Sexe	Cas	Frais en francs	
		en tout	par cas
Sexe masculin	19 729	17 780 433	901
Sexe féminin	15 041	13 310 261	885
Total	34 770	31 090 694	894

En divisant les dépenses totales occasionnées par la réadaptation selon les différents genres de prestations (deuxième phase du dépouillement), on obtient les résultats indiqués au tableau 2.



La totalité des cas dans cette phase du dépouillement se monte à plus de 41 000. Nous avons donc un accroissement de 6500 cas en chiffre rond par rapport au total des cas dans la première phase du dépouillement, car certains bénéficiaires jouissent de plusieurs genres de prestations et sont comptés ainsi plusieurs fois comme cas (cf. remarques préliminaires).

Mesures de réadaptation selon le genre des prestations et le sexe

Tableau 2

Genre des prestations	Cas	Frais en francs	
		en tout	par cas
Sexe masculin			
Mesures médicales	12 898	7 792 239	604
Mesures d'ordre professionnel	999	2 254 973	2 257
Formation scolaire spéciale et subsides aux mineurs inaptes à recevoir une instruction	4 969	5 924 798	1 192
Moyens auxiliaires	4 388	1 808 423	412
Total	23 254	17 780 433	765
Sexe féminin			
Mesures médicales	10 036	6 560 853	654
Mesures d'ordre professionnel	585	1 236 399	2 114
Formation scolaire spéciale et subsides aux mineurs inaptes à recevoir une instruction	3 542	4 284 049	1 210
Moyens auxiliaires	3 876	1 228 960	317
Total	18 039	13 310 261	738
Ensemble			
Mesures médicales	22 934	14 353 092	626
Mesures d'ordre professionnel	1 584	3 491 372	2 204
Formation scolaire spéciale et subsides aux mineurs inaptes à recevoir une instruction	8 511	10 208 847	1 199
Moyens auxiliaires	8 264	3 037 383	368
Total	41 293	31 090 694	753

Ainsi que le montre la répartition selon les genres de prestations, l'effectif total se compose :

à 56 pour cent environ, de cas bénéficiant de mesures médicales ;

à 20 pour cent en chiffre rond, de cas de formation scolaire spéciale ;
à 20 pour cent en chiffre rond, de cas recevant des moyens auxiliaires et
à 4 pour cent de cas jouissant de mesures d'ordre professionnel.

Il ressort de la répartition des frais selon les mêmes critères que près de la moitié concerne les mesures médicales, trois dixièmes la formation scolaire spéciale, un dixième les mesures d'ordre professionnel et un dixième les moyens auxiliaires.

3. Mesures médicales

La répartition des dépenses et frais pour les mesures médicales, selon les genres de traitement, donne les chiffres suivants (tableau 3):

Mesures médicales selon les genres de traitement Tableau 3

Genre de traitement	Cas	Frais en francs	
		en tout	par cas
Traitement ambulatoire	22 419	2 370 858	106
Traitement en établissement	10 744	11 982 234	1 115
Total	33 163	14 353 092	433

On retiendra comme premier résultat que le nombre des cas de traitement ambulatoire correspond approximativement à la totalité des cas bénéficiant de mesures médicales dans la deuxième phase du dépouillement. A ces 22 000 cas de traitement ambulatoire s'ajoutent près de 11 000 cas de traitement en établissement. Il faut en déduire qu'un bénéficiaire de mesures médicales sur deux a été soigné ambulatoirement et en établissement.

En ce qui concerne les frais par cas dans ces deux sous-groupes, on remarquera que les frais d'un traitement ambulatoire n'atteignent en moyenne que le dixième de ceux d'un traitement en établissement.

4. Mesures d'ordre professionnel

Dans le tableau 4, les cas et les frais se rapportant aux mesures d'ordre professionnel sont répartis selon les éléments constituants. Il est intéressant de relever que parmi les 1500 et quelques cas de mesures d'ordre professionnel, un petit nombre seulement a bénéficié de plusieurs prestations.

En ce qui concerne les différents éléments, on constatera que, pour le moment, seuls les chiffres touchant la formation professionnelle initiale et le reclassement dans une nouvelle profession permettent de tirer des conclusions. Les deux autres éléments, rééducation dans la même profession et aide en capital, ne représentent que 6 pour cent, en chiffre rond, des cas de mesures d'ordre professionnel et des frais correspondants.

Mesures d'ordre professionnel selon les éléments constitutants et le sexe

Tableau 4

Éléments constitutants	Cas	Frais en francs	
		en tout	par cas
Sexe masculin			
Formation professionnelle initiale . . .	581	1 188 107	2 045
Reclassement dans une nouvelle profession	440	920 135	2 091
Rééducation dans la même profession	60	92 241	1 537
Aide en capital	22	54 490	2 477
Total	1 103	2 254 973	2 044
Sexe féminin			
Formation professionnelle initiale . . .	462	907 201	1 964
Reclassement dans une nouvelle profession	151	288 216	1 909
Rééducation dans la même profession	25	40 982	1 639
Aide en capital	—	—	—
Total	638	1 236 399	1 938
Ensemble			
Formation professionnelle initiale . . .	1 043	2 095 308	2 009
Reclassement dans une nouvelle profession	591	1 208 351	2 045
Rééducation dans la même profession	85	133 223	1 567
Aide en capital	22	54 490	2 477
Total	1 741	3 491 372	2 005

5. Formation scolaire spéciale et subsides aux mineurs incapes à recevoir une instruction

Le tableau 5 montre la répartition, selon les éléments constitutants, des cas et des frais concernant la formation scolaire spéciale et les subsides aux mineurs incapes à recevoir une instruction. Le nombre des enfants formés dans des écoles spéciales se monte à près de 7200. De ces enfants, 5500, en chiffre rond, soit plus des trois quarts sont internes. On compte plus de 1800 mineurs incapes à recevoir une instruction ; de ceux-ci, trois quarts environ sont placés dans des instituts et un quart est soigné à la maison ou dans une famille.

*Formation scolaire spéciale et subsides aux mineurs inaptes
à recevoir une instruction, selon les éléments constitutants et le sexe*

Tableau 5

Éléments constitutants	Cas	Frais en francs		Durée en jours	
		en tout	par cas	en tout	par cas
Sexe masculin					
Formation scol. spéciale en internat	3 293	4 472 820	1 358	905 174	274,9
Formation scol. spéciale en externat	976	362 155	371	164 028	168,1
Formation scol. spéciale à domicile	104	26 473	255	.	.
Mesures permettant la fréquentation de l'école	47	14 391	306	.	.
Subsides aux					
— mineurs inaptes à recevoir une instruction placés dans un établissement	766	775 592	1 013	255 817	334,0
— mineurs inaptes à recevoir une instruction soignés à domicile . .	234	273 367	1 168	.	.
Total	5 420	5 924 798	1 093	.	.
Sexe féminin					
Formation scol. spéciale en internat	2 221	3 123 591	1 406	617 870	278,2
Formation scol. spéciale en externat	706	260 725	369	118 202	167,4
Formation scol. spéciale à domicile	66	14 841	225	.	.
Mesures permettant la fréquentation de l'école	50	16 549	331	.	.
Subsides aux					
— mineurs inaptes à recevoir une instruction placés dans un établissement	602	619 415	1 029	206 619	343,2
— mineurs inaptes à recevoir une instruction soignés à domicile . .	208	248 928	1 197	.	.
Total	3 853	4 284 049	1 112	.	.
Ensemble					
Formation scol. spéciale en internat	5 514	7 596 411	1 378	1 523 044	276,2
Formation scol. spéciale en externat	1 682	622 880	370	282 230	167,8
Formation scol. spéciale à domicile	170	41 314	243	.	.
Mesures permettant la fréquentation de l'école	97	30 940	319	.	.
Subsides aux					
— mineurs inaptes à recevoir une instruction placés dans un établissement	1 368	1 395 007	1 020	462 436	338,0
— mineurs inaptes à recevoir une instruction soignés à domicile . .	442	522 295	1 182	.	.
Total	9 273	10 208 847	1 101	.	.

6. Moyens auxiliaires

Dans le tableau 6, les cas sont répartis selon le genre des moyens auxiliaires.

Moyens auxiliaires
(contributions aux frais et réparations incluses)

Tableau 6

Genre des moyens auxiliaires	Cas	Frais en francs	
		en tout	par cas
Membres artificiels	1 050	663 217	632
Appareils de soutien et de marche . . .	5 777	1 175 939	204
Moyens auxiliaires pour les affections crâniennes et de la face	202	25 927	128
Moyens auxiliaires pour les organes sensoriels	1 469	420 138	286
Moyens auxiliaires pour les organes internes	25	5 838	234
Moyens auxiliaires pour la vie quoti- dienne	541	65 370	121
Véhicules à moteur	250	451 462	1 806
Autres véhicules	423	144 431	341
Installations auxiliaires au poste de travail	153	85 061	556
Total	9 890	3 037 383	307

La colonne des cas montre que des appareils de soutien et de marche ont été fournis le plus souvent, à savoir dans plus de 5700 cas. On n'oubliera pas que le tableau 6 contient aussi les cas pour lesquels l'AI a octroyé uniquement des contributions aux frais ou payé des réparations. Les dépenses constatées par cas ne correspondent donc pas aux frais moyens occasionnés par la remise d'un moyen auxiliaire.

7. Indemnités journalières

La période d'observation, sur laquelle s'étend le dépouillement, va du 1^{er} janvier 1960 au 30 novembre 1961, soit 23 mois en tout. Le tableau 7 donne le nombre de cas et indique la durée en jours et les frais.

Indemnités journalières versées
du 1^{er} janvier 1960 au 30 novembre 1961

Tableau 7

Taux des indemnités journalières	Cas	Durée en jours		Frais en francs		
		en tout	par cas	en tout	par cas	par jour
Avec 10 % de supplém. de réadaptation	7 492	144 847	19,3	972 662	129,83	6,72
Avec 20 % de supplém. de réadaptation	39	720	18,5	5 034	129,08	6,99
Avec 30 % de supplém. de réadaptation	6 397	124 544	19,5	1 562 914	244,42	12,55
Total	13 928	270 111	19,4	2 540 610	182,41	9,41

Comme il ne s'agit pas d'une statistique annuelle, les nombres indiqués ci-dessus ne peuvent pas être mis en rapport direct avec ceux qui concernent les prestations en nature. On constatera toutefois qu'ils prennent une place plutôt modeste dans la totalité des dépenses occasionnées par les mesures de réadaptation.

Problèmes d'application de l'AVS

Liste de rentes et chiffres-clés à indiquer lorsque des rentes de survivants sont portées en diminution

Par la circulaire du 30 mars 1961, les chiffres-clés relatifs aux mutations de rentes à indiquer dans la liste de rentes, et prévus sous le numéro marginal 586 des Directives concernant les rentes, ont été complétés et simplifiés. Entre-temps, il s'est toutefois révélé que ces nouveaux chiffres-clés ne sont pas utilisés de manière uniforme par les caisses de compensation comme l'exige une statistique exacte. Ainsi, par exemple, lors du décès d'une veuve avec enfants, non seulement la suppression de la rente de veuve est désignée par le chiffre-clé 1 (décès), mais aussi celle des rentes d'orphelins simples. Cette manière de faire n'est pas exacte. Seule la suppression de la rente de veuve doit, dans un pareil cas, être désignée par le chiffre-clé 1, tandis que la diminution concernant les rentes d'orphelins simples des enfants, qui sont remplacées par des rentes d'orphelins

doubles, doit être désignée par le chiffre-clé 7 (autres mutations). Il en est de même lors du décès du père veuf, dont les enfants bénéficient de rentes d'orphelins de mère. Ici également, il faut désigner la suppression des rentes d'orphelins de mère, qui sont remplacées par des rentes d'orphelins doubles, non pas par le chiffre-clé 1, mais par le chiffre-clé 7. Si, en revanche, une rente d'orphelin s'éteint par suite du décès de l'enfant lui-même, c'est bien entendu par le chiffre-clé 1 que cette diminution doit être indiquée.

Suite des inscriptions de CIC sur une seconde ou sur plusieurs formules

Lorsque des salariés changent fréquemment de place dans la même branche, il arrive que les caisses de compensation doivent porter la suite des inscriptions de leurs cotisations sur un second, un troisième ou même sur plusieurs CIC. Quelles précautions faut-il prendre, dans de pareils cas, pour qu'aucun compte ne soit omis lors du rassemblement des CIC ?

Jusqu'ici, on a renoncé à régler cette question dans les « Directives sur le certificat d'assurance et le compte individuel des cotisations », de sorte qu'il appartient aux caisses de compensation de prendre les mesures appropriées. Certaines caisses ont imaginé d'agrafer ensemble les différents CIC concernant le même assuré. Une autre solution consiste à désigner chaque CIC de telle façon qu'on doit nécessairement conclure à l'existence d'autres CIC, par exemple en numérotant les CIC et en portant à l'en-tête de chacun une mention renvoyant au CIC suivant, telle que « voir suite CIC 2 ». En faisant usage de tels renvois, il faut toutefois veiller à ce qu'ils ne donnent pas lieu à des confusions et n'empiètent pas sur l'espace réservé aux inscriptions obligatoires.

Problèmes d'application de l'AI

Mesures médicales en cas d'aphasie (perte de la voix) ¹

Le traitement de l'aphasie chez les adultes peut être considéré comme une mesure médicale au sens de l'article 12 LAI, surtout s'il fait espérer — avec ou sans reclassement — une réadaptation à la vie professionnelle. Le traitement efficace d'une logopathie motrice ou sensorielle, ayant son origine dans un

¹ Extrait du Bulletin de l'AI n° 37.

organe central, exige, s'il s'agit d'un adulte, des connaissances et expériences spéciales, qui dépassent le cadre de l'enseignement d'orthophonie donné aux mineurs atteints de difficultés d'élocution.

Dans tous les cas, il faut que la commission AI procède à un examen consciencieux, en tenant compte de l'âge de l'assuré, de l'affection qui a causé l'aphasie et de sa localisation, de l'état général et de paralysies éventuelles, de l'activité lucrative exercée précédemment, du niveau intellectuel et du comportement affectif de l'assuré. Il est recommandé de s'adresser, pour le diagnostic et le traitement de tels cas, à un *neurologue*, à un *oto-rhino-laryngologiste* ou à une clinique spécialisée.

Événement assuré déterminant dans les cas où le droit à la rente AI reprend naissance ultérieurement ¹

Lorsqu'un assuré qui, jusqu'à une certaine date, avait déjà bénéficié d'une rente AI est à nouveau atteint d'une invalidité donnant droit à une rente, il faut, lors de l'examen des conditions mises au droit à la rente et pour calculer la rente, considérer que c'est un *nouvel événement assuré* qui s'est produit. La cotisation annuelle moyenne, notamment, doit être calculée à nouveau, compte tenu des cotisations versées entretemps et déterminées par un nouveau rassemblement des CIC.

En revanche, il ne s'agit *pas d'un nouvel événement assuré* lorsqu'une demi-rente AI est remplacée par une rente entière ou vice-versa ou lorsque, après avoir remplacé dans une procédure de révision la rente AI par des mesures de réadaptation, l'AI continue par la suite à accorder une demi-rente ou une rente entière parce que les mesures de réadaptation n'ont pas ou n'ont que partiellement atteint le résultat escompté. Dans de tels cas, la seconde rente doit être calculée d'après les mêmes éléments que la première.

Droit à une indemnité journalière en cas de séjour pour cures ¹

Selon une recommandation de l'Association suisse contre la poliomyélite, l'AI devrait prendre en charge, à titre de mesures médicales au sens de l'article 12 LAI et pour faire suite aux cures de bains et de gymnastique curative, une cure complémentaire d'une semaine.

Il y a lieu d'agréer cette proposition en ce sens que l'AI accordera *une indemnité journalière durant 7 jours encore* lorsque les cures en question auront duré trois semaines au moins, mais n'assumera pas, en revanche, les frais de

¹ Extraits du « Bulletin de l'AI » n° 36.

séjour éventuel dans l'établissement hospitalier. A cet effet, une recommandation expresse d'un médecin n'est pas nécessaire. Toutefois, le droit à l'indemnité journalière suppose — comme c'est le cas pour les vacances et les congés (cf. RCC 1961, p. 373) — que l'assuré n'exerce aucune activité lucrative durant cette période. En pareil cas, le supplément de réadaptation s'élève à 30 pour cent.

Couverture des frais d'observation dans un établissement de pédagogie curative et psychiatrique ¹

L'envoi d'assurés pour examen dans un établissement de pédagogie curative et psychiatrique est une mesure d'instruction au sens de l'article 60, 1^{er} alinéa, lettre a, LAI. Comme toutes les mesures d'instruction, celle-ci n'est couverte par l'AI qu'à la condition d'avoir été *auparavant prescrite par la commission AI compétente*. Une application par analogie de l'article 78, 2^e alinéa, RAI, concernant la prise en charge après coup de mesures de réadaptation déjà exécutées, n'entre pas en ligne de compte.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie d'initiation éditée par l'Institut de pédagogie, d'orthopédagogie et de psychologie appliquée de l'Université de Fribourg en Suisse.

Bibliographie polycopiée avec suppléments périodiques dès 1957. Concerne les domaines suivants: Psychologie, pédagogie, orthopédagogie, formation scolaire spéciale, organisation des homes, service psychologique scolaire, diagnostic, psychologie sociale, psychologie des profondeurs, psychologie pédagogique, logopédie, hospitalisme, mongolisme.

Les ménagères infirmes et l'AI. Publié dans « Pro Infirmis » 1961/62, n° 11, p. 329-350 (série d'articles dans les trois langues nationales).

Neuordnung der Alters- und Hinterlassenen-Beihilfe im Kanton Zürich. Publié dans « Pro Senectute », 1962, n° 2, p. 42-44.

Peter Binswanger: **AHV — Basisversicherung oder « Volkspension »?** Conférence. (Revue suisse des assurances sociales, 1962, fascicule 2, p. 120-131.)

¹ Extraits du « Bulletin de l'AI » n° 36.

Delphine Champion : **Halbtagspensionierung und unregelmässige Beschäftigung von Pensionierten.** Ein Problem der modernen Betriebspersonalfürsorge. Umfrage bei Pensionierten der Maschinenfabrik Rieter AG. in Winterthur. 3 + 63 pages et annexe (polycopié). Travail de diplôme de l'Ecole d'études sociales, Genève, 1962.

Hans Peter Tschudi: **Die Zukunft der Schweizerischen Sozialversicherung und die europäische Integrationsbestrebungen.** Conférence. (Revue suisse des assurances sociales, 1962, fascicule 2, p. 89-111.)

A. Wälti: **Erfahrungen eines Personalchefs mit Pensionierungsvorbereitungen in einem Grossbetrieb.** Publié dans « Pro Senectute », 1962, n° 2, p. 49-52.

PETITES INFORMATIONS

Nouvelles interventions parlementaires

Motion Malzacher du 21 juin 1962

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

« Les Suisses à l'étranger doivent payer dans le pays qu'ils habitent les contributions d'assurance sociale prévues par les lois qui y sont en vigueur. Dans la plupart des cas, elles sont sensiblement plus élevées que les nôtres. Si nos compatriotes entendent — ce qui leur est généralement recommandé — adhérer ou demeurer affiliés à l'AVS et à l'AI facultatives, ils doivent de plus verser la cotisation entière de 2,2 à 4,4 pour cent de ces assurances, le plus souvent 4,4 pour cent de leur salaire brut. Le total de ces contributions représente un montant très élevé qui empêche de nombreux Suisses à l'étranger d'adhérer à l'assurance facultative. A cela s'ajoute qu'ils perdent entièrement, selon l'article 19 LAVS, les cotisations qu'ils ont déjà versées lorsqu'ils sortent de l'assurance facultative à raison du fait que les cotisations représentent pour eux une trop lourde charge.

Le Conseil fédéral est invité à présenter dès que possible un projet éliminant cette injustice et créant en matière d'assurance facultative (vieillesse, survivants et invalidité) des conditions acceptables pour les Suisses à l'étranger. »

Question écrite Dafflon du 22 juin 1962

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

« Après l'intervention de M. Arnold Saxer à la Conférence internationale du travail, le Conseil fédéral peut-il renseigner sur les travaux de la commission spéciale pour l'étude du problème de la vieillesse ?

Peut-il dire entre autres quelles sont ses conceptions sur l'âge de la retraite, sur les moyens financiers à fournir aux personnes âgées pour qu'elles ne tombent pas à la charge de l'assistance ?

Peut-il indiquer également s'il juge nécessaire que des mesures soient prises afin que les vieillards puissent poursuivre une activité ?

Ne pense-t-il pas qu'il serait urgent d'édicter un « code de la vieillesse », charte dans laquelle seraient énumérées les mesures les plus importantes à prendre en faveur de la vieillesse ? »

**Interventions
parlementaires
traitées aux
Chambres fédérales**

Question écrite
Dafflon
du 22 juin 1962

Le Conseil fédéral a répondu le 15 août, de la manière suivante, à la question écrite Dafflon publiée ci-dessus :

« Donnant suite à la suggestion du postulat Jaeckle, du 30 septembre 1952, la Fondation suisse « Pour la vieillesse » a créé, en 1961, une commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par M. Arnold Saxer. Cette commission a commencé ses travaux sur la base d'un programme étendu et collabore avec l'Office fédéral des assurances sociales.

Les problèmes à étudier sont très variés et nécessitent des recherches et enquêtes approfondies par plusieurs sous-commissions. La question de l'âge de la retraite et de la sécurité économique et sociale des vieillards qui ont quitté la vie active est spécialement importante. La commission d'étude des problèmes de la vieillesse compte publier un rapport détaillé sur tous les problèmes qui se posent à la vieillesse. Les travaux sont en cours ; il est donc trop tôt pour publier des conclusions. »

**Initiative populaire
de l'« AVIVO »**

Une « Initiative populaire pour l'augmentation des rentes de l'AVS et de l'AI en vue d'assurer le minimum vital suffisant » a été déposée le 21 juin 1962 à la Chancellerie fédérale.

Voici ses revendications :

A) « L'article 34 quater, 1^{er} alinéa, de la Constitution fédérale est complété par la phrase suivante :

Les rentes ordinaires et extraordinaires de l'AVS et de l'AI doivent couvrir les besoins des bénéficiaires et leur assurer un niveau de vie suffisant.

B) L'article 34 quater, 5^e alinéa, est remplacé par le texte suivant :

Les contributions financières de la Confédération et des cantons couvriront au moins la moitié du montant nécessaire à l'assurance. »

Le texte allemand de cette initiative est déterminant.

Les citoyens suisses soussignés autorisent les promoteurs mentionnés ci-dessous à retirer la présente initiative, soit en faveur d'un contre-projet de l'Assemblée fédérale, soit purement et simplement: MM. Roger Dafflon, conseiller national, Genève;

Karl Dellberg, conseiller national, Sierre; Gottlieb Schöneck, Bâle.

L'initiative porte 82 684 signatures, dont 71 772 seulement ont été reconnues valables par la Chancellerie fédérale.

Initiative populaire du « Beobachter »

Le « Schweizerische Beobachter », à Bâle, a déposé à la Chancellerie fédérale, le 12 juillet 1962, une « Initiative populaire en faveur de rentes AVS et AI mieux adaptées à la situation actuelle et tenant compte du renchérissement » demandant « que l'article 34 quater de la Constitution fédérale soit complété comme il suit :

(al. 8) La rente de vieillesse simple complète, ordinaire et extraordinaire, est d'au moins 125 francs par mois. Toute rente de vieillesse simple atteint au moins 30 francs de plus qu'en janvier 1960.

(al. 9) D'autre part, une adaptation au renchérissement est introduite pour tous les ayants droit résidant en Suisse. Chaque fois que l'indice du coût de la vie augmentera de 10 points au-dessus de 180, toutes les rentes de vieillesse simples, ordinaires et extraordinaires, seront augmentées de 10 francs par mois.

(al. 10) Toutes les autres rentes de l'AVS et de l'AI profiteront de ces améliorations dans la mesure fixée par la loi.

(Disposition transitoire) Les rentes et allocations de renchérissement fixées par l'article 34 quater, alinéas 8 à 10 de la Constitution fédérale entreront en vigueur trois mois après l'adoption par le peuple de cette initiative populaire. Si l'initiative populaire n'est acceptée qu'après le 1^{er} juillet 1963, les rentes améliorées seront payées avec effet rétroactif dès le 1^{er} juillet 1963. »

Le texte allemand de cette initiative est déterminant.

Les citoyens suisses soussignés autorisent les promoteurs mentionnés ci-dessous à retirer, le cas échéant, la présente initiative: MM. Kurt Schmid, Bottmingen (BL); Hermann Schneider, Riehen (BS); Hans Heusser, Bâle; Peter Rippmann, Bâle; Peter Paneth, Reinach (BL); Willy Wagner, Zurich.

A en croire le « Beobachter », l'initiative porte 237 428 signatures.

Fonds de compensation de l'AVS

Le Conseil d'administration du Fonds de compensation de l'AVS a effectué, au cours du deuxième trimestre de 1962, des placements pour une somme de 57,2 millions de francs, dont 2 millions sont des remplois de capitaux.

La totalité des capitaux du Fonds de compensation de l'AVS placés au 30 juin 1962 se monte à 6 069,9 millions de francs, se répartissant entre les catégories suivantes d'emprunteurs, en millions de francs: Confédération 529,2 (529,2 à fin mars 1962), cantons 996,5 (994,8), communes 801,0 (798,2), centrales des

lettres de gage 1 581,8 (1 566,8), banques cantonales 1 147,9 (1 121,9), institutions de droit public 21,9 (21,9) et entreprises semi-publiques 991,6 (981,7).

Le rendement moyen des capitaux placés au 30 juin 1962 est de 3,25 pour cent, comme à la fin du premier trimestre de 1962.

A propos du régime fiscal des rentes AI

Dans l'article « Le régime fiscal des cotisations et des prestations AVS, AI et APG », paru dans le numéro de juin 1962 de la RCC, une note indique, à la page 233, que les rentes extraordinaires de l'AI jouissent de la franchise fiscale dans le canton de Zurich.

Selon une communication récente de l'Office des impôts du canton de Zurich, celui-ci considérera, à partir de l'année fiscale 1963, les rentes extraordinaires de l'AI comme faisant partie du revenu déterminant pour les impôts cantonaux et communaux.

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

Zoug

Le régime cantonal d'aide à la vieillesse et aux survivants que nous avons décrit dans le numéro de mars 1962, page 107, a été modifié par la loi du 5 avril 1962. Des prestations d'aide sont versées désormais aussi aux *invalides* nécessiteux; en outre, les prestations et les limites de revenu ont été haussées. Cette nouvelle réglementation est entrée en vigueur avec effet rétroactif dès le 1^{er} janvier 1962.

Fribourg

Une aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants a été introduite par la loi cantonale du 8 mai 1962, qui est entrée en vigueur le 1^{er} juillet. Elle est financée par la subvention versée en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948 et par une contribution annuelle portée au budget du canton. La moitié de cette contribution est à la charge des communes; une partie peut en être versée à la fondation cantonale « Pour la vieillesse ».

L'ordonnance d'exécution du 7 juillet 1962 prévoit les prestations mensuelles suivantes (montants maximums en francs):

Personnes seules	Fr. 45.—
Couples	Fr. 70.—
Enfants	Fr. 20.—

Neuchâtel

La « Loi sur l'aide complémentaire aux invalides », du 28 mai 1962, est entrée en vigueur le 1^{er} juillet. Elle accorde des allocations complémentaires et une aide sociale, à certaines conditions, aux bénéficiaires de l'AI fédérale. Les ayants droit désignés par cette loi reçoivent en outre des allocations d'hiver et de renchérissement. Pour le reste, les dispositions de la loi cantonale du 27 juin 1961 sur l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants sont applicables par analogie.

JURISPRUDENCE

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 30 mars 1962, en la cause D. H.

Articles 11, 1^{er} alinéa, et 13 LAI. Si un assuré subit des brûlures par suite d'une imprudence dans la maison paternelle, cet accident ne présente un rapport de cause à effet ni avec l'infirmité congénitale (insensibilité des pieds), ni avec la mesure de réadaptation (apprentissage dans un technicum) accordée par l'AI en raison de cette infirmité. C'est pourquoi l'AI ne peut se charger ni des frais de traitement des brûlures, ni de ceux de l'hospitalisation. (Considéphants 1 et 2.)

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Le traitement de brûlures est un traitement de l'affection comme telle et ses frais ne sont pas pris en charge par l'AI. (Considéphant 3.)

Articoli 11, capoverso 1, e 13 LAI. Non sussiste un rapporto di causalità adeguata tra l'infortunio (ustione) accaduto nella casa paterna in seguito ad imprudenza e l'infirmità congenita (insensibilità degli arti inferiori) e neppure il provvedimento d'integrazione (tirocinio in una scuola tecnica) assegnato dall'AI in base a questa infirmità. L'AI non può pertanto assumersi le spese di cura per l'ustione nè quelle del soggiorno ospedaliero. (Considerandi 1 e 2.)

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Il trattamento delle ustioni è una cura vera e propria del male le cui spese non sono assunte dall'AI. (Considerando 3.)

L'assurée est affectée de *spina bifida*, qui a provoqué notamment certaines déformations des pieds, avec privation de toute sensibilité. Son père a requis pour elle, le 19 février 1960, des prestations de l'AI sous forme de mesures médicales, d'orientation professionnelle, de subsides aux frais supplémentaires de formation professionnelle initiale et de moyens auxiliaires. La Commission AI a reconnu que l'on se trouvait en présence d'une infirmité congénitale, a mis à la charge de l'AI les frais de traitement et de plusieurs séjours à l'hôpital de février à juillet 1960, a ordonné un examen psychotechnique par les soins de l'Office régional (celui-ci a orienté l'assurée vers un apprentissage de régleuse d'une durée de deux ans, dès l'automne 1960, dans un technicum), a accordé le remboursement des frais de taxi du domicile paternel au lieu de travail le matin, à midi et le soir durant les mois d'hiver, et a fourni des chaussures orthopédiques et des cannes anglaises. L'octroi de ces mesures a été notifié au père de l'assurée par décisions des 26 novembre 1960 et 8 février 1961.

Au début de novembre 1960, voulant se réchauffer à son retour à domicile, l'as-

surée se brûla profondément la plante des pieds. Les brûlures rendirent nécessaire une greffe cutanée, et l'assurée séjourna à l'hôpital du 22 novembre au 18 décembre 1960. La Commission AI ayant nié tout rapport direct entre ce traitement et l'infirmité congénitale, la Caisse de compensation notifia au père de l'assurée, par décision du 8 février 1961 (déjà citée), le refus de prise en charge de ces mesures médicales.

L'assurée a recouru en déclarant que l'accident survenu était en rapport direct avec l'infirmité congénitale, laquelle se traduisait précisément par une privation totale de sensation aux pieds et aux jambes, et que seule une personne privée de réactions normales pouvait subir de telles brûlures dans les circonstances décrites ; que l'accident était, d'autre part, un accident intercurrent, dont les suites devaient être prises en charge par l'AI conformément à l'avis exprimé par la commission d'experts pour l'introduction de l'AI ; qu'en tout état de cause le traitement médical entrepris était nécessaire pour préserver la capacité de gain d'une diminution notable.

La Commission cantonale de recours a admis le rapport direct entre l'infirmité et l'accident, a déclaré que le défaut de soins aurait pu compromettre la réadaptation et a annulé la décision attaquée du 8 février 1961, dans la mesure où la caisse refusait d'assumer les frais d'hospitalisation pour la période du 22 novembre au 18 décembre 1960.

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

1. 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 ». Les organes de l'AI ont admis que la *spina bifida* et ses séquelles représentaient des infirmités congénitales couvertes par l'AI, et les mesures médicales accordées à ce titre ne sont pas contestées. Est litigieuse, en revanche, la question de la prise en charge par l'AI des frais de traitement et d'hospitalisation consécutifs aux brûlures subies par l'intimée au début du mois de novembre 1960. Tandis que l'OFAS soutient que l'article 13 LAI prévoit le seul traitement de l'infirmité congénitale et n'englobe pas celui de maladies ou accidents causés directement ou indirectement par cette infirmité, l'intimée estime que le législateur ne pouvait exclure du droit au traitement les conséquences — particulièrement les conséquences directes — d'une infirmité congénitale.

Il n'est pas nécessaire de décider ici définitivement si et à quelles conditions certaines suites médiate d'une infirmité congénitale pourraient avoir leur part du traitement dont bénéficie l'infirmité elle-même en vertu de l'article 13 LAI, ou si une telle participation est exclue. Il est évident, en effet, que si cette participation était possible, elle ne saurait s'étendre qu'aux suites médiate ayant avec l'infirmité un rapport de causalité adéquate. Or, un tel rapport n'est pas donné en l'espèce. Sans doute ne peut-on partager les hésitations de l'OFAS et doit-on admettre que les brûlures subies n'auraient pu se produire, dans les circonstances décrites, sans le défaut de sensibilité des membres inférieurs provoqué par l'infirmité congénitale, et que cette infirmité était ainsi condition préalable et cause nécessaire de l'accident. Mais pour que le rapport de causalité entre deux faits soit adéquat, il faut non seulement que l'un apparaisse comme une cause nécessaire de l'autre, mais encore que le premier fait soit propre, dans le cours normal des choses et selon l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat semblable. L'étroitesse du lien ainsi exigé ne peut être définie de manière générale et absolue ; les exigences en varient bien plutôt d'un domaine du droit à l'autre (voir à ce propos par exemple ATFA 1960, p. 158 ss, et p. 260 ss, ainsi que la jurisprudence qui y est citée) et devraient être, dans le cadre de l'article 13 LAI, d'autant plus grandes que cette disposition limite le droit de l'assuré au traitement de l'infirmité congénitale en soi. Un tel lien juri-

diquement suffisant ne saurait être admis en l'occurrence entre le défaut de sensibilité des membres inférieurs et les brûlures subies par l'intimée. Pour amener ce résultat, en effet, il a fallu de la part de l'intimée — capable de discernement — une imprudence caractérisée, dont le rôle est à tel point prépondérant qu'il représente la cause déterminante et rompt tout rapport de causalité adéquate, au sens ci-dessus exposé, entre l'infirmité congénitale et l'accident. Aussi l'intimée ne saurait-elle déduire de l'article 13 LAI un droit à des prestations pour le traitement et l'hospitalisation consécutifs aux brûlures subies.

2. Un droit à des prestations ne peut davantage être déduit de l'article 11 LAI. L'alinéa 1^{er} de cet article dispose, en effet, que « l'assuré a droit au remboursement des frais de guérison résultant des maladies ou des accidents qui lui sont causés par des mesures de réadaptation ». Il implique donc également un rapport de causalité adéquate entre les mesures de réadaptation et le dommage, élément sur lequel insiste particulièrement le message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958 (FF 1958, II, p. 1284). En l'espèce, la mesure de réadaptation alors en cours consistait en un apprentissage dans un technicum, mais l'accident s'est produit au domicile paternel, sans rapport aucun avec la mesure de réadaptation.

L'intimée ne saurait tirer argument de l'avis de la commission d'experts pour l'introduction de l'AI qui, dans son rapport du 30 novembre 1956 (p. 64/65), avait recommandé la prise en charge par l'AI de certaines maladies ou accidents intercurrents, même sans rapport de cause à effet direct avec les mesures de réadaptation ordonnées. La commission limitait sa proposition aux assurés séjournant dans un établissement pour y être soumis à une mesure de réadaptation — condition non remplie ici — et aux maladies ou accidents intercurrents légers — condition dont la réalisation est douteuse — ; en outre, cette proposition n'a pas été reprise par le texte légal.

3. Le traitement des brûlures accidentelles subies au début du mois de novembre 1960 ne pourrait dès lors être assumé par l'AI qu'en vertu de l'article 12 LAI. Seules sont cependant accordées, en vertu de cette disposition, les mesures médicales qui sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle, mais n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle. Or, dans les circonstances de l'espèce, il est manifeste — sans qu'il soit besoin de recourir à l'expertise complémentaire requise par l'intimée — que le traitement des brûlures a porté sur l'affection comme telle et n'a servi qu'indirectement à sauvegarder la capacité future de gain. Seule mesure médicale alors effectuée, ce traitement n'était pas davantage lié à un ensemble de mesures prises en charge par l'AI et ne pouvait donc en partager la nature et le but (voir par exemple arrêt N. Ch. du 19 décembre 1961, RCC 1962, p. 252). Aussi l'intimée ne saurait-elle bénéficier non plus des prestations litigieuses en vertu de l'article 12 LAI.

Arrêt du TFA, du 8 mars 1962, en la cause R. M.

Article 12 LAI. Le séjour à l'hôpital d'un paralytique (atteint de poliomyélite) et l'usage permanent d'un appareil à respirer ne sont pas considérés comme des mesures médicales de réadaptation, car ils visent principalement au traitement de l'affection comme telle et à maintenir le patient en vie. (Considérant 1.)

Article 19, 2^e alinéa, lettre b, LAI. Une contribution aux frais de pension ne peut être allouée si l'assuré est mis en pension hors de sa famille non

en vue de sa formation scolaire spéciale, mais pour le traitement de son affection comme telle, qui n'est pas pris en charge par l'AI. (Considérant 2.)

Article 8, 2^e alinéa, RAI. L'école secondaire est considérée comme une école publique si elle ne sort pas du cadre de la scolarité obligatoire. (Considérant 3.)

Articles 16 LAI et 5 RAI. L'enseignement secondaire, avec latin, donné à un assuré de 13 ans n'est pas considéré comme formation professionnelle initiale. (Considérant 3.)

Articolo 12 LAI. Il soggiorno ospedaliero di un paralitico (affetto da polio-mielite) e l'uso permanente di un apparato respiratorio non sono considerati provvedimenti sanitari d'integrazione, essendo essi destinati in primo luogo alla cura vera e propria del male e a mantenere in vita il paziente. (Considerando 1.)

Articolo 19, capoverso 2, lettera b, LAI. Non può essere assegnato un sussidio per le spese di vitto e alloggio se l'assicurato deve prendere alloggio e vitto fuori di casa, non a scopo della sua istruzione scolastica speciale, ma per la cura vera e propria della sua infermità, le cui spese non sono assunte dall'AI. (Considerando 2.)

Articolo 8, capoverso 2, OAI. La scuola secondaria è considerata scuola pubblica se essa resta nell'ambito dell'insegnamento del ciclo d'obbligo. (Considerando 3.)

Articoli 16 LAI e 5 OAI. L'insegnamento secondario con lo studio della lingua latina, dato ad un assicurato tredicenne non è considerato prima formazione professionale. (Considerando 3.)

L'assuré, atteint de poliomyélite en 1956, est frappé depuis lors d'une paralysie totale et définitive des muscles, à l'exception de ceux de la face et de la déglutition. La paralysie des muscles respiratoires exige l'usage d'un appareil à respirer et une hospitalisation constante.

Le père de l'enfant a requis en 1960 des prestations de l'AI sous forme de mesures médicales, de subsides pour la formation scolaire spéciale, d'orientation professionnelle et de moyens auxiliaires. La commission AI a accordé au titre de formation scolaire spéciale une contribution aux frais de placement et d'instruction de 5 francs par jour; elle a refusé en revanche toute mesure médicale, considérant qu'il s'agissait du traitement de l'affection comme telle et non de réadaptation professionnelle.

L'assuré ayant recouru, le tribunal cantonal des assurances a fait procéder à une expertise psychotechnique par un institut de psychologie appliquée, qui a confirmé la possibilité d'une formation intellectuelle, correspondant au programme du baccalauréat et impliquant la nécessité de suivre dès maintenant des études régulières et continues. Le tribunal a admis partiellement le recours.

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

1. Tant les organes administratifs de l'AI que le juge cantonal ont refusé l'octroi de mesures médicales. Ce refus, que l'intimé paraît vouloir contester encore dans sa réponse à l'appel, ne peut être que confirmé. 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 ». Or, dans l'espèce, les mesures ont pour objet immédiat le traitement de la paralysie qui a suivi la poliomyélite, c'est-à-dire de l'affection comme telle; le texte légal ne parle en effet pas de « maladie », ce qui réduit à néant l'argument de la stabilisation invoqué dans les mémoires de recours et de réponse à l'appel, et le terme d'« affection » englobe de toute évidence des anomalies comme celle dont est affectée la fonction respiratoire de l'intimé. Certes, le traitement de l'affection constitue également une condition indispensable au succès de toute tentative de réadaptation, puisqu'il assure seul la survie; mais son importance en tant que traitement est telle qu'elle relègue nettement à l'arrière-plan le caractère d'acte médical directement nécessaire à la réadaptation professionnelle. Aussi ces mesures sont-elles exclues des prestations dues par l'AI.

2. L'article 19 LAI accorde des subsides « 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, de 2 francs par jour (art. 19, 2^e al., lettre a, LAI et art. 10, 1^{er} al., lettre a, RAI), et une contribution aux frais de pension si l'enfant, « pour suivre son instruction spéciale », ne peut prendre ses repas à la maison ou doit être placé hors de sa famille, contribution qui dans ce dernier cas s'élève à 3 francs par jour (art. 19, 2^e al., lettre b, LAI et art. 10, 1^{er} al., lettre b, RAI).

Dans l'espèce, l'assuré a été reconnu apte à recevoir une instruction, mais ne peut fréquenter l'école publique. Il est permis d'admettre aussi qu'un mineur apte à recevoir une instruction est censé remplir les conditions de l'article 9, 1^{er} alinéa, LAI — lequel ouvre aux invalides un droit aux mesures de réadaptation « qui sont nécessaires et de nature à améliorer leur capacité de gain, à la rétablir, à la sauvegarder ou à en faciliter l'usage » — sans que l'octroi de subsides pour la formation scolaire spéciale préjuge la question de l'octroi ultérieur, le moment venu, de mesures d'ordre professionnel. Aussi la Cour de céans prend-elle acte de l'octroi d'une contribution de 2 francs par jour aux frais d'école.

En sus de cette contribution aux frais d'école, la commission AI avait accordé de même une contribution de 3 francs par jour aux frais de pension, contribution dont l'OFAS propose la suppression. Cette conclusion doit être admise. En effet, s'il est vrai que l'assuré « doit être placé hors de sa famille », ce déplacement ne découle pas des exigences de l'instruction spéciale, mais est une conséquence directe du traitement de l'affection comme telle, traitement pour lequel aucune prestation n'est due par l'AI.

3. Le juge cantonal a estimé que la formation secondaire envisagée représentait une formation professionnelle initiale au sens de l'article 16 LAI et que l'assuré avait donc droit au remboursement des frais supplémentaires en résultant. Il a relevé notamment que l'AI ne devait pas se contenter de donner à l'assuré une formation scolaire primaire. Ce faisant, le juge cantonal a commis cependant l'erreur de considérer comme formation scolaire spéciale la seule formation primaire. Aux termes de l'article 8, 2^e alinéa, RAI, l'école publique comprend « tout enseignement du cycle de la scolarité obligatoire », terme qui englobe également la formation secondaire (ainsi que le précise par exemple le message du Conseil fédéral relatif au projet de loi sur l'AI du 24 octobre 1958, FF 1958 II 1207), aussi longtemps du moins qu'elle ne sort pas du cycle de la scolarité obligatoire. La formation professionnelle initiale au sens de l'article 16 LAI, en revanche, intervient dès qu'il y a « fréquentation d'écoles professionnelles, supérieures ou universitaires, faisant suite aux classes de l'école publique ou spéciale fréquentées par l'assuré » (art. 5, 1^{er} al., RAI).

La question de la délimitation précise entre le cycle de la scolarité obligatoire et une

formation pouvant être considérée comme formation professionnelle souffre de demeurer ouverte. Dans l'espèce, en effet, il est évident que l'assuré n'avait pas encore parcouru, à l'époque de la décision attaquée, le cycle scolaire prévu à l'article 8, 2^e alinéa, RAI et abordé un cycle d'études correspondant au programme d'une école professionnelle, supérieure ou universitaire selon l'article 5, 1^{er} alinéa, RAI. Le seul fait que l'assuré reçoit des leçons de latin, notamment, ne saurait être décisif; car ce n'est pas à l'âge de 13 ans que l'enfant entame sa formation professionnelle proprement dite, même si le choix de la formation scolaire préjuge naturellement dans une certaine mesure — pour l'enfant valide comme pour l'enfant invalide — l'orientation de sa carrière professionnelle future. Il appartiendra à la commission AI de suivre le développement de la formation scolaire spéciale et, le moment venu, de déterminer si le cycle de la scolarité obligatoire est achevé et si les conditions d'octroi de mesures d'ordre professionnel sont alors données en vertu des dispositions légales.

4. Quant aux moyens auxiliaires, la Cour de céans ne peut que constater, avec le juge cantonal, qu'aucune décision n'a encore été prise à leur propos. Il incombe donc à la commission AI de se prononcer et à la caisse de compensation de rendre une décision.

Arrêt du TFA, du 30 avril 1962, en la cause A. H.

Articles 16 et 17 LAI. Pour faire la distinction entre la formation professionnelle initiale et le reclassement, il est essentiel de savoir si l'assuré a exercé avant le début de la réadaptation une activité lucrative (même s'il s'agit d'une activité sans apprentissage préalable). (Considérents 1 et 2.)

Article 16 LAI; article 5, 2^e alinéa, RAI. L'AI ne prend pas en charge la totalité des frais de formation professionnelle initiale, mais seulement les frais supplémentaires occasionnés par l'invalidité, s'ils s'élèvent à 240 francs par année au minimum. (Considérant 3.)

Articoli 16 e 17 LAI. Per fare la distinzione tra la prima formazione professionale e la riformazione professionale è determinante sapere se l'assicurato ha esercitato prima dell'inizio dell'integrazione un'attività lucrativa (anche se per essa non è stato fatto un tirocinio). (Considerandi 1 e 2.)

Articolo 16 LAI; articolo 5, capoverso 2, OAI. L'AI non si assume tutte le spese per la prima formazione professionale ma soltanto quelle suppletive causate dall'invalidità, se ammontano al minimo a 240 franchi all'anno. (Considerando 3.)

L'assurée, née en 1933, contracta en 1943 une poliomyélite qui provoqua un enraidissement du genou, des atrophies musculaires de la jambe et du bras droits, une scoliose de la colonne vertébrale et une gêne des mouvements de l'articulation de la hanche. La jambe droite est gravement paralysée et raccourcie d'environ 4 cm.; la capacité des poumons est sensiblement restreinte par suite de la scoliose paralytique de la colonne vertébrale.

Après avoir achevé son école primaire, l'assurée fit des travaux de ménage dans l'exploitation agricole de ses parents; en hiver, elle gagna un peu d'argent de poche en tricotant. Dans ses déclarations d'impôts, elle prétend être incapable de travailler pour cause d'invalidité; elle paie à l'AVS la cotisation minimum comme personne sans activité lucrative.

Au printemps 1961, la commission AI examina les possibilités de réadaptation de l'assurée, qui touchait depuis le 1^{er} janvier 1960 une rente simple d'invalidité sur la base d'une invalidité de 80 pour cent. Ayant procédé à une enquête, la commission AI accepta la prise en charge des frais supplémentaires, occasionnés par l'invalidité, pour la formation professionnelle initiale de l'assurée comme perforeuse dans un centre de réadaptation; il s'agit des frais suivants:

- a. Repas pris effectivement dans ledit centre ou dans le home, 5 fr. 70 par jour (7 fr. 20 moins 1 fr. 50 à la charge de l'assurée comme frais non occasionnés par l'invalidité);
- b. Logement dans le home, 3 fr. 80 par nuit, aussi longtemps que le lit doit être réservé;
- c. Ecolage, 20 fr. par jour d'école. Dans la première facture du centre, 300 fr. seront déduits et mis à la charge de l'assurée pour le matériel d'enseignement qui n'est pas nécessité par l'invalidité;
- d. Les frais de voyage sont à la charge de l'assurée, car ils sont compensés par les frais, non occasionnés par l'invalidité, de l'apprentissage à l'école professionnelle de commerce.

L'assurée protesta auprès de la commission cantonale de recours contre la déduction de 300 fr. pour l'écolage et contre le refus de prise en charge des frais de voyage. La formation reçue au centre de réadaptation représente, selon elle, un reclassement (et non une formation initiale), aussi les frais qui en résultent doivent-ils être pris en charge entièrement par l'AI. Toutefois, si l'on admet qu'il y a formation initiale, le résultat est le même; si les frais supplémentaires occasionnés par l'invalidité dépassent 240 fr. par an, comme c'est le cas ici, la totalité des frais doivent être supportés par l'AI.

La commission AI répondit que l'assurée n'avait droit qu'au remboursement des frais supplémentaires occasionnés par l'invalidité. Les frais d'une formation commerciale ordinaire avaient été estimés de la manière suivante:

Matériel scolaire	300.—
Ecolage et émoulement d'inscription à l'école de commerce de Zoug	70.—
Frais de voyage de Rotkreuz à Zoug pour fréquenter ladite école . .	40.—
	<hr/>
	410.—
	<hr/> <hr/>

Le montant de 300 fr. est déduit de la première facture du centre et le restant, soit 110 francs, compensé par les frais de voyage occasionnés par l'invalidité.

Dans son jugement, la commission de recours décida, en dérogation partielle de la décision de la caisse, que l'assurée devait supporter elle-même, pour sa formation de perforeuse au centre de réadaptation, à part les 300 fr. de frais de repas non litigieux, les frais non occasionnés par l'invalidité, soit 125 fr. pour le matériel d'enseignement et 135 fr. pour ses voyages.

L'appel interjeté par l'assurée fut partiellement admis par le TFA, dont voici les considérants:

1. Aux termes de 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. L'article 5, 2^e alinéa, RAI dispose que les frais de formation professionnelle initiale sont réputés beaucoup plus

élevés s'ils dépassent de plus de 240 francs par année ceux que l'assuré aurait pour une formation de même nature s'il n'était pas invalide; lorsque, non invalide, l'assuré aurait reçu manifestement une formation moins coûteuse, les frais de cette formation seront pris comme terme de comparaison.

L'assuré a droit, selon l'article 17 LAI, 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. L'assuré qui a droit au reclassement conformément à l'article 17 de la loi est défrayé par l'assurance de ses frais de formation ainsi que de ses frais de nourriture et de logement dans l'établissement de formation professionnelle (art. 6, 1^{er} al., RAI).

2. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si la formation de l'assurée comme perforeuse représente une formation professionnelle initiale (avec les prestations prévues aux art. 16 LAI et 5 RAI) ou un reclassement (avec des prestations entières). Si l'on se fonde sur les articles 16 et 17 LAI, il est essentiel de savoir si l'assurée avait déjà une activité lucrative avant le début de sa réadaptation. Si oui, il y a reclassement; sinon, c'est une formation professionnelle initiale. Une activité lucrative peut aussi consister en un travail qui n'a pas été appris; contrairement à l'avis de l'OFAS, le reclassement n'implique donc pas nécessairement que l'assurée ait déjà appris un métier. Mais ni la LAI, ni la LAVS, dont les définitions sont valables aussi pour l'AI, ne disent ce qu'est l'activité lucrative.

Les travaux de tricotage que l'assurée a faits à l'occasion avant de commencer sa réadaptation ne peuvent être considérés comme activité lucrative, car ils sont trop peu importants. Comme le montrent les articles 5, 5^e alinéa, et 10 LAVS, ainsi que l'article 8 bis RAVS, l'importance économique constitue un critère essentiel de l'activité lucrative. Il reste à déterminer si la collaboration de l'assurée dans le ménage familial avant son entrée au centre de réadaptation doit être considérée comme activité salariée, dans quel cas cette activité serait celle d'un membre de la famille travaillant dans l'entreprise familiale (art. 3, 2^e al., lettre d, LAVS, et art. 14 RAVS). Or, même celui qui travaille dans ces conditions-là doit, malgré son appartenance à la famille, remplir cette condition essentielle dans toute communauté de salariés : toucher un salaire (qui peut être un salaire en nature) en raison du travail qu'il accomplit. Dans une démarche complémentaire, l'assurée déclare que sa collaboration dans le ménage familial a pris une grande ampleur et doit par conséquent être assimilée à une activité lucrative. Toutefois, l'administration, comme l'autorité de première instance, nient une telle activité, et leur jugement, à la lumière des critères qui viennent d'être exposés, reste dans les limites d'une juste appréciation, bien qu'on ait ici un cas-limite. L'assurée, en effet, a elle-même déclaré qu'en matière fiscale, comme en matière d'AVS, elle était sans activité lucrative, ce qui vaut également pour l'AI. Par conséquent, la formation de l'assurée au centre de réadaptation doit être considérée comme initiale au sens de l'article 16 LAI.

3. L'assurée prétend que même en appliquant l'article 16 LAI, il faudrait que tous les frais liés à la réadaptation soient pris en charge par l'AI, puisqu'ils dépassent chaque année de 240 fr. les frais d'une formation sans invalidité. Cette opinion est erronée. L'article 16 LAI dit clairement que l'assurée n'a droit qu'au remboursement de ses frais *supplémentaires* occasionnés par son invalidité, et seulement si ces frais sont *beaucoup plus élevés*. Les frais de formation professionnelle sont réputés beaucoup plus élevés, selon l'article 5, 2^e alinéa, RAI, s'ils dépassent de plus de 240 fr. par année ceux que l'assurée aurait pour une formation de même nature si elle n'était pas invalide. Si ce montant est atteint, l'AI prend en charge tous les frais *supplémentaires* (et non

seulement la part qui dépasse ces 240 fr.). Cette disposition du RAI précise qu'il faut se fonder sur les frais ordinaires d'une formation de même nature, sauf au cas où, non invalide, l'assurée aurait reçu manifestement une formation moins coûteuse. Vu les circonstances du cas présent, on peut se fonder, comme l'OFAS, sur les frais d'une formation de même nature. Mais alors, les frais supplémentaires de nourriture et de logement, ainsi que les frais de voyage, fixés dans la décision attaquée, restent dans les limites de l'appréciation de l'autorité de première instance. En revanche, l'OFAS estime que l'assurée, sans invalidité, n'aurait pas eu de frais de matériel scolaire pour une formation de perforeuse. Le montant de 125 fr. pour le matériel scolaire, mis à la charge de l'assurée dans la décision attaquée, doit donc être biffé.

Arrêt du TFA, du 23 février 1962, en la cause H. St.

Article 19 LAI. Si un assuré a été invalide déjà à l'âge scolaire, et que cette invalidité a empêché une fréquentation suffisante de l'école publique à cette époque, les leçons qu'il prend plus tard pour combler ces lacunes sont réputées formation scolaire spéciale.

Article 19 LAI. Est réputé formation scolaire spéciale l'enseignement spécial donné à l'assuré mineur, au niveau de l'école publique, et nécessité par l'invalidité, soit que celle-ci exige des méthodes spéciales d'enseignement, soit qu'elle empêche l'assuré de suivre l'enseignement normal.

Articolo 19 LAI. Se a causa d'invalidità un assicurato in età scolastica è stato impedito di frequentare parzialmente o totalmente la scuola pubblica, le lezioni che egli prende più tardi per colmare queste lacune vanno considerate istruzione scolastica speciale.

Articolo 19 LAI. Si considera istruzione scolastica speciale l'insegnamento particolare del grado della scuola pubblica di cui necessita un minorenne a causa dell'invalidità, sia perchè quest'ultima esige dei metodi d'insegnamento speciali o perchè essa impedisce all'assicurato di seguire l'insegnamento normale.

L'assuré, né en 1943, fit en 1950 une poliomyélite qui entraîna une paralysie des jambes, ainsi que de la musculature du ventre, du dos et des épaules. Comme les soins assidus qui lui furent prodigués comprenaient de fréquents séjours à l'hôpital, il ne put suivre l'école publique avec une régularité suffisante. Le service de placement pour invalides estima que l'assuré devait compléter ses connaissances insuffisantes pour être apte à entrer en apprentissage. A partir du mois d'octobre 1959, l'assuré suivit les cours d'une école privée, qu'il dut quitter en janvier 1960, ayant eu des difficultés d'ordre moral. Plus tard, il prit des leçons dans une autre école, dont il suivit, dès Pâques 1960, pendant une année, la classe d'orientation professionnelle. Dès le mois d'août 1960, l'assuré loua une chambre dans la même localité, mais dut se rendre à l'école en taxi, ne pouvant utiliser les moyens de transport publics sans l'aide de tiers. En avril 1961, il commença un apprentissage de radio-électricien.

En mars 1960, des prestations de l'AI furent demandées en faveur de l'assuré. Le 18 janvier 1961, la commission AI décida de lui accorder des contributions à ses frais de repas pris hors de chez lui (d'avril à juillet 1960) et à ses frais de pension dans la localité de l'école (d'août 1960 à avril 1961) et, en outre, de prendre en charge les frais de transport (moins les frais de chemin de fer).

Un recours formé contre cette décision fut admis par l'autorité cantonale de recours, qui accorda à l'assuré les prestations suivantes jusqu'au 31 mars 1961:

- a. une contribution aux frais d'école de 2 francs par jour d'école dès le 1^{er} février 1960;
- b. une contribution aux frais de pension de 3 francs par jour dès le 1^{er} août 1960 et d'un franc par jour du 1^{er} avril au 31 juillet 1960;
- c. les frais de transport attestés, jusqu'à concurrence de 50 francs par mois, dès le 1^{er} avril 1960.

Le TFA a rejeté l'appel interjeté par l'OFAS contre ce jugement cantonal. 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 (2^e alinéa). Le 3^e alinéa de cet article dispose que le Conseil fédéral précisera les conditions nécessaires à l'octroi des subsides.

Aux termes de l'article 8, 1^{er} alinéa, RAI, la formation scolaire spéciale comprend:

- a. Un enseignement spécial et régulier pour les mineurs aptes à être instruits qui, par suite d'invalidité, ne peuvent satisfaire aux exigences des écoles publiques;
- b. Des mesures spéciales qui permettent aux mineurs invalides de fréquenter l'école publique ou l'enseignement prévu sous lettre a.

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). Les subsides pour la formation scolaire spéciale définie à l'article 8, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI sont alloués, selon l'article 9, 1^{er} alinéa, du même règlement, à des conditions qui sont précisées, aux mineurs débiles mentaux, aveugles, faibles de la vue, sourds-muets et sourds, durs d'oreille et atteints de difficultés d'élocution (lettres a-f); en outre, les mineurs 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, ont également droit aux subsides (lettre g). L'article 10, 1^{er} alinéa, du règlement précise en outre le montant de ces subsides (contributions aux frais d'école et de pension). Enfin, l'article 11 accorde au mineur invalide une contribution à ses frais de transport et de pension, pour lui permettre de fréquenter l'école (mesure spéciale selon l'article 8, 1^{er} alinéa, lettre b, RAI).

2. L'assuré est manifestement un de ces mineurs aptes à recevoir une instruction mais 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., lettre g, RAI). Il n'a pas pu suivre l'école publique *d'une manière suffisante*, parce que sa paralysie grave exigeait un traitement intensif, avec de longs et fréquents séjours à l'hôpital. La définition de la formation scolaire spéciale, telle qu'elle est donnée par les dispositions citées, n'implique pas nécessairement que l'invalidité soit empêché, pendant toute sa scolarité, d'aller à l'école publique; il suffit qu'il y ait des lacunes dans cette fréquentation pour justifier une formation spéciale, si ces lacunes sont importantes et doivent être comblées en vue de la future formation professionnelle ou activité lucrative. La formation scolaire spéciale peut en outre être donnée aussi à une autre époque qu'à l'âge scolaire ordinaire. Une longue maladie, par exemple, qui survient pendant les dernières années scolaires, peut empêcher non seulement la fréquentation de l'école

publique, mais encore une formation scolaire spéciale, si bien que la lacune ainsi créée ne peut être comblée qu'après l'âge scolaire. La formation scolaire spéciale peut donc signifier formation post-scolaire dans tous les cas où un assuré a été empêché par son invalidité d'acquérir à l'âge scolaire une formation suffisante; c'est ce qui s'est produit en l'espèce.

L'OFAS, cependant, est d'avis qu'il ne faut entendre, par formation scolaire spéciale, qu'une formation scolaire adaptée à l'infirmité de l'élève, et non pas une formation post-scolaire de caractère général visant à combler les lacunes de la formation scolaire, comme celle dont il est question ici. Pour examiner cette question, il faut se fonder sur l'article 9 RAI, qui précise quelles sont les infirmités donnant droit à des subsides pour la formation scolaire spéciale, si ces infirmités empêchent la fréquentation de l'école publique ou, comme c'est le cas ici, empêchent une fréquentation *suffisante* de cette école à l'âge scolaire. Certes, on admettra que toutes les infirmités énumérées au 1^{er} alinéa de cet article, lettres a-f, exigent des méthodes spéciales d'enseignement; mais ce n'est pas nécessairement le cas des infirmités visées sous lettre g, car rien ne permet d'affirmer que cette disposition générale n'englobe que des infirmités dont la nature exige des méthodes d'enseignement s'écartant des méthodes ordinaires. La définition de la formation scolaire spéciale n'implique aucune condition de ce genre; l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI n'exige que l'aptitude à recevoir une instruction et une invalidité qui empêche la fréquentation de l'école publique. On ne verrait d'ailleurs pas pourquoi un mineur atteint « d'une autre infirmité » n'aurait droit à des subsides que si sa formation scolaire exigeait des méthodes spéciales, mais pas dans les cas où, étant apte à suivre l'enseignement normal, il en serait empêché par l'invalidité; car cela signifierait, par exemple, qu'il faudrait refuser à un enfant hospitalisé pour longtemps les subsides nécessaires à un enseignement privé. Si l'article 8, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI parle d'un « enseignement *spécial* et régulier », cela ne signifie pas que la méthode doit différer des méthodes ordinaires; mais l'enseignement est considéré comme spécial s'il ne peut être donné à l'école publique (y compris les classes spéciales ou de développement).

En l'espèce, il faut donc conclure que l'enseignement donné *après l'âge scolaire*, dans une école privée, pour compenser l'enseignement qui n'a pu être donné à l'école publique, doit être considéré comme formation scolaire spéciale. En vertu de l'article 10, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI, l'assuré a donc droit à une contribution à ses frais d'école, accordée par l'autorité de première instance, et l'appel doit être rejeté. De plus, il convient de faire remarquer que le droit à la contribution aux frais de pension, qui n'est pas contesté, ne se fonde pas, dans ces conditions, sur l'article 11 RAI, mais sur l'article 10, 1^{er} alinéa, lettre b, RAI.

RENTES ET ALLOCATIONS POUR IMPOTENTS

Arrêt du TFA, du 28 mars 1962, en la cause B. F.

Articles 4 et 29, 1^{er} alinéa, LAI. L'assurée qui, par suite d'une affection aiguë, a dû être amputée de l'avant-bras gauche n'a pas droit à une rente avant la guérison du moignon, étant donné que des mesures de réadapta-

tion ne sauraient être envisagées auparavant et qu'il n'existe jusqu'alors ni invalidité permanente, ni incapacité totale de travail de 360 jours consécutifs.

Articles 5, 1^{er} alinéa, LAI et 27 RAI. La ménagère sans activité lucrative qui, après guérison du moignon résultant d'une amputation de l'avant-bras gauche, peut effectuer elle-même la plupart des travaux de son petit ménage est invalide pour moins de 50, voire de 40 pour cent, et n'a ainsi pas droit à une rente.

Articoli 4 e 29, capoverso 1, LAI. L'assicurata che, in seguito ad affezione acuta, ha dovuto essere amputata dell'avambraccio sinistro, non ha diritto ad una rendita prima della guarigione del moncherino, non potendo prevedere prima i provvedimenti d'integrazione e non sussistendo sino allora l'invalidità permanente nè l'incapacità lavorativa totale di 360 giorni consecutivi.

Articoli 5, capoverso 1, LAI e 27 OAI. La casalinga non esercitante un'attività lucrativa che dopo la guarigione del moncherino risultante dall'amputazione dell'avambraccio sinistro, può eseguire essa stessa la maggior parte dei lavori della sua piccola economia domestica è invalida ad un grado inferiore al 40 rispettivamente 50 per cento e non ha pertanto diritto ad una rendita.

L'assurée, née en 1908, employée de bureau depuis 1951, dut partiellement abandonner son activité en mai 1959 à la suite de l'apparition d'une tumeur à la main gauche. Elle toucha néanmoins son traitement entier jusqu'en novembre 1959. Par suite d'aggravation de l'affection, il fallut procéder en juillet 1960 à l'amputation de la main gauche jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras. Selon un rapport médical du 8 novembre de la même année, le moignon était à cette date pratiquement guéri.

L'Office régional AI, saisi du cas, estima qu'après l'application de mesures de réadaptation (cours de dactylographie à une main), l'assurée, qui est extrêmement adroite, pourrait recouvrer 75 pour cent au moins de sa capacité de gain. Cette estimation concernait également sa capacité de travail en tant que ménagère, l'intéressée ayant manifesté son désir de ne plus exercer d'activité lucrative pour des motifs personnels. La commission AI décida de prendre en charge le coût de deux prothèses d'avant-bras, mais considéra, en revanche, que les mesures de réadaptation envisagées par l'office régional n'étaient pas indiquées, du moment que l'assurée ne voulait plus exercer d'activité lucrative. Par décision conforme au prononcé de la commission AI, la caisse alloua en outre à l'assurée une demi-rente d'invalidité, ainsi qu'une rente complémentaire pour sa fille, avec effet au 1^{er} janvier 1960.

L'assurée recourut contre cette décision en soutenant que son invalidité était supérieure à 50 pour cent, étant donné qu'elle ne trouvait plus d'emploi. Elle demandait au surplus à être mise au bénéfice de mesures de réadaptation, vu qu'elle désirait reprendre une activité lucrative, son ménage ne l'occupant qu'à la demi-journée. La commission de recours confirma la décision de la caisse en ce qui concerne le degré d'invalidité et jugea qu'il appartenait à la commission AI de se prononcer au sujet des mesures de réadaptation.

L'assurée et l'OFAS ont appelé de ce jugement. L'assurée reprit les motifs invoqués en procédure cantonale et demanda à être mise au bénéfice d'une rente entière. De son côté, l'OFAS conclut au refus de toute rente en soutenant qu'il n'y avait en l'espèce

ni une diminution de gain de 50 pour cent (voire de 40), ayant un caractère permanent, ni une incapacité totale de travail pendant 360 jours consécutifs. En revanche, il y avait lieu de prendre en charge les mesures de réadaptation mises en œuvre et de verser à l'assurée une indemnité journalière.

Le TFA a rejeté l'appel de l'assurée, admis celui de l'OFAS et renvoyé la cause à la commission AI pour qu'elle se prononce au sujet des mesures de réadaptation. En voici les motifs :

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 (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'assuré a droit à la rente dès qu'il présente une *incapacité de gain* permanente ou qu'il a été totalement *incapable de travailler* pendant 360 jours consécutifs et présente encore une incapacité de gain de la moitié au moins (art. 29, 1^{er} al., LAI).

2. Tant qu'une affection aiguë se manifeste chez un assuré, on dénierait l'existence d'une *incapacité de gain* permanente, du moins aussi longtemps qu'il n'est pas possible de déterminer les séquelles durables de cette affection en raison précisément de son caractère aigu. En l'espèce, l'assurée a contracté en 1959 une affection de ce genre, qui a nécessité en juillet 1960 l'amputation de l'avant-bras gauche ; des mesures de réadaptation n'auraient pu être appliquées qu'à partir de novembre 1960, soit après la guérison du moignon. Par conséquent, jusqu'à cette date, on ne saurait admettre une invalidité permanente.

Jusqu'au début de novembre 1960, l'assurée ne présentait pas davantage une incapacité de gain consécutive à une longue *incapacité totale de travail*, qui aurait duré pendant 360 jours consécutifs. En effet, l'assurée a continué à travailler dans une certaine mesure jusqu'à fin novembre 1959, en sorte que, jusqu'alors, son incapacité de travail n'a jamais été totale. L'existence d'une incapacité totale de travail exige une preuve sérieuse, telle qu'une hospitalisation ou un alitement par suite d'accident ou de maladie. Après avoir quitté sa place de travail, l'assurée a vraisemblablement pu vaquer pendant un certain temps aux soins de son ménage, ce qui exclut également l'incapacité totale de travail. (Selon les propres déclarations de l'intéressée dans sa réponse à l'appel de l'OFAS, ce n'est pas en raison de sa maladie qu'elle a cessé son activité professionnelle.) Mais même si l'on admettait que l'assurée était totalement incapable de travailler dès le début de décembre 1959, cette incapacité n'aurait pas duré 360 jours (la période écoulée avant l'entrée en vigueur de la LAI, le 1^{er} janvier 1960, devant être prise en compte). En effet, depuis le 8 novembre 1960, l'incapacité de travail de l'assurée n'est plus totale : à cette date, son moignon était guéri, en sorte qu'elle était en mesure d'effectuer, partiellement du moins, ses travaux de ménage. Ainsi donc, jusqu'au début de novembre 1960, l'assurée ne remplissait manifestement pas les conditions mises à l'octroi d'une rente d'invalidité.

L'invalidité résiduelle qui persiste depuis novembre 1960 à la suite de la guérison du moignon ne suffit pas à justifier pour l'avenir l'octroi d'une rente d'invalidité. Etant donné que l'intéressée a voulu abandonner, pour des raisons personnelles, son activité professionnelle et qu'en l'occurrence, on ne saurait exiger d'elle qu'elle reprenne une telle activité, son invalidité doit être évaluée dès novembre 1960 en fonction de l'empêchement d'accomplir les travaux de son ménage (art. 5, 1^{er} al., LAI). Or, à cet égard, sa capacité de travail n'était pas réduite à 50, voire à 40 pour cent ; en janvier 1961, l'office régional AI devait constater que l'assurée, extrêmement adroite, travaillait tantôt d'une seule main, tantôt avec l'aide du moignon. En août 1961, l'assurée s'adressait à nouveau à cet organe pour demander des mesures de réadaptation, vu qu'elle

s'ennuyait chez elle et désirait reprendre une activité lucrative (en fait, elle s'était remise à des travaux de bureau dès le printemps 1961 déjà). Aussi, et sur les conseils de l'office régional, entreprit-elle de suivre un cours de dactylographie à une main. Pour la période antérieure à ce cours, qui vise la réadaptation à la vie professionnelle, l'assurée n'a pas droit à une rente, même si on devait la considérer comme personne active pour évaluer son invalidité. On pourrait en ce cas lui rétorquer qu'elle ne remplit pas les conditions mises à l'octroi d'une rente du fait qu'elle s'est dérobée jusqu'alors à des mesures de réadaptation qu'on pouvait raisonnablement exiger d'elle selon l'article 31, 1^{er} al., LAI (en déclarant qu'elle voulait se consacrer exclusivement à ses travaux de ménage).

Présentement, l'assurée n'a ainsi pas droit à une rente, en sorte que la décision de la caisse, du 1^{er} mai 1961, doit être annulée. La rente perçue indûment doit être restituée en vertu de l'art. 49 LAI. Sur demande de l'intéressée, la caisse examinera si les conditions prévues pour une remise totale ou partielle de l'obligation de restituer sont réalistes (art. 49 LAI en corrélation avec les art. 47 LAVS et 79 RAVS).

3. ...

Arrêt du TFA, du 6 décembre 1961, en la cause R. V.

Articles 5, 1^{er} alinéa, et 28, 2^e alinéa, LAI; article 27 RAI. Pour déterminer les mesures éventuelles de réadaptation et pour évaluer l'invalidité d'une maîtresse de maison qui était déjà invalide avant le 1^{er} janvier 1960, il est essentiel de savoir si cette assurée, compte tenu de sa situation sociale de femme mariée, aurait probablement exercé, n'étant pas invalide, une activité lucrative immédiatement avant cette date.

Articoli 5, capoverso 1, e 28, capoverso 2, LAI; articolo 27 OAI. Per stabilire gli eventuali provvedimenti d'integrazione e valutare l'invalidità di una casalinga già invalida prima del 1° gennaio 1960, è essenziale sapere se questa assicurata, tenuto calcolo della sua situazione sociale di donna sposata, avrebbe probabilmente svolto un'attività lucrativa immediatamente prima di quella data qualora non fosse stata invalida.

L'assurée, R. V., s'est mariée en novembre 1955. De 1953 jusqu'à son mariage, elle a travaillé comme bonne à tout faire; elle tient depuis lors son ménage. Souffrant d'une forte myopie et d'une parésie de la jambe gauche à la suite d'une poliomyélite dont elle fut atteinte dans son enfance, l'assurée requit des prestations de l'AI.

La Commission AI rejeta sa demande, estimant que l'invalidité telle qu'elle est déterminée aux articles 5 et 28 LAI, était insuffisante en l'espèce.

L'assurée recourut contre cette décision, mais elle fut déboutée. Le TFA admit partiellement son appel et renvoya la cause à la Commission cantonale AI pour plus ample information et nouveau prononcé, pour les motifs suivants:

1. ...

2. ...

3. La nécessité d'une réadaptation professionnelle et de l'octroi de moyens auxiliaires, ainsi que la détermination du degré d'invalidité en vue de l'octroi éventuel d'une rente, ont été examinées jusqu'ici par rapport à la seule activité déployée par l'appelante dans son propre ménage. L'appelante, devenue invalide en droit le 1^{er} jan-

vier 1960 (art. 85, 1^{er} al., LAI), n'exerçait pas d'activité lucrative avant cette date; depuis son mariage, en novembre 1955, elle paraît n'avoir effectué que les travaux de son propre ménage (hormis peut-être certains travaux de tricotage, dont le mémoire d'appel ne précise pas s'ils ont été faits uniquement pour les besoins du couple). Elle semble aussi n'avoir jamais eu, avant son mariage, d'activité autre que celle de bonne à tout faire. Les examens effectués ne suffisent néanmoins pas à affirmer que seule l'activité usuelle d'une ménagère soit nécessairement déterminante.

Aux termes de l'article 5, 1^{er} alinéa, 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 ». L'article 27 RAI, édicté en exécution de l'article 28, 3^e alinéa, LAI concernant l'évaluation de l'invalidité exigée pour l'octroi d'une rente, dispose que « l'invalidité des assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative au sens de l'article 5, 1^{er} alinéa, LAI, notamment des ménagères..., est évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir leurs travaux habituels » et que « par travaux habituels de la ménagère, on entend son activité usuelle dans le ménage et, le cas échéant, dans l'entreprise de son mari, ainsi que l'éducation des enfants ». Lorsqu'il s'agit d'assurés déjà invalides en fait avant l'introduction de l'AI, mais devenus invalides en droit le 1^{er} janvier 1960, en vertu de la clause de droit transitoire de l'article 85, 1^{er} alinéa, LAI, il ne suffit cependant pas d'établir que l'assuré n'exerçait pas d'activité lucrative immédiatement avant la réalisation du risque assuré, soit avant le 1^{er} janvier 1960; car il s'ensuivrait alors que l'article 5, 1^{er} alinéa, LAI s'appliquerait à tous les assurés qui, avant cette date déjà, ne pouvaient plus travailler en raison de l'atteinte à leur santé (et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une activité lucrative). Aussi le TFA a-t-il prononcé qu'en vertu de l'article 85, 1^{er} alinéa, LAI, il fallait déterminer si la ménagère travaillant uniquement dans son ménage aurait exercé une activité lucrative immédiatement avant le 1^{er} janvier 1960 au cas où elle n'aurait pas été déjà invalide en fait (voir arrêt L. S. du 26 juin 1961, ATFA 1961, p. 166 = RCC 1961, p. 337). Le tribunal a relevé que la réponse à la question ainsi posée devait être en général négative lorsque le couple dispose de moyens d'existence suffisants, par rapport au mode de vie antérieur, et affirmative lorsque la situation pécuniaire du couple et les conditions de famille permettent de conclure que la femme aurait, selon toute vraisemblance, exécuté, en sus de la tenue de son ménage, des travaux rémunérés pour le compte de tiers. Dans cette dernière hypothèse, il s'agit d'une assurée qui effectuait précédemment des travaux ménagers pour des tiers et, à défaut d'éléments contraires rendant quasi certaine une autre activité, sont déterminantes en principe les exigences de la tenue d'un ménage d'importance moyenne, que l'on applique l'article 4 ou l'article 5, 1^{er} alinéa, LAI (voir arrêt B. P. du 22 juin 1961, RCC 1961, p. 386).

Dans l'espèce, il faut donc déterminer si l'appelante aurait exercé, en sus de la tenue de son propre ménage, une activité lucrative immédiatement avant le 1^{er} janvier 1960 au cas où elle n'aurait pas été, déjà à cette date, invalide en fait. A cet effet, il faut établir d'une part quelles sont la situation pécuniaire du couple et les conditions de famille et d'autre part, le cas échéant, quelle aurait été l'activité exercée. Ces éléments une fois connus, il sera possible alors de décider si l'invalidité de l'appelante doit être évaluée par rapport à la seule tenue de son propre ménage ou par rapport à une activité lucrative. Le choix ainsi fait fixera non seulement les critères nécessaires à l'évaluation de l'invalidité, mais permettra aussi de décider des mesures préalables de réadaptation et de l'octroi des moyens auxiliaires. Cet examen incombe en premier lieu à la commission AI, à laquelle la cause doit par conséquent être renvoyée.

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 13 mars 1962, en la cause H. K.

Articles 69 LAI et 85, 2^e alinéa, lettres c et d, LAVS. La « maxime de l'intervention » n'est valable que dans les limites de la décision attaquée. Le juge peut modifier une décision, il ne peut pas en rendre une nouvelle en se fondant sur un état de fait extérieur à la décision attaquée.

Articolo 69 LAI ; articolo 85, capoverso 2, lettere c e d, LAVS. Il « principio dell'intervento d'ufficio del giudice » è valido soltanto entro i limiti della decisione impugnata. L'autorità di ricorso può modificare una decisione, ma non può prenderne una nuova, fondandosi su uno stato di fatto estraneo alla decisione impugnata.

La commission cantonale de recours, saisie contre une décision rejetant l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, a admis le recours en allouant à l'assuré une rente AI entière. Interjetant appel contre ce jugement, l'OFAS a demandé le renvoi de l'affaire à l'autorité de première instance, parce que seule était en litige la question du reclassement, unique objet de la décision attaquée et du recours. Le TFA a admis l'appel pour les motifs suivants :

1. En vertu du droit fédéral, seules les décisions des caisses de compensation sont sujettes à recours (art. 69 LAI et 84 LAVS). Cela signifie qu'en règle générale, seul l'état de fait considéré dans la décision peut constituer l'objet du litige, et que l'existence d'une décision est la condition préalable du procès.

En l'espèce, la décision rendue avait pour seul objet la demande de reclassement de l'assuré ; son droit à une rente, en revanche, n'a pas fait l'objet d'une telle décision. Aussi la commission de recours n'était-elle pas fondée à entrer en matière sur ce dernier point, l'assuré n'ayant prétendu une rente qu'au cours du procès, s'écarter ainsi de sa première demande. Elle aurait dû renvoyer l'affaire à la commission AI, car les autorités de recours doivent non pas prendre une décision à la place d'une autorité administrative, mais seulement en examiner le bien fondé. Le « principe de l'intervention », tel qu'il est formulé à l'article 85, 2^e alinéa, lettres c et d, LAVS, ne conduit pas à un autre résultat ; il n'est applicable que *dans les limites* de la décision attaquée. Les « faits déterminants », au sens de la lettre c, sont ceux sur lesquels repose la décision ; en vertu de la lettre d, le juge peut seulement *modifier* cette décision, mais non pas en *rendre* une nouvelle en se fondant sur un état de fait extérieur à la décision attaquée. Par souci d'économie de procédure, le TFA a admis seulement les deux dérogations suivantes :

a. la jonction d'une autre prétention qui est si étroitement liée à l'objet du litige que l'on peut parler d'une unité de l'état de fait ; mais le juge doit alors impartir à la partie adverse un délai qui lui permette de se prononcer (art. 85, 2^e al., lettre d, LAVS). En l'espèce, les conditions d'une telle jonction ne sont manifestement pas réalisées, indépendamment du fait qu'aucun délai de réponse n'a été fixé ;

b. l'extension de la procédure à l'examen d'une autre prétention, qui doit au moins avoir fait l'objet d'une déclaration de l'administration en cours de procès (ATFA 1950, p. 165 ss). Or, une telle déclaration n'a pas été faite dans le présent cas.

La décision de rente de l'autorité cantonale de recours doit par conséquent être annulée.

2. ...

Arrêt du TFA, du 10 octobre 1961, en la cause V. B.

Article 117 AO¹. Seuls les détenteurs du brevet d'avocat sont admis comme avocats d'office auprès du TFA.

Articolo 117 del Decreto federale del 28 marzo 1917 concernente l'organizzazione e la procedura del Tribunale federale delle assicurazioni. Solo i patrocinatori abilitati all'esercizio dell'avvocatura sono ammessi come difensori d'ufficio presso il TFA.

Le TFA a rejeté une demande d'assistance judiciaire gratuite pour les motifs suivants:

1. ...
2. ...

3. Pour la procédure devant le TFA, seuls sont désignés comme avocats d'office au sens de l'article 117 AO les détenteurs du brevet d'avocat. Le mandataire de l'appelant ne remplissant pas cette condition, ainsi que le Tribunal cantonal l'a confirmé le 29 septembre 1961 sur demande de la Cour de céans, il ne saurait être désigné comme avocat d'office. La requête d'assistance judiciaire gratuite, qui tend apparemment à une telle désignation, ne peut par conséquent être que rejetée. Il n'est dès lors pas besoin d'examiner si l'appelant remplirait ou non les autres conditions d'octroi de l'assistance judiciaire gratuite. Peut en particulier rester ouverte la question de savoir si l'appelant n'aurait pas, envers une association ou autre organisation dont il ferait partie, un droit à la protection juridique englobant la représentation en justice; n'ayant, dans un tel cas, pas de frais de mandataire à supporter, la partie ne saurait en être libérée par l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite.

Allocations aux militaires

Arrêt du TFA, du 11 décembre 1961, en la cause B. Th.

Article 4, 1^{er} alinéa, lettre b, LAPG. Un militaire célibataire n'est, en tant que directeur commercial et copropriétaire d'une imprimerie et papeterie, pas tenu d'avoir un ménage en propre à cause de sa situation professionnelle ou officielle et ne peut dès lors prétendre une allocation de ménage.

Articolo 4, capoverso 1, lettera b, LIPG. Un militare celibe non è tenuto, nella sua qualità di direttore commerciale e di comproprietario di una tipografia e cartoleria, ad avere un'economia domestica propria a causa della sua situazione professionale o ufficiale e non ha pertanto diritto all'indennità per l'economia domestica.

Le militaire célibataire est directeur commercial et copropriétaire d'une imprimerie et papeterie qu'il a reprise avec un frère cadet, de la succession paternelle. Au

¹ Arrêté fédéral concernant l'organisation du TFA et la procédure à suivre devant ce tribunal, du 28 mars 1917.

rez-de-chaussée de la maison se trouvent les locaux commerciaux (imprimerie, papeterie, magasin, bureau et dépôt) et aux deux étages supérieurs un appartement composé de trois chambres, d'un salon, d'une cuisine et d'une chambre de bain. Y sont logés, outre le militaire, deux employés du commerce. Le ménage, dans lequel la vendeuse, qui habite au dehors, prend ses repas, est tenu par une gouvernante engagée à titre fixe. Le frère cadet, qui étudie, ne loge dans cette maison que durant les vacances.

La caisse de compensation a refusé l'allocation de ménage, estimant que la situation professionnelle du militaire n'exige pas la tenue d'un ménage en propre. La commission cantonale de recours, en revanche, lui accorda cette allocation, en alléguant qu'il n'avait certes pas une obligation juridique, mais dans une certaine mesure une obligation morale de reprendre le ménage existant déjà du vivant de son père. Elle estima, de plus, que sans son propre ménage, le militaire serait pour le moins très sensiblement gêné dans son activité professionnelle, parce que les commandes fréquentes et urgentes d'imprimés qui parviennent en dehors des heures de travail normales, exigent la présence constante de personnel. L'appel interjeté par l'OFAS contre ce jugement a été approuvé par le TFA pour les motifs suivants:

1. Selon l'article 4, 1^{er} alinéa, lettre b, LAPG, les militaires célibataires, veufs ou divorcés peuvent prétendre une allocation de ménage si, à cause de leur situation professionnelle, ils sont « tenus » d'avoir un ménage en propre. Cette disposition constitue un élargissement du texte légal proposé par le Conseil fédéral, élargissement qui est intervenu au cours des délibérations parlementaires sur l'intervention de la Société des aumôniers, et qui ne visait à l'origine que les aumôniers célibataires. De l'avis du proposant, cependant, elle devait être étendue aussi aux médecins célibataires affectés à des hôpitaux, ainsi qu'aux concierges célibataires. Dans un arrêt de principe rendu le 17 août 1953 en la cause Th. M. (RCC 1953, p. 304; ATFA 1953, p. 256), le TFA a, en se fondant sur la genèse de cette disposition, précisé entre autres ce qui suit: Le militaire célibataire qui ne vit pas avec des enfants, au sens de l'article 6, 2^e alinéa, LAPG, devra toujours démontrer qu'il est tenu, c'est-à-dire contraint d'avoir un ménage en propre, par la nature et les exigences de sa profession. A cet égard, il s'agira d'apprécier sévèrement les preuves de la nécessité du ménage. Ainsi, un agriculteur célibataire, dont le domaine est très éloigné du village, fut mis au bénéfice de l'allocation de ménage; de même, ultérieurement, un médecin divorcé pratiquant la médecine générale à la campagne (RCC 1955, p. 79; ATFA 1954, p. 305). Dans tous les cas suivants, en revanche, l'allocation de ménage a été refusée: Propriétaire d'un atelier de construction vivant dans la maison qui appartenait à lui et à ses frères et sœurs (RCC 1954, p. 103, et ATFA 1954, p. 49); boulanger-pâtissier dans une grande ville (RCC 1954, p. 101); hôtelier et chef de cuisine dans son propre hôtel saisonnier (RCC 1955, p. 20); maître boucher dans une grande ville (RCC 1955, p. 77); oculiste célibataire dans une ville (RCC 1954, p. 175). Cette pratique prudente doit entraîner, en l'espèce aussi, le rejet de la demande.

2. Il est certes compréhensible que le militaire utilise lui-même l'appartement hérité de son père. Comme cet appartement se trouve dans la même maison que le commerce, il est fort commode pour lui de le conserver; de plus, le ménage en commun avec les employés célibataires travaillant dans le commerce constitue pour les deux parties une solution rationnelle. Toutefois, de telles raisons de commodité et d'utilité ne sauraient justifier l'octroi d'une allocation de ménage. Il faut, au contraire, que la tenue d'un ménage soit rendue indispensable par les exigences professionnelles. Tel est par exemple le cas du domaine agricole sis à une certaine distance du village et dont l'exploitation est pratiquement inconcevable sans un propre ménage, ou du médecin de campagne qui, à chaque heure du jour ou de la nuit, doit se tenir personnellement à la disposition

des malades ou se faire remplacer par une personne de confiance pour la remise de médicaments; dans le cas d'une imprimerie avec papeterie, en revanche, cette condition ne peut pas être considérée comme réalisée. Dans les deux genres d'exploitation, les heures de travail et d'ouverture sont fixées par la loi, de sorte que la présence du chef de l'entreprise en dehors des heures d'ouverture ne peut pas être exigée. De plus, on ne voit pas pourquoi des commandes urgentes d'imprimés parvenant en fin de semaine devraient absolument être reçues personnellement par le chef d'entreprise et pourquoi, dans cette entreprise plutôt modeste puisqu'elle n'occupe que six employés, il serait nécessaire de recevoir les clients à titre privé au domicile commercial. Etant donné que l'entreprise pourrait aussi être exploitée sans la tenue d'un ménage, la condition de la nécessité pour le fonctionnement de l'entreprise n'est donc pas réalisée, de sorte que l'appel doit être approuvé, le jugement de première instance annulé et l'allocation de ménage refusée.

CHRONIQUE MENSUELLE

La *commission du Conseil national* chargée d'examiner le projet d'arrêté fédéral concernant le *statut des réfugiés dans l'AVS et l'AI* s'est réunie le 28 août sous la présidence de M. Heil, conseiller national, 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.

★

La *Commission des rentes* a siégé les 29 et 30 août sous la présidence de M. Naef, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a examiné un projet (partiel) d'une nouvelle édition des Directives concernant les rentes.

★

Le *groupe d'étude des questions techniques* a tenu sa seconde séance à Bâle les 12 et 13 septembre, sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Il a discuté la méthode de travail future du groupe et mis au point un programme provisoire de discussion. Après la séance, le groupe d'étude assista à des démonstrations techniques; c'est ainsi qu'il put voir fonctionner l'installation de cartes perforées de la caisse de compensation de l'Union économique de Bâle et les ordinateurs électroniques (spécialement pour le décompte des salaires et le décompte avec la caisse de compensation) de deux grandes entreprises industrielles, Sandoz et Hoffmann-La Roche.

★

Le 21 septembre, le Conseil fédéral a pris un arrêté qui modifie le règlement d'exécution, du 11 novembre 1952, de la *loi fédérale fixant le régime des allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans*. Aux termes de la nouvelle réglementation, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 1963, les travailleurs agricoles étrangers ont également droit aux allocations pour leurs enfants qui habitent à l'étranger. La Confédération se rallie ainsi, en matière d'allocations pour enfants aux travailleurs agricoles, au principe de l'égalité complète de traitement des salariés étrangers et des travailleurs suisses. Le cumul des prestations est cependant interdit dans les cas où le mari d'une travailleuse agricole étrangère, occupée en Suisse, vit à l'étranger et reçoit déjà des allocations pour enfants.

L'article 3 du règlement d'exécution a, d'autre part, été modifié du point de vue rédactionnel afin de tenir compte de la teneur nouvelle de l'article premier, 2^e alinéa, LFA. Cette modification prend effet le 1^{er} juillet 1962.



Dans sa séance du 28 septembre, le Conseil fédéral a nommé un nouveau chef de la Centrale de compensation en la personne de M. *Aloïs Imbach*, qui entrera en fonction le 1^{er} janvier 1963. M. Imbach a été le collaborateur du chef actuel de la Centrale depuis 1940. Depuis l'entrée en vigueur de l'AVS en 1948, il est le gérant de la Caisse suisse de compensation et le suppléant du chef de la Centrale, M. Josef Studer, qui prend sa retraite à la fin de l'année. L'activité déployée par celui-ci au service des assurances sociales suisses fera l'objet d'un article dans le prochain numéro de la RCC.



Au cours de sa session d'automne, le *Conseil national* a discuté l'*arrêté fédéral concernant le statut des réfugiés dans l'AVS et l'AI*. S'écartant du projet du Conseil fédéral, il a décidé d'accorder des rentes de vieillesse extraordinaires aux réfugiés qui ont séjourné au moins cinq ans dans notre pays. Le *Conseil des Etats* a accepté cette modification. L'arrêté ainsi remanié a été approuvé en *vote final* le 4 octobre sans opposition. Après l'expiration du délai référendaire de trois mois, le Conseil fédéral fixera la date de l'entrée en vigueur.

Les pensions de veuve au Danemark

Une loi du 13 mars 1959, entrée en vigueur le 1^{er} avril 1959 et modifiée en 1961, a ajouté à l'assurance-vieillesse et invalidité danoise (cf. RCC 1954, p. 451 et 1958, p. 155) un système de *pensions pour veuves*. Elle contient en outre des dispositions sur les *allocations d'assistance aux veuves*, qui figuraient jusqu'à présent parmi les prescriptions relatives à l'assistance publique et qui sont réunies désormais dans le nouvel acte législatif. Nous donnons ci-dessous un bref aperçu du droit nouveau créé en faveur des veuves; né dans des conditions différentes et fondé en partie sur d'autres conceptions que l'AVS suisse, ce système présente certaines particularités intéressantes dans le domaine des prestations.

I

La *pension de veuve* proprement dite représente, en somme, une pension populaire anticipée (pension de vieillesse) pour les femmes devenues veuves. Elle atteint les mêmes montants que celle-ci (pour les personnes seules

3600 couronnes par an à Copenhague, 3500 dans les autres villes et 3200 dans les régions rurales) et est allouée, elle aussi, sous réserve de limites de revenu. Remarquons à ce propos que la pension de veuve, comme la pension populaire, est financée uniquement par les fonds publics. Tout comme celle-ci, elle est réservée aux ressortissants danois habitant au Danemark ; toutefois, les étrangers peuvent en bénéficier en vertu de conventions internationales.

Du point de vue suisse, les *conditions du droit à la pension de veuve* paraissent assez compliquées, notamment parce qu'elles sont en partie liées aux conditions donnant droit aux allocations d'assistance aux veuves. Ont droit à la pension de veuve, d'une manière générale, toutes les femmes qui deviennent veuves après l'âge de 55 ans révolus. Depuis la révision de la loi en 1961, cette disposition s'applique également, dès l'âge de 55 ans, aux femmes qui ont perdu leur mari après l'âge de 45 ans. Celles-ci peuvent toutefois toucher la pension de veuve dès l'instant où elles deviennent veuves si elles doivent entretenir un ou plusieurs enfants de moins de 18 ans ; ce droit s'éteint, il est vrai, lorsque le dernier-né atteint l'âge de 18 ans (si la veuve n'a pas atteint, entre-temps, l'âge de 55 ans), mais renaît lorsque la veuve parvient à cet âge. En outre, ont droit à la pension de veuve, également dès l'âge de 55 ans, et indépendamment de l'âge auquel elles sont devenues veuves, les femmes qui ont touché jusqu'à l'âge de 55 ans des allocations d'assistance aux veuves et ont dû entretenir un ou plusieurs enfants.

Des dispositions spéciales déterminent que, dans certains cas, non seulement les veuves mais aussi les *femmes vivant seules* peuvent bénéficier de la pension dès l'âge de 50 ans si elles vivent dans des conditions particulièrement difficiles par suite d'invalidité, sans avoir toutefois droit à une rente d'invalidité ; il en va de même des femmes seules qui ont, leur vie durant, soigné leurs parents et qui, par suite du décès de ces derniers, ne peuvent plus pourvoir suffisamment à leur propre entretien.

Le droit à la pension s'éteint lorsque la bénéficiaire se marie, mais renaît en cas de divorce. Lorsque la limite d'âge (62 ans) est atteinte, la pension de veuve est remplacée par une pension de vieillesse si les conditions donnant droit à celle-ci sont remplies.

II

Les *allocations d'assistance aux veuves* ne sont pas, comme la pension de veuve, des prestations de la sécurité sociale, mais bien, ainsi que leur nom l'indique, des prestations d'aide sociale. En cette qualité, elles peuvent d'ailleurs, en droit danois, être accordées à certaines conditions à des étrangers. Bien entendu, leur octroi dépend de l'état de besoin. Ces allocations revêtent plusieurs formes différentes :

Elles sont accordées à *titre d'aide temporaire* à toutes les veuves, indépendamment de leur âge et du nombre de leurs enfants, aussitôt après le décès du mari, mais seulement pour une durée fixée en règle générale à treize semaines. Pour les femmes qui deviennent veuves après l'âge de 45 ans, cette aide peut être prolongée jusqu'à six mois ; de même pour les femmes qui étaient enceintes lors du décès de leur époux, et qui ont alors droit aux allocations

pendant six mois au maximum après la naissance de l'enfant. Le but de cette aide provisoire est évident et il est superflu de le commenter. Le droit à une pension de veuve n'exclut pas le versement de ces allocations.

L'aide pour la formation professionnelle représente une autre forme d'allocations temporaires pour veuves. Elle est accordée aux veuves qui désirent recevoir une formation professionnelle pour être en mesure de pourvoir à leur entretien. L'octroi de l'aide temporaire n'exclut pas le droit à l'aide pour la formation professionnelle.

Enfin, l'assistance ordinaire aux veuves, qui n'est pas limitée dans le temps, est destinée aux veuves qui doivent entretenir des enfants de moins de 18 ans ou qui ont perdu leur mari après l'âge de 50 ans et qui, en outre, n'ont pas droit à la pension et sont incapables de pourvoir elles-mêmes à leur entretien. Ces allocations peuvent, comme nous l'avons dit sous chiffre I, être remplacées à l'âge de 55 ans par la pension de veuve.

L'exécution, dans l'AI, de décisions de caisses non encore passées en force

Dans l'AI, tout comme dans l'AVS, règne le principe : « La décision précède l'exécution ». En d'autres termes, une prestation ne peut pas être payée tant que la caisse de compensation n'a pas rendu de décision à ce sujet (art. 128 RAVS et 91 RAI). Corollaire de ce principe : en matière de réadaptation, la décision de la caisse doit aussi, en règle générale, précéder l'application des mesures envisagées (la remise d'un appareil acoustique, par exemple). La prise en charge rétroactive de mesures déjà appliquées est une exception soumise à certaines conditions (art. 78, 2^e alinéa, RAI et circulaire de l'OFAS du 28 mai 1962 concernant le paiement des mesures de réadaptation. Voir aussi RCC 1962, p. 229).

Ce principe de la décision préalable étant rappelé, la question qui se pose est la suivante : l'assuré va-t-il pouvoir toucher les prestations qui lui sont octroyées immédiatement après avoir pris connaissance de la décision, ou devra-t-il au contraire encore attendre que celle-ci ait passé en force ? Cela est d'importance non seulement pour l'assuré, dont on comprend l'impatience, mais encore pour les organes de l'assurance et les personnes chargées d'appliquer les mesures prévues dans la décision. A partir de quand la caisse peut-elle verser la rente, l'allocation pour impotent ou les indemnités journalières ? Pour quelle date l'office régional va-t-il fixer l'entrée de l'assuré dans un centre de réadaptation ? A quel moment le fournisseur d'un moyen auxiliaire peut-il exécuter la commande prévue dans la décision de la caisse ? Quand débiteront les mesures médicales ordonnées par la commission AI ? Telles sont les questions auxquelles le présent article va essayer de répondre.

L'article 97 LAVS, applicable par analogie en matière d'AI en vertu de l'article 81 LAI, dispose : « Les décisions des caisses de compensation et celles des autorités cantonales de recours passent en force de chose jugée si elles ne font pas l'objet d'un recours ou d'un appel en temps utile, ou si le recours ou l'appel n'a pas abouti. » En d'autres termes, les décisions des caisses passent en force au plus tôt trente jours après leur notification à l'intéressé. Le recours a un effet suspensif ; il empêche la décision de passer en force à l'expiration du délai légal. L'effet de l'appel est identique, comme il ressort de l'article 125 de l'arrêté fédéral du 28 mars 1917 concernant l'organisation du TFA : « Le jugement de première instance ne passe pas en force avant l'expiration du délai d'appel. L'appel suspend l'exécution de ce jugement dans la mesure où il est attaqué. »

Dans les premières années de l'AVS, le RAVS contenait bien un article 204 aux termes duquel les recours n'auraient d'effet suspensif que si le président de l'autorité à laquelle ils seraient soumis le leur accordait par mesure provisionnelle. Cette règle contredisait toutefois l'article 97 LAVS et a par conséquent été formellement abrogée par arrêté du Conseil fédéral du 20 avril 1951 (cf. RCC 1951, p. 205). Il ne fait donc aujourd'hui plus aucun doute que le recours, tout comme l'appel, a un effet suspensif.

Faut-il en déduire que les dispositions précitées interdisent tout début d'application d'une décision ou d'un jugement portant sur l'octroi de prestations tant que court encore le délai de recours ou d'appel ou que la cause est pendante devant le juge ?

Une telle interprétation, en retardant impérativement, pour des raisons de forme, le moment où l'ayant droit peut bénéficier de prestations de l'assurance, ne serait guère compatible avec l'esprit social de la loi. En outre, même sur le plan strictement juridique, elle doit être rejetée pour les raisons suivantes.

Les deux alinéas de l'article 97 LAVS sont interdépendants ; le second alinéa, en particulier, qui permet de mieux déceler le sens véritable du premier, déclare que les décisions des caisses qui portent sur un paiement en argent sont assimilées aux jugements exécutoires au sens de l'article 80 LP. Or l'objet de la LP, c'est l'exécution forcée, qui ne peut avoir lieu, en cas d'opposition du débiteur, que si le créancier est au bénéfice d'un jugement exécutoire ou d'un titre équivalent. Toutefois, il est bien évident que l'absence d'un jugement exécutoire, ou le fait qu'une décision n'a pas encore passé en force, ne sauraient empêcher le débiteur de s'acquitter valablement de sa dette par un paiement volontaire. La portée de l'article 97 LAVS apparaît ainsi clairement dans le domaine des cotisations AVS/AI/APG, dont le recouvrement ne peut être entrepris par voie d'exécution forcée tant que la décision de cotisation n'a point encore passé en force.

Dans le domaine des prestations, la situation est inverse : la décision confère à l'assuré une créance envers l'assurance, créance dont il ne peut toutefois exiger le paiement qu'une fois la décision passée en force. Jusqu'à ce moment-là, l'assurance n'est donc pas tenue envers l'assuré de passer à l'exécution, qu'il s'agisse de prestations en espèces ou en nature (moyen auxiliaire, stage de

réadaptation, etc.) ; mais l'article 97 LAVS ne lui interdit pas de fournir d'ores et déjà les prestations dues si la situation le justifie. L'assurance dispose donc, entre le moment où la décision est rendue et celui où elle passe en force, d'une certaine marge durant laquelle elle peut, pour des raisons d'appréciation, en retarder ou au contraire en avancer l'exécution. Nous allons voir quelles peuvent être ces raisons.



Institutions de caractère social, l'AVS et l'AI se doivent de fournir le plus tôt possible les prestations dont ont besoin les assurés. Il faut à ceux-ci de l'argent liquide pour payer des dépenses courantes ou pressantes. Les mesures de réadaptation sont parfois encore plus urgentes : le moyen auxiliaire attendu est peut-être indispensable à l'exercice de la profession de l'assuré, de lui dépend son gagne-pain. Quant à l'entrée en stage de réadaptation, elle ne peut souffrir aucun retard, car l'invalidé risquerait de voir la place qui lui était réservée donnée finalement à un autre.

A ces considérations d'ordre social s'ajoutent des raisons d'ordre administratif qui incitent les organes de l'assurance à appliquer au plus tôt les décisions notifiées aux assurés : Le retard dans le paiement d'une rente oblige la caisse à opérer ensuite des paiements rétroactifs, source de complications administratives et comptables (notamment lors de l'établissement de la liste et de la récapitulation des rentes).

En revanche, il faut également mentionner les raisons qui, inversement, doivent engager les organes de l'assurance à appliquer sans hâte excessive les décisions non encore passées en force : Tant que le délai de recours ou d'appel n'est pas échu, ou tant qu'une affaire est pendante devant le juge, l'assuré et la caisse de compensation courent le danger de voir la décision originale de la caisse annulée ou modifiée. Les mesures déjà appliquées risquent de l'avoir été à tort. Cette éventualité mérite d'autant plus d'attention que, depuis le 1^{er} janvier 1960, les dispositions cantonales de procédure doivent accorder au juge la possibilité de réformer la décision attaquée au détriment du recourant (conformément à l'art. 85, 2^e al., lettre d, LAVS).

Prenons par exemple le cas de l'assuré auquel une décision de caisse a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité, et qui demande au juge l'octroi d'une rente entière. Le juge, après avoir ordonné une enquête complémentaire, peut fort bien arriver à la conclusion que l'assuré présente un degré d'invalidité inférieur à 50 pour cent et, s'il ne s'agit pas d'un « cas pénible », n'a droit à aucune rente. Si la caisse a déjà commencé à payer la demi-rente, elle devra prendre à l'égard du recourant une décision en restitution de rentes indûment touchées.

On pourrait citer des exemples semblables en matière de réadaptation : ainsi le recourant qui réclame au juge la prise en charge par l'AI d'un moyen auxiliaire plus coûteux que celui octroyé par la commission AI, et dont on s'aperçoit en instance de recours, qu'il ne remplit pas les conditions d'âge (rentier AVS) ou de nationalité.

Quelquefois, ce n'est pas le principe ou le montant de la prestation qui risque de donner lieu à litige, mais la personne ou l'office entre les mains duquel doit être versée la prestation. En vertu de l'article 76 RAVS, applicable par analogie en matière d'AI (art. 84 RAI), la caisse de compensation peut en effet, dans certaines conditions, effectuer en mains de tiers le versement total ou partiel de la rente, de l'allocation pour impotent ou des indemnités journalières. En payant la prestation due avant que la décision passe en force et échappe par là à toute contestation des intéressés, la caisse risque de payer au mauvais endroit.

Les exemples ci-dessus ne se présentent certes que dans des circonstances exceptionnelles ; ils n'en doivent pas moins être pris en considération. Mais devraient-ils faire interdire ou restreindre, par voie de directives, l'application de décisions non encore passées en force ? Non. Il ne faut pas oublier en effet que le risque de payer une prestation à tort existe plus ou moins en tout temps, même lorsque la décision a passé formellement en force ; si la caisse s'aperçoit, à la suite d'une révision par exemple, qu'une ancienne décision était contraire à des dispositions légales impératives, elle est tenue de l'annuler (cf. arrêt du TFA du 28 octobre 1958, en la cause A. B., RCC 1959, p. 30).

Si l'application de décisions non encore passées en force n'est pas interdite, inversement, aucune disposition légale n'oblige non plus les organes de l'AI à agir aussi longtemps que le délai de recours ou d'appel n'est pas écoulé ou que l'affaire est pendante devant le juge. Tant de facteurs divers et contradictoires peuvent intervenir qu'il est préférable de laisser à l'organe AI compétent en l'espèce le soin de déterminer lui-même les mesures à prendre dans chaque cas. C'est cet organe qui est le mieux placé pour supputer les chances d'un recours ou d'un appel et, par voie de conséquence, les risques d'un paiement à tort.

Ajoutons enfin que la plus grande prudence est de rigueur en ce qui concerne l'*exécution des jugements cantonaux* donnant gain de cause au recourant. Il existe alors une assez forte probabilité que l'Office fédéral porte l'affaire devant le Tribunal fédéral des assurances et que, par la suite, le jugement attaqué ne devienne jamais exécutoire. Aussi est-il indiqué, en pareil cas, d'attendre que soit échu le délai d'appel avant de passer à l'application des mesures litigieuses.

Si des mesures de réadaptation dont l'application a déjà été ordonnée paraissent devoir être interrompues, la caisse de compensation partie au litige en avisera aussitôt tous les intéressés (commission AI, office régional AI, centrale de compensation et toute personne chargée de l'application des mesures prescrites). Si une autorité de recours ou d'appel annule une décision portant sur l'octroi de prestations, l'assuré est tenu, en vertu des articles 49 LAI et 85 RAI, de restituer les prestations dont il a bénéficié indûment. Les dispositions parallèles concernant l'AVS, notamment l'article 79 RAVS, sont applicables par analogie.

Les conséquences de l'alcoolisme en matière d'AI

Chacun sait les ravages causés par l'alcoolisme dans le secteur de la vie privée et familiale ; tout aussi graves sont ses conséquences sur le plan social : criminalité, accidents de la circulation, etc. Rien d'étonnant, dès lors, qu'il soulève également des problèmes en matière d'assurances sociales, et plus particulièrement en matière d'AI. On peut se demander en effet si l'AI est tenue — en tant qu'assurance sociale générale — de couvrir l'incapacité de gain due directement ou indirectement à l'alcoolisme ou si, au contraire, l'abus d'alcool implique une faute justifiant une réduction, voire un refus de toute prestation.

Pour mieux comprendre le problème, examinons brièvement le phénomène pathologique. Celui-ci présente deux formes essentielles : d'une part, l'alcoolisme aigu ou ivresse, qui est une intoxication aiguë due à l'absorption d'une dose d'alcool excédant la mesure normale et qui se manifeste par des troubles passagers d'ordre psychique et nerveux, pouvant aller jusqu'au coma. Il n'est pas rare que, dans cet état, l'assuré soit victime d'un accident pouvant entraîner des lésions corporelles graves et durables. Cette forme d'alcoolisme, en soi relativement bénigne, peut dégénérer en alcoolisme chronique ou ivrognerie, lorsque le sujet *s'habitue* à une consommation excessive de boissons alcooliques. S'il est dépisté suffisamment tôt, l'alcoolisme chronique peut être combattu généralement grâce à une cure de désintoxication. Dans les cas graves, en revanche, tout traitement curatif devient inutile, le sujet étant atteint de lésions psychiques ou organiques plus ou moins graves et durables (aliénation mentale, gastrite, cirrhose, polynévrites, etc.).

*

Il ressort de la brève description qui précède que l'alcoolisme peut être à l'origine d'une invalidité au sens de l'article 4 LAI. Toutefois, le seul fait qu'un assuré se livre à l'ivrognerie ne signifie pas encore qu'il soit invalide. C'est ainsi que, selon les spécialistes qui dirigent des établissements pour buveurs, on ne saurait considérer comme invalides les sujets qui leur sont envoyés pour une cure de désintoxication. Pour la même raison, une telle cure ne constitue pas une mesure de réadaptation.

*

Lorsqu'un assuré a causé son invalidité en s'adonnant à l'ivrognerie, on doit se demander s'il n'y a pas lieu de le punir en réduisant sa rente. L'article 7,

1^{er} alinéa, LAI prévoit que les prestations en espèces peuvent être refusées, réduites ou retirées, temporairement ou définitivement, à l'assuré qui a intentionnellement, ou par faute grave, causé ou aggravé son invalidité. Les travaux préparatoires ont montré qu'il fallait donner une interprétation restrictive à cette disposition, même si son texte autorise les organes de l'AI à refuser définitivement la rente en cas de faute grave. Il convient de remarquer cependant que l'article 7 LAI rejoint les dispositions similaires de l'assurance obligatoire contre les accidents et de l'assurance militaire (art. 98 LAMA et 7 LAM) ; on est donc tout naturellement tenté de reprendre, pour le compte de l'AI, la pratique instaurée par ces deux assurances, qui réduisent les prestations à un assuré si celui-ci a causé sous l'emprise de l'alcool un accident ayant entraîné une invalidité (cf. ATFA 1942, p. 42 ss, et 1959, p. 101). Ainsi, lorsque l'invalidité résulte d'une faute grave unique, on opère généralement une réduction de 20 à 30 pour cent. Il en résulte que les organes de l'AI chargés d'examiner les demandes de rentes feraient bien de déterminer si l'invalidité du requérant ne résulte pas d'un accident de la circulation, dont il serait responsable en raison d'une faute grave, en demandant par exemple à consulter le dossier d'enquête pénale ou de police.

*

Plus complexe à résoudre est le problème juridique que pose un alcoolique chronique, dont l'intempérance prolongée a gravement et durablement compromis la santé physique et mentale, et qui n'a plus les ressources intellectuelles et morales nécessaires pour réagir contre sa passion nocive. Dans un arrêt de principe publié à la page 404 du présent numéro, le TFA a jugé qu'il y avait lieu d'appliquer également la sanction de l'article 7 LAI dans les cas où l'assuré, en faisant preuve de la prudence qu'on pouvait exiger de lui, aurait pu reconnaître les effets nocifs de l'alcoolisme et y remédier. Le TFA estima que l'ivrognerie constituait en principe une faute grave, aussi décida-t-il, en l'espèce, une réduction de la rente de cinquante pour cent, même en tenant compte des circonstances atténuantes. En revanche, il a statué que les rentes complémentaires en faveur des proches innocents n'étaient pas soumises à réduction.

*

L'application de cette clause de réduction sera parfois délicate dans la pratique, notamment dans les cas où, parallèlement à l'alcoolisme, d'autres facteurs auront contribué à provoquer l'invalidité. Appliquée à bon escient, la sanction de l'article 7 devrait cependant avoir des effets préventifs, et amener les autorités d'assistance et de tutelle à prendre, mieux que par le passé, des mesures propres à combattre l'alcoolisme chez les personnes qui en sont menacées.

D'autre part, il convient de relever que l'alcoolisme n'est pas l'unique motif justifiant l'application de l'article 7 LAI, en sorte que, pour fixer la sanction qu'il entraîne, on ne saurait faire abstraction des règles de refus et

de réduction appliquées dans les autres cas. Aussi, dans l'intérêt d'une pratique uniforme, importe-t-il de soumettre à l'OFAS, comme par le passé, les prononcés des commissions AI portant sur un refus ou une réduction des prestations en espèces.

*

Enfin, il se peut que l'alcoolique invalide continue à s'adonner à la boisson. Il ne faudrait pas, en ce cas, que la rente non réduite, destinée à l'entretien de l'ayant droit, serve en fait à satisfaire sa passion, au risque de compromettre davantage sa santé et de réduire encore sa capacité de gain résiduelle. Il incombe dès lors aux caisses de compensation de prendre les mesures nécessaires prévues par le législateur (art. 50 LAI, 45 LAVS et 76 RAVS), afin que la rente soit utilisée conformément à son but.

L'assistance publique allégée par l'AVS et l'AI

Le « Rapport de gestion de la Direction des œuvres sociales du canton de Berne pendant l'année 1961 » déclare notamment :

« Le recul des cas d'assistance, déjà constaté les années précédentes, s'est poursuivi dans l'année du rapport. Mis à part le maintien de la haute conjoncture économique et les prestations de l'aide aux vieillards et aux survivants, ce phénomène est un des effets de la loi fédérale sur l'AI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1960...

L'explication du recul des dépenses nettes d'environ 1,7 million de francs par rapport à l'année précédente, pour l'assistance extérieure de l'Etat, se trouve essentiellement dans les prestations de l'AI fédérale, des sommes importantes accordées avec effet rétroactif pour 1960 ayant été versées au cours de l'exercice faisant l'objet du présent rapport ; mais on la trouve aussi dans l'augmentation des rentes AVS (5^e révision de la loi sur l'AVS), avec effet au 1^{er} juillet 1961...

Les recettes directes provenant de rentes pour invalides placés en établissement, et dont l'assistance incombait à l'Etat, se sont montées pendant l'exercice, dans le domaine du concordat et hors de celui-ci, à 1 491 543 fr. 11 au total, soit à 955 061 fr. 41 de plus que l'année précédente. Cette augmentation importante n'est pas due uniquement à l'augmentation des rentes à partir du 1^{er} juillet 1961, mais encore et surtout aux versements de rentes avec effet rétroactif qui ne se répéteront pas dans cette mesure, dans les années à venir. »

L'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants en 1961, d'après les rapports annuels

Les rapports annuels sur l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants ont, cette fois, presque tous été plus courts que ceux des années précédentes. Répondant à un vœu exprimé par l'Office fédéral des assurances sociales, les rapporteurs se sont en général limités aux faits nouveaux et importants. Nous tirons de ces documents quelques données de portée générale que nous publions ci-après.

L'aide cantonale à la vieillesse et aux survivants

En 1961, un nouveau canton (Valais) a créé sa propre aide à la vieillesse et aux survivants, ce qui porte à 17 le nombre des cantons possédant une telle institution à fin 1961. Nous renvoyons à l'article concernant les institutions de l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants dans les cantons, publié aux pages 104 à 112 et 146 à 158 de la RCC 1962. Cet article a fait l'objet d'un tirage à part qui peut être commandé à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel (numéro de commande 318.320.01).

Dans les cantons de Berne, Saint-Gall et Neuchâtel, d'anciennes lois ont été entièrement refondues. La loi bernoise, qui toutefois n'est entrée en vigueur que le 1^{er} juillet 1962, a apporté des innovations importantes. Elle prévoit en particulier, pour une date non encore déterminée, la création d'une aide aux invalides. Les cantons de Soleure, Bâle-Ville, Schaffhouse, Grisons et Tessin ont révisé partiellement leurs lois ou leurs prescriptions d'exécution. Les électeurs du canton de Zurich se sont prononcés le 1^{er} avril 1962 en faveur d'une modification partielle de la loi de 1948 sur l'aide à la vieillesse et aux survivants. Les prescriptions révisées sont entrées en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 1961. Toutes ces révisions ont pour but — à part d'autres innovations — l'octroi de plus fortes prestations.

D'autres cantons ont entrepris des travaux préparatoires en vue de modifications ou d'une nouvelle réglementation. Le Grand Conseil uranais a accepté une motion concernant la création d'une aide cantonale à la vieillesse. En première lecture, le Grand Conseil argovien a traité un projet de modification de la loi cantonale sur les rentes complémentaires. Il y est proposé d'élever les limites de revenu et les rentes et d'octroyer également des prestations aux invalides. Le Grand Conseil fribourgeois a accordé déjà au début de février 1961, sous forme de décret, un crédit de 150 000 francs en faveur de prestations spé-

ciales au titre de l'aide à la vieillesse. Ensuite, une motion présentée au Grand Conseil a fait prévoir pour 1962 la création d'une institution d'aide à la vieillesse et aux survivants.

Afin d'obtenir une meilleure coordination entre l'aide cantonale et la fondation pour la vieillesse dans le canton d'Appenzell Rh. Int., la caisse cantonale de compensation de l'AVS a été chargée de verser les prestations des deux institutions.

La fondation « Pour la vieillesse »

Durant l'exercice annuel, la fondation a adapté les directives de 16 autres comités cantonaux aux nouvelles prescriptions de la LAVS. Ces directives ont été approuvées au début de 1962. L'adaptation des directives de cinq comités cantonaux est encore en suspens.

Les prestations accordées aux bénéficiaires ont sensiblement augmenté. Les prestations minimums et maximums accordées aux personnes seules et aux couples de nationalité suisse ont varié entre 20 (année précédente 25) et 1680 (1500) ou 40 (30) et 2640 (1800) francs par an. Pour les personnes seules et les couples de nationalité étrangère ou apatrides, les prestations ont varié entre 20 (20) et 2640 (1200) ou 50 (30) et 1770 (1440) francs annuellement.

La fondation « Pour la jeunesse »

Les prestations minimums et maximums de cette fondation ont, comme les années précédentes, varié entre 120 et 360 francs par personne et par an. Des personnes spécialement nécessiteuses ont touché des sommes s'élevant jusqu'à 400 francs. Cela a été le cas en particulier dans les cantons de Schwyz et du Valais, parce que ces cantons remettent à la fondation une partie de la part fédérale leur revenant en vertu de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948. Comme auparavant, des bourses annuelles allant jusqu'à 400, en certains cas voire jusqu'à 500 francs, ont été attribuées. Des prestations entre 50 et 400 francs pour le paiement de frais de cure, de médecin et d'hôpital, l'achat de vêtements, ainsi que des allocations d'hiver entre 30 et 60 francs par personne ont de nouveau été accordées.

La mise en sûreté des CIC grâce au microfilmage

D'entente avec le délégué à la défense nationale économique et la Centrale de compensation, l'Office fédéral des assurances sociales a ordonné le microfilmage des comptes individuels de cotisations (CIC) et a adressé à ce sujet, en août

1961, une circulaire aux caisses de compensation. Le but et la nécessité de cette mesure ont déjà été exposés (RCC 1961, p. 405).

Les caisses de compensation ont, conformément aux directives, fait procéder au microfilmage de tous leurs CIC entre septembre 1961 et fin avril 1962. Une caisse cantonale et quatre caisses professionnelles qui, peu de temps auparavant, avaient déjà procédé au microfilmage de leurs CIC, ont été libérées de l'obligation de les microfilmer à nouveau. Une caisse de compensation, pour des raisons particulières, a été autorisée à prendre d'autres mesures de sûreté pour garantir la conservation de ses CIC.

Dans presque tous les cas, le microfilmage a été confié à des entreprises privées spécialisées. Seules, quelques caisses possédaient les installations nécessaires au microfilmage. L'opération a partout été effectuée en présence d'un fonctionnaire responsable de la caisse, conformément aux directives. Dans chaque cas, l'entreprise privée a contracté l'engagement de garder le secret. La majeure partie des CIC ont été filmés au siège des caisses de compensation. Le microfilmage des CIC tenus par les employeurs a eu lieu tantôt chez ces derniers, tantôt au siège des caisses. Seules quelques caisses ont remis leurs CIC à l'entreprise chargée de l'opération.

La plupart des caisses ont commenté dans leur rapport annuel de 1961 ce microfilmage, qui n'a rencontré nulle part des difficultés. Le nombre des CIC microfilmés, d'après les formules d'attestation qui nous sont parvenues, se monte à 9 millions et demi. La part des 25 caisses cantonales et des deux caisses fédérales représente 4 millions de CIC ; celle des 76 caisses professionnelles, 5 millions et demi. Dans ce nombre ne sont toutefois pas compris les CIC qu'une importante caisse professionnelle a entrepris de faire filmer selon un procédé spécial.

A quelques exceptions près, dues en partie au fait que des caissettes n'avaient pu être livrées à temps, les caissettes contenant les microfilms ont été remises au délégué à la défense nationale économique dans le délai prescrit. Les cinq caisses de compensation qui, avant la publication de la circulaire concernant le microfilmage, avaient déjà procédé au microfilmage de leurs CIC ont également remis en caissettes les microfilms destinés à être entreposés. Dans l'entre-temps, les caisses ont été placées à l'abri des bombes, dans des galeries aménagées à cet effet. Cette mesure, destinée à assurer la conservation d'un des plus importants documents de l'AVS, est ainsi achevée. L'Office fédéral des assurances sociales examinera la manière dont on pourra procéder à un nouveau microfilmage des CIC et fixera avec les milieux intéressés le moment le plus favorable pour effectuer cette opération. Les caisses de compensation recevront, en temps voulu, des directives à ce sujet.

Concordat et créances de cotisations

Commentaire de l'arrêt du Tribunal fédéral publié à la page 390

Les jugements cantonaux rendus en dernière instance en matière de mainlevée ne peuvent plus être attaqués par une voie de droit ordinaire. Il n'est donc pas possible d'obtenir le libre réexamen de ces jugements. La seule arme que l'on possède encore contre eux, c'est le recours de droit public pour violation de l'article 4 de la Constitution fédérale. Le Tribunal fédéral ne se prononce alors pas sur la question de fond. Celle-ci était, en l'espèce, la suivante : Une créance privilégiée née avant le concordat conserve-t-elle ce privilège même si elle n'a pas été annoncée dans le concordat et n'est exercée qu'après celui-ci ? Le Tribunal fédéral dira alors seulement si le prononcé cantonal sur le fond est ou n'est pas entaché d'*arbitraire*. Si elle parvient à la conclusion que l'interprétation du droit fédéral retenue par le juge cantonal est soutenable, la juridiction fédérale se borne à rejeter le recours de droit public.

C'est ce que fit le Tribunal fédéral dans l'arrêt en question, où il eut à se prononcer sur un recours de droit public qu'une caisse de compensation avait formé contre un prononcé cantonal de dernière instance. Il estima que le juge cantonal n'avait pas outrepassé son pouvoir discrétionnaire en admettant que le privilège attaché à la créance de cotisations était devenu caduc, parce que la caisse de compensation n'avait pas fait valoir la créance dans le concordat, et en considérant que l'exception est de celles que l'article 81, 1^{er} alinéa, LP accorde au débiteur dans le procès en mainlevée définitive.

Comme déjà dit, le Tribunal fédéral n'avait pas à se prononcer sur le fond même de la question, mais devait uniquement décider si le juge cantonal l'avait ou non arbitrairement tranchée. La réponse négative de la juridiction fédérale se rapporte uniquement à ce dernier point. Quant au fond lui-même, la jurisprudence et la pratique sont imprécises à son sujet. Jaeger, dans son commentaire de la LP, note 2 ad art. 311, soutient l'opinion qui fut suivie ici par le juge cantonal et considère que les créances privilégiées non produites dans le concordat perdent leur privilège. Il tire cette opinion des travaux préparatoires de la loi, se réfère à d'autres auteurs et cite une jurisprudence déjà très ancienne. D'autres auteurs, notamment Reichel, Commentaire de la LP, note 7 ad art. 306, et Blumenstein, Handbuch, page 921, défendent le point de vue contraire. Le commentaire Jaeger-Daeniker (Jurisprudence de la LP), qui complète le commentaire Jaeger et englobe la pratique des années 1911 à 1945, cite un seul jugement. Il s'agit d'une décision de la Cour suprême zurichoise datant de 1939 où, à propos de la créance privilégiée de la femme mariée, le point de vue Jaeger est retenu par le juge. Autant qu'on peut le constater, le Tribunal fédéral a, dans le cas visé ici, eu pour la première fois à s'occuper de la question, mais sans pouvoir la trancher sur le fond. Il s'est d'ailleurs limité à indiquer les références aux commentaires ci-dessus,

montrant par là que l'opinion du juge cantonal était en tout cas soutenable et non entachée d'arbitraire.

Quoi qu'il en soit, les caisses de compensation doivent tenir compte de cette interprétation juridique qui leur est défavorable. Elles doivent donc produire dans les concordats toutes les créances de cotisations nées avant le concordat. A cette fin, elles devront, *avant* l'homologation du concordat, examiner, avec tous les moyens à leur disposition, en particulier en faisant procéder à un contrôle d'employeur, si l'employeur a bien réglé les comptes et les paiements sur toutes les rétributions appartenant au salaire déterminant. De cette façon, les caisses pourront réclamer d'éventuelles cotisations paritaires arriérées avant la clôture du concordat et conserver ainsi le privilège attaché à ces créances de cotisations.

Problèmes d'application de l'AVS

De la disparition d'une source de revenu

(Art. 23, lettre b, RAVS)

Dans l'arrêt A. B., du 13 octobre 1961 (RCC 1962, p. 386), le Tribunal fédéral des assurances a examiné le cas d'un agriculteur qui invoquait le changement profond survenu dans les bases de son revenu à la suite de l'amputation de ses deux jambes.

Tout en rappelant que l'article 23, lettre b, RAVS, qui admet une dérogation au mode ordinaire de calcul des cotisations personnelles, est une disposition exceptionnelle, à interpréter restrictivement, le TFA a admis que dans certains cas, notamment dans celui d'un agriculteur n'exploitant qu'un domaine de petite ou de moyenne grandeur, la perte presque complète de la capacité de travail peut être assimilée à la disparition durable d'une source de revenu. Il a par conséquent renvoyé l'affaire à la caisse de compensation, en la chargeant d'établir si la double amputation invoquée avait bien bouleversé complètement les conditions dans lesquelles l'agriculteur exploitait jusqu'alors son domaine, et s'il en était vraiment résulté une diminution de revenu d'au moins 25 pour cent.

Il convient cependant de relever qu'il s'agit là d'un cas spécial dont on ne doit en aucune manière tirer des conclusions générales. Il faut continuer à admettre que l'article 23, lettre b, RAVS n'est applicable qu'en cas de modifications affectant la structure fondamentale de l'entreprise comme telle. Si, par exemple, un exploitant doit engager un salarié parce que son âge ou sa santé l'empêchent de travailler ou par suite du décès de l'épouse collaborant dans l'entreprise, il n'en résulte pas une situation permettant d'admettre une modification profonde des bases du revenu. (Voir à ce sujet les arrêts du TFA dans RCC 1952, p. 46 et 1955, p. 331).

Problèmes d'application de l'AI ¹

Mesures médicales : Frais de traitement dans un établissement hospitalier

Des assurés prétendent souvent ne pas savoir que l'AI ne prend en charge les frais de traitement dans un établissement hospitalier qu'en *division commune*, et que les honoraires supplémentaires des médecins traitants sont à leur charge s'ils sont soignés dans une autre division.

On consultera à ce sujet les explications données dans la RCC 1962, p. 159. Le prononcé de la commission AI et la décision de la caisse de compensation devront préciser que l'AI prend en charge seulement les frais en division commune d'un établissement hospitalier. Les malades en division semi-privée sont assimilés aux patients privés.

Infirmités congénitales : La hernie du cordon ombilical

La *hernia funiculi umbilicalis* (hernie du cordon ombilical), considérée comme infirmité congénitale selon l'article 2, chiffre 95, OIC, ne doit pas être confondue avec la *hernia umbilicalis* (hernie ombilicale).

Il convient donc de corriger dans ce sens la traduction *française* de la liste des infirmités congénitales, RCC 1961, p. 181, n° 95.

La *hernie du cordon ombilical*, qui est rare, se distingue par le fait qu'elle existe déjà lors de la naissance et qu'une partie du contenu du ventre (épiploon, intestins) se trouve dans le cordon élargi. Comme le grand cratère ombilical est recouvert de tissu du cordon, la plaque cicatricielle ne peut s'y former après l'omphalotomie. Chez le nourrisson, cette anomalie se manifeste par un bombement à paroi mince, translucide, qui atteint souvent la grosseur d'un poing et que l'on désigne généralement par le mot grec omphalocèle.

Quant à la *hernie ombilicale*, elle apparaît chez le nourrisson et le petit enfant à l'emplacement de la plaque ombilicale. Il se forme à cet endroit, sous l'effet d'une pression intérieure, et parce que le tissu conjonctif n'est vraisemblablement pas encore assez solide, un orifice qui peut s'agrandir avec le temps. Cette hernie n'atteint généralement pas, chez le nourrisson, la grosseur d'une omphalocèle; la peau qui le recouvre peut être mince, mais pas translucide.

Dans les deux cas, une opération est recommandable. Cependant, seule l'omphalocèle (*hernia funiculi umbilicalis* = hernie du cordon ombilical) est considérée comme infirmité congénitale au sens de l'AI.

¹ Extraits du « Bulletin de l'AI » n° 38.

Droit aux moyens auxiliaires

Des gouttières, des lits et des corsets plâtrés, des appareils de soutien orthopédiques, des anneaux de décharge selon Thomas, des cannes, etc. sont souvent nécessaires au traitement des maladies acquises avec déformations de la colonne vertébrale (p. ex. maladie de Scheuermann, rachitisme, maladie de Perthes-Calvé-Legg, épiphyséolyse, etc.). Si ces accessoires constituent un élément indispensable du *traitement de l'affection comme telle*, ils ne peuvent pas être pris en charge par l'AI comme moyens auxiliaires conformément à l'article 21 LAI.

En revanche, s'ils sont encore nécessaires à la *réadaptation à la vie professionnelle* après la fin du traitement de l'affection comme telle, l'AI les prendra en charge en vertu de l'article 21 LAI.

La communication de renseignements et de dossiers aux caisses-maladie

La circulaire du 28 mai 1962 concernant le paiement des mesures de réadaptation prévoit que le secrétariat de la commission AI doit signaler à la caisse-maladie intéressée, afin d'éviter le paiement de prestations à double, les demandes présentées à l'AI par des assurés auxquels seront vraisemblablement octroyées des mesures médicales et dont l'affiliation à cette caisse-maladie peut être constatée sur pièces. Par la suite, il lui donnera connaissance, le cas échéant, de la décision prise par l'AI (chapitre B, chiffre II/2 et annexe 1).

Cette réglementation constitue une exception générale à l'obligation de garder le secret prescrite aux articles 50, 2^e alinéa, LAVS et 66, 1^{er} alinéa, LAI; les dispositions de la circulaire du 22 août 1960 concernant l'obligation de garder le secret et la conservation des dossiers sont applicables par analogie. Les caisses de compensation, les commissions AI et leurs secrétariats sont donc autorisés, dans des cas concrets et si la requête est présentée par écrit, à fournir aux caisses-maladie des renseignements sur les prestations allouées par l'AI, à la condition que la caisse-maladie en ait besoin pour examiner le bien-fondé d'une demande ou calculer le montant d'une prestation. Une procuration de l'assuré n'est pas nécessaire.

Alors même que la circulaire du 28 mai 1962 ne mentionne que les mesures médicales de l'AI, la levée de l'obligation de discrétion s'applique aussi aux prestations de l'AI en espèces. Il appartient aux différents organes de l'AI, en règle générale, de fixer la façon dont les renseignements désirés seront communiqués. Une copie de la décision de la caisse ne pourra toutefois pas être remise à la caisse-maladie si elle contient des indications d'ordre personnel dont cette dernière n'a pas absolument besoin.

On ne confondra pas la simple communication de renseignements avec la *remise de dossiers médicaux*, que requièrent parfois également les caisses-maladie. En vertu de la circulaire du 22 août 1960 sur l'obligation de garder le

secret, c'est l'Office fédéral des assurances sociales qui décide de la livraison de dossiers médicaux à d'autres services que ceux désignés dans la circulaire précitée. Les demandes ayant pour objet la communication de dossiers à des caisses-maladie seront donc, comme par le passé et jusqu'à nouvel avis, soumises à l'Office fédéral, qui se prononcera de cas en cas.

PETITES INFORMATIONS

Nouvelles interventions parlementaires

Postulat Munz
du 18 septembre 1962

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

« Les bases de l'AVS sont en train de se modifier rapidement. La cote annuelle de dévaluation du franc a passé de 1 à 1 1/2 pour cent en moyenne à 4 à 5 pour cent. Les rentrées des cotisations dépassent les montants prévus dans les calculs. De larges milieux de la population ayant adopté un nouveau mode de vivre, on se fait une autre idée de ce que doivent être des rentes dans l'AVS.

Le Conseil fédéral est invité à entreprendre avec diligence les travaux préliminaires pour une 6^e révision de l'AVS entraînant une augmentation appréciable des rentes. Il y aura aussi lieu d'examiner ce qui peut être entrepris pour empêcher la dévalorisation croissante du fonds de l'AVS et si les comptes de cotisations individuels, qui exigent tant de travail et occasionnent tant de frais, peuvent continuer à servir de base appropriée pour le calcul des rentes. »

Postulat
Schmid Philipp
du 18 septembre 1962

M. Schmid Philipp, conseiller national, a présenté le postulat suivant :

« Les nouvelles initiatives populaires qui viennent d'être déposées, ainsi que le renchérissement rapide du coût de la vie obligeront les autorités fédérales à s'occuper à nouveau des problèmes d'une révision de l'AVS.

Le Conseil fédéral est dès lors prié d'examiner les questions suivantes et, si possible, d'y répondre par un rapport écrit aux conseils législatifs :

1. L'assurance de base doit-elle être maintenue et quelles seraient les conséquences si elle était remplacée par une assurance-pensions ?
2. Les autorités ne devraient-elles pas aussi examiner la question, eu égard au renchérissement fortement croissant du coût de la vie, d'accorder des allocations de renchérissement aux rentiers de l'AVS ? »

Postulat Dafflon
du 25 septembre 1962

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

« Depuis l'adoption par les Chambres fédérales de la 5^e révision de l'AVS, l'indice des prix à la consommation a passé de 184,3 à 196,5, en augmentation de 12,2 points.

Cette situation est indiscutablement à l'origine du dépôt de deux initiatives populaires et de plusieurs postulats, motions et interpellations qui démontrent l'urgente nécessité d'augmenter les rentes AVS.

Les travaux que nécessite l'étude des propositions qui sont faites vont durer encore de nombreux mois. Pendant ce temps, bon nombre de vieillards, de veuves et d'invalides rencontrent des difficultés toujours croissantes pour vivre.

Le Conseil fédéral est en conséquence invité à soumettre aux conseils législatifs un arrêté prévoyant le versement immédiat d'une allocation mensuelle de renchérissement aux ayants droit de l'AVS. »

Interventions parlementaires traitées aux Chambres fédérales

Postulat Fuchs
du 28 septembre 1961

Le 2 octobre 1962, pas moins de neuf interventions parlementaires concernant l'AVS et l'AI furent discutées au Conseil national. M. Fuchs, conseiller national, développa son postulat (cf. RCC 1961, p. 410) concernant l'octroi d'allocations pour impotents aux bénéficiaires de rentes de vieillesse. M. Tschudi, conseiller fédéral, déclara qu'il était prêt à examiner cette question en corrélation avec la révision de l'AVS. Le postulat a été transmis au Conseil fédéral.

Postulat Guisan
du 28 septembre 1961

De même, le postulat Guisan (cf. RCC 1961, p. 410), qui demande la révision de diverses dispositions de la LAI, a été accepté par le Conseil fédéral, qui l'examinera.

Ce fut le tour, ensuite, des interventions parlementaires relatives à une sixième révision de la LAVS, soit :

Interpellation Schütz
du 14 mars 1962
Motion Schuler
du 21 mars 1962
Postulat Weber Max
du 21 mars 1962
Interpellation Gnägi
du 6 juin 1962
Postulat Munz
du 18 septembre 1962
Postulat
Schmid Philipp
du 18 septembre 1962
Postulat Dafflon
du 25 septembre 1962

L'interpellation Schütz (RCC 1962, p. 160) concernant l'adaptation des rentes à la hausse du coût de la vie ; la motion Schuler (RCC 1962, p. 160) sur l'amélioration des rentes et l'introduction éventuelle d'une compensation automatique du renchérissement ; le postulat Weber Max (RCC 1962, p. 161) suggérant une assurance complémentaire ; l'interpellation Gnägi (RCC 1962, p. 279) concernant l'amélioration des prestations AVS ; le postulat Munz (cf. p. 380 du présent numéro) sur une augmentation des rentes ; le postulat Schmid Philipp (cf. p. 380 du présent numéro) demandant un rapport sur les buts de l'AVS et sur l'octroi éventuel d'allocations de renchérissement ; enfin, le postulat Dafflon (cf. p. 381 du présent numéro) qui demande le versement immédiat d'une allocation de renchérissement.

M. Tschudi, conseiller fédéral, répondit globalement à ces sept interventions. M. Schuler, conseiller national, accepta

de transformer sa motion en postulat ; celui-ci fut agréé par le Conseil national avec les quatre autres postulats et transmis au Conseil fédéral.

M. Schütz, conseiller national, s'est déclaré partiellement satisfait, M. Gnägi entièrement satisfait de la réponse du Conseil fédéral.

**L'Union syndicale
et le Parti socialiste
demandent
l'amélioration
de l'AVS/AI**

L'Union syndicale suisse et le Parti socialiste suisse ont remis au Conseil fédéral, le 14 septembre 1962, un mémoire de 11 pages contenant des propositions concrètes pour une nouvelle amélioration de l'AVS et de l'AI. En voici les points principaux :

Opposer, à l'initiative populaire de l'AVIVO (RCC 1962, p. 340), qui doit être traitée la première, un contreprojet pour une sixième révision de la LAVS ;

Proposer, à cette fin, une importante amélioration des rentes, de manière à assurer aux bénéficiaires appartenant aux classes de revenu inférieures et moyennes un certain minimum vital ;

Adopter la formule suivante pour le calcul de la rente de vieillesse simple :

Montant de base	Fr. 600.—
1 ^{er} échelon : 150 x 8 =	Fr. 1200.—
2 ^e échelon : 150 x 6 =	Fr. 900.—
3 ^e échelon : 150 x 3 =	Fr. 450.—
4 ^e échelon : 250 x 1 =	Fr. 250.—
Rente maximum	Fr. 3400.—

La rente maximum serait atteinte avec une cotisation annuelle moyenne de 700 francs (= revenu moyen de 17 500 francs). Le montant minimum de la rente de vieillesse simple serait fixé à 1500 francs par année.

Cette amélioration des rentes augmenterait les dépenses de l'AVS de 700 millions par année, ce qui entraînerait un découvert de 660 millions par année. Ce déficit pourrait être partiellement couvert en portant à 6 pour cent la cotisation totale, qui s'élève actuellement à 4,8 pour cent y compris les suppléments pour l'AI et les APG ; 5 pour cent seraient réservés à l'AVS, tandis que le dernier pour cent irait à l'AI et aux APG, à parts égales.

Le déficit qui subsisterait devrait être couvert par les pouvoirs publics.

On pense que l'élaboration, par le Conseil fédéral et les Chambres fédérales, d'une loi tenant compte de ces propositions devrait aboutir au retrait des initiatives pendantes.

Formule « CIC »

La formule « CIC », n° 318 340, est une formule officielle obligatoire (Cf. Catalogue des imprimés AVS/AI/APG, p. 8, signe 1) qui doit être, dans tous les cas, commandée auprès de la Centrale fédérale des imprimés et du matériel et ne peut pas être imprimée par les caisses de compensation elles-mêmes. Celles-ci sont libres d'y faire imprimer après coup leur nom abrégé et leur numéro ; toutefois, il semble plus rationnel de faire effectuer ces impressions spéciales par la Centrale fédérale avec l'impression de l'ensemble de la formule (supplément de 12 francs ; tirage minimum 2000 exemplaires ; adresser les commandes à l'OFAS). Les autres impressions spéciales, telles que marques pour l'encochage et repères pour la comptabilisation, mais aussi les perforations, taillades, etc. ne peuvent être effectuées par les caisses qu'avec l'autorisation de l'OFAS.

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

Form. N°	Nouvelles publications :	Prix	Observ.
318. 812 dfi	Beitragstabelle 1,3 % vom massgebenden Lohn Tables des cotisations 1,3 % sur le salaire déterminant Tabelle dei contributi 1,3 % del salario determinante	—	80 *
318.833 d	Fragebogen A zur Festsetzung der Familienzulagen für Kleinbauern	4.—	4
318.833 f	Questionnaire A servant à la détermination des allocations familiales aux petits paysans	4.—	4
318.833 i	Questionario A per la determinazione degli assegni familiari ai piccoli contadini	4.—	4
318.834 d	Fragebogen B zur Festsetzung der Familienzulagen für Kleinbauern	8.—	4
318.834 f	Questionnaire B servant à la détermination des allocations familiales aux petits paysans	8.—	4
318.834 i	Questionario B per la determinazione degli assegni familiari ai piccoli contadini	8.—	4
318.835 d	Fragebogen C zur Festsetzung der Familienzulagen für Kleinbauern	8.—	4
318.835 f	Questionnaire C servant à la détermination des allocations familiales aux petits paysans	8.—	4
318.835 i	Questionario C per la determinazione degli assegni familiari ai piccoli contadini	8.—	4

Form. N°	Suppressions :
318.172 df	Postcheck-Rechnung, Format A4 Compte de chèques postaux, format A4
318.831 d	Fragebogen A
318.831 f	Questionnaire A
318.831 i	Questionario A
318.832 d	Fragebogen B
318.832 f	Questionnaire B
318.832 i	Questionario B

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 21 mars 1962, en la cause H. H.

Article 9, 1^{er} alinéa, LAVS. Les cotisations dues sur le revenu de l'activité indépendante doivent être perçues sur tout le bénéfice net tiré de l'entreprise (raison individuelle ou société de personnes), autant que ce bénéfice n'est pas diminué par des prestations qui, dans l'AVS, constituent le rendement d'un capital. Si les prestations ainsi prélevées en faveur de tiers sont d'une autre nature, les cotisations restent dues sur la totalité du bénéfice.

Articolo 9, capoverso 1, LAVS. I contributi dovuti sul reddito dell'attività indipendente devono essere riscossi sul reddito netto conseguito dall'azienda (ditta individuale o società di persone), a meno che questo reddito netto non sia ridotto da prestazioni a favore di terzi che, nell'AVS, costituiscono reddito di capitale. Se le prestazioni a favore di terzi sono d'altra specie, i contributi devono essere versati sulla totalità del reddito netto.

Par une disposition pour cause de mort, E. H. décida que son fils H. H. continuerait sous son propre nom l'exploitation de l'entreprise (inscrite comme raison individuelle) et se trouverait seul à en assumer la direction. H. H. et les cinq co-héritiers légaux — quatre enfants majeurs et la veuve du défunt — ont l'obligation de laisser durant dix ans la fortune commerciale indivise dans l'entreprise. H. H. devait, en sus de son traitement, recevoir 30 pour cent du bénéfice net et les autres co-héritiers chacun 14 pour cent de ce bénéfice. Cette volonté fut respectée après le décès de E. H. Sous une raison individuelle à son nom, H. H. reprit l'affaire avec actif et passif, alors que, dans leurs rapports internes et pour la fortune commerciale, les six héritiers formaient une communauté héréditaire.

La caisse de compensation décida que H. H. devait acquitter les cotisations arriérées sur les parts de bénéfice abandonnées par lui à ses co-héritiers. La juridiction de première instance écarta le recours formé contre cette décision.

Le TFA a rejeté l'appel interjeté par H. H. en énonçant les considérants suivants:

1. Celui qui exploite individuellement une entreprise industrielle, commerciale ou artisanale doit en principe les cotisations personnelles sur la totalité du bénéfice tiré de l'affaire (art. 8 et 9, 1^{er} al., LAVS en liaison avec l'art. 20, 1^{er} al., RAVS; ATFA 1948, p. 83, et RCC 1948, p. 428. ATFA 1949, p. 141, et RCC 1949, p. 134). Lors même qu'un tel bénéfice échoit, en vertu de règles de droit de famille ou des normes du droit de l'exécution forcée, en tout ou en partie à des tiers, ce bénéfice est et reste dans l'AVS le gain du travail que l'exploitant a tiré de son entreprise. Le bénéfice d'une entreprise peut être assujéti à l'AVS dès qu'il est passé comme tel en compte lors du

bouclément annuel (art. 958 CO. Voir aussi ATFA 1950, p. 102 et RCC 1950, p. 297. ATFA 1951, p. 185, cons. 4, et RCC 1951, p. 387. ATFA 1959, p. 182, cons. 2, et RCC 1959, p. 394). Il n'en va pas autrement des bénéficiaires que l'exploitant doit, pour des raisons successorales, abandonner à des tiers. Dès l'instant que les personnes se répartissant le gain selon leurs rapports internes ne sont pas assujetties comme telles à l'AVS (art. 20, 3^e al., et art. 17, lettre a, RAVS), la seule solution est de considérer le titulaire de la raison individuelle comme débiteur des cotisations sur la totalité du bénéfice (art. 20, 1^{er} al., RAVS). En d'autres termes, le bénéfice net est soumis en son entier aux cotisations autant qu'il n'est pas diminué par des prestations considérées comme le rendement d'un capital et, de ce fait, affranchies des cotisations AVS (ainsi, p. ex., les prélèvements d'un commanditaire ne travaillant pas dans l'entreprise).

Voudrait-on statuer en sens contraire, il se produirait alors que maint revenu commercial échapperait aux cotisations AVS. L'article 9, 1^{er} alinéa, LAVS, qui prescrit l'assujettissement de tous les gains de l'activité indépendante, demeurerait lettre morte. On peut se référer à cet égard aux arrêts parus dans ATFA 1951, p. 184, cons. 2 (RCC 1951, p. 387) et ATFA 1952, p. 53 (RCC 1952, p. 245).

2. Selon l'inscription au registre du commerce, la raison individuelle du père s'est éteinte par décès de celui-ci et l'affaire a été reprise avec actif et passif par H. H. En outre, les héritiers de E. H. ont convenu par écrit que, de janvier 1955 à décembre 1964, l'affaire serait exploitée par H. H. à ses risques et périls, les co-héritiers s'interdisant « de s'immiscer en quelque manière que ce soit dans la marche des affaires de l'entreprise ». C'est pourquoi l'ensemble du bénéfice net que l'entreprise reprise par H.H. a déjà procuré et procurera encore jusqu'à fin 1964 fait partie du gain du travail de l'appelant. Avec raison, la juridiction de première instance fait observer que les sommes distraites par H.H. du bénéfice de 1955 à 1959 en faveur des co-héritiers « représentent, avant d'avoir été séparées de ce bénéfice, un gain typique de l'activité indépendante de l'exploitant ».

3. N'est pas litigieuse, ni ne doit par conséquent être tranchée par le TFA, la question, soulevée par les premiers juges, de savoir si H. H. est, dans l'AVS, autorisé à « reporter » sur ses co-héritiers la charge représentée par la cotisation de 4 pour cent qu'il doit acquitter sur les sommes qui leur sont dévolues. La juridiction fédérale a toutefois, dans des affaires analogues, mais non pas similaires à la présente, statué que les prétentions émises par des tiers sur le bénéfice de l'affaire peuvent être diminuées « à concurrence du montant de la cotisation AVS » (prélevée chez celui qui doit cette cotisation). Voir ATFA 1951, p. 186 et RCC 1951, p. 387 ; ATFA 1959, bas de la page 182 et RCC 1959, p. 394.

*Arrêt du TFA, du 13 octobre 1961, en la cause A. B.*¹

Article 23, lettre b, RAVS. Pour un agriculteur, la perte presque totale de la capacité de travail physique (amputation des deux jambes) peut, dans certains cas, être assimilée à la disparition durable d'une source de revenu et justifier un nouveau calcul des cotisations (modification profonde des bases du revenu).

Articolo 23, lettera b, OAVS. Per un agricoltore la perdita quasi totale della capacità lavorativa fisica (amputazione delle due gambe) può, in certi casi,

¹ Voir l'article p. 377.

essere parificata all'estinzione durevole di una fonte di reddito e giustifica un nuovo calcolo dei contributi (profonda modificazione delle basi del reddito).

La caisse de compensation avait fixé à 374 fr. 40 les cotisations personnelles dues pour 1960 et 1961 par l'assuré A. B., agriculteur. Pour ce faire, elle s'était fondée sur le gain moyen 1957/1958 ressortant de la taxation fiscale.

Saisis d'un recours, les premiers juges le rejetèrent, estimant que la perte de la capacité de travail (résultant d'une amputation des deux jambes) invoquée par l'assuré, ne justifiait pas l'application de l'article 23, lettre b, RAVS. Le TFA a admis l'appel interjeté par l'assuré en énonçant les considérants suivants :

D'après le système légal en vigueur, les cotisations sont fixées sur la base de la taxation définitive la plus récente de l'IDN. L'article 23, lettre b, RAVS autorise toutefois les caisses de compensation à s'écarter des données communiquées par l'administration fiscale et à déterminer elles-mêmes le revenu soumis à cotisations, lorsque les bases du revenu de l'assuré ont subi, depuis la période de calcul, une modification profonde « par suite d'un début d'activité indépendante, d'un changement de profession ou d'établissement professionnel, de la disparition ou de l'apparition durable d'une source importante de revenu, d'une répartition nouvelle du revenu de l'exploitation ». Cependant, cet article est une disposition exceptionnelle qui ne souffre aucune interprétation extensive. Comme le TFA l'a relevé à plusieurs reprises (voir notamment ATFA 1951, p. 254, et RCC 1952, p. 48), le fait que le revenu de l'assuré a subi une diminution ne justifie pas à lui seul l'application de cette disposition. Pour que cette disposition soit applicable, il faut qu'une modification profonde soit intervenue dans les bases du revenu et qu'elle ait provoqué une diminution d'au moins 25 pour cent.

La caisse de compensation et l'autorité de recours ont considéré que, dans l'espèce, les conditions d'application de l'article 23, lettre b, RAVS n'étaient pas remplies. Au vu des circonstances très particulières de ce cas, la Cour de céans estime toutefois ne pouvoir se rallier sans autre examen à cette opinion. Il n'y a eu, certes, ni changement de profession, ni répartition nouvelle du revenu de l'exploitation ; il n'est pas contesté, en revanche, que depuis 1959, année au cours de laquelle l'assuré a subi l'amputation de ses deux jambes, les conditions d'exploitation de ce domaine sont très différentes de ce qu'elles étaient auparavant.

Si un agriculteur exploitant un domaine de petite ou de moyenne grandeur — ou un artisan à la tête d'une petite entreprise — doit subir l'amputation des deux jambes, il est évident qu'il en résultera des changements très profonds dans son activité et des répercussions sur le revenu qu'il retire de son exploitation. Dans l'espèce, et cela jusqu'en 1959, deux éléments concouraient à la réalisation du revenu que l'assuré retirait de son domaine : d'une part, l'activité physique qu'il déployait dans son entreprise en effectuant lui-même la majeure partie des travaux ; d'autre part, l'activité qu'il exerçait en sa qualité de propriétaire et d'exploitant du domaine, en prenant les décisions réglant la marche de l'exploitation et en les faisant au besoin exécuter par des tiers. Depuis qu'il a subi l'amputation de ses deux jambes, il n'a plus été capable d'exercer l'ensemble de ses activités d'agriculteur et, à ses dires, il a dû se borner à diriger son exploitation et à surveiller les travaux exécutés par des tiers. Cette perte presque totale de la capacité de travail peut en principe être assimilée à la disparition durable d'une source de revenu et, comme cette dernière, aura sans aucun doute des répercussions sur la structure de l'entreprise et sur le revenu.

Dans ces cas particuliers, on ne saurait attribuer une valeur décisive à une taxation fiscale concernant le revenu obtenu par l'assuré alors qu'il était encore capable de

travailler normalement et se fonder sur cette taxation pour calculer les cotisations AVS. Il se justifie au contraire de procéder conformément à l'article 23, lettre b, RAVS s'il est établi que l'assuré a subi, en raison de son infirmité, une diminution importante de son revenu.

Les pièces du dossier ne permettent pas de connaître avec assez de précision les répercussions que l'infirmité de l'assuré a eues sur les conditions d'exploitation du domaine et sur le montant du revenu. Dans ses lettres, l'assuré s'est borné à déclarer qu'il n'avait pu engager un bon ouvrier, qu'il avait en revanche acheté plusieurs nouvelles machines et qu'il avait pu continuer son exploitation grâce à l'aide bénévole de ses voisins. Ces renseignements, parce que trop imprécis, ne permettent pas à la Cour de céans de juger si les conditions d'application de l'article 23, lettre b, RAVS sont bien remplies en l'espèce. Le dossier doit par conséquent être renvoyé à la caisse pour instruction. Il incombera à la caisse de rechercher si les conséquences de l'infirmité de cet assuré sont telles qu'elles doivent être assimilées à la disparition d'une source de revenu et de déterminer, en particulier, si la diminution de revenu atteint 25 pour cent au moins. Si tel est le cas, elle devra alors fixer à nouveau les cotisations de 1960 et 1961 en procédant elle-même à l'estimation du revenu conformément aux articles 23, lettre b, et 25 RAVS (les cotisations dues pour 1959 ne sont pas litigieuses, ainsi que le précise l'assuré dans sa lettre au TFA du 19 mai 1961).

R E N T E S

Arrêt du TFA, du 14 mars 1962, en la cause F. C.

Article 5, 1^{er} alinéa, lettre b, de la convention italo-suisse en matière d'assurances sociales. Pour déterminer la durée de résidence en Suisse, seules entrent en ligne de compte les périodes durant lesquelles un assuré a séjourné dans notre pays en se conformant aux dispositions légales de la police des étrangers; par conséquent, les années qu'un ressortissant italien a passées en Suisse en contrevenant à un ordre l'enjoignant de quitter notre territoire ne sont pas prises en compte pour calculer la durée de résidence. (Considérant 1.)

Articolo 5, capoverso 1, lettera b, della Convenzione italo-svizzera in tema di assicurazioni sociali. Per stabilire la durata della residenza in Svizzera, debesi tener conto soltanto dei periodi durante i quali l'assicurato ha abitato il nostro paese in conformità alle disposizioni legali della polizia degli stranieri; perciò gli anni in cui un cittadino italiano è vissuto in Svizzera trasgredendo un ordine di partenza ingiungentogli di lasciare il nostro territorio, non vengono computati per determinare la durata della residenza. (Considerando 1.)

L'assuré, né le 2 décembre 1893, ressortissant italien, présente, au moment de l'accomplissement de sa 65^e année, une demande de rente AVS. La caisse refusa de faire droit à cette demande, parce que le requérant avait cotisé à l'AVS suisse pendant 4 années seulement, au lieu de dix années comme l'exige la convention italo-suisse, et qu'au surplus, il n'avait été au bénéfice d'un permis de séjour en Suisse que pour les périodes allant du 18 avril au 31 octobre 1950 et du 1^{er} avril 1957 jusqu'au moment de la réalisation de l'événement assuré.

L'assuré recourut contre cette décision en soutenant qu'il avait habité en Suisse pendant dix ans, dont cinq immédiatement et de manière ininterrompue avant l'accomplissement de sa 65^e année. A l'appui de ses allégations, il faisait état d'une décision du Département cantonal de justice et police le condamnant à une amende de 500 fr. pour avoir continué à travailler en Suisse nonobstant une interdiction formelle. Cette décision tendait à prouver que l'assuré avait habité en Suisse de 1952 à octobre 1956. Admettant ce fait comme établi, et considérant d'autre part que le recourant avait obtenu un permis de séjour pour la période s'étendant du 1^{er} avril 1957 jusqu'au-delà de l'année 1961, la commission de recours admit que le recourant remplissait les conditions de résidence en Suisse et lui reconnut le droit à une rente.

Le TFA a admis pour les motifs suivants l'appel interjeté par l'OFAS, qui estimait qu'un séjour illicite ne pouvait fonder le droit à une rente :

1. Selon le principe de la légalité qui régit l'ensemble de nos institutions publiques, dont l'AVS, il importe que les conditions auxquelles celle-ci subordonne l'octroi de prestations au moment de la réalisation de l'événement assuré soient en harmonie avec l'ordre juridique suisse. Ce principe est également valable à l'égard des étrangers. En particulier, ceux-ci ne sauraient — pas plus que les citoyens suisses — invoquer des accords internationaux pour justifier des prétentions fondées sur une conduite contraire aux prescriptions qui visent au maintien de l'ordre public et de la sécurité intérieure.

L'injonction de quitter le territoire suisse impartie à un étranger « indésirable » par une autorité compétente est une mesure de sauvegarde de la sécurité et de l'ordre publics. Si, nonobstant cette injonction, l'étranger parvient à demeurer chez nous, sa présence ultérieure en Suisse ne répond plus à la notion d'« habitation » en Suisse, au sens des conventions conclues avec divers pays, dont l'Italie. En effet, par « habiter » en Suisse, les parties contractantes n'ont pu entendre qu'une *présence en Suisse conforme aux prescriptions légales de la police des étrangers*. D'ailleurs, le chiffre 3 du Protocole final de la convention italo-suisse fait expressément mention de ces prescriptions, ce qui prouve — si besoin était — que les parties contractantes n'ont point eu l'intention d'ignorer l'ensemble des principes susmentionnés. Enfin, si l'on se réfère aux articles 15 et 36 de la loi fédérale sur l'acquisition et la perte de la nationalité suisse, on constate qu'en dehors du domaine des assurances sociales, la présence illicite d'un étranger sur notre territoire ne lui confère aucun droit quelconque.

Il s'ensuit que l'étranger qui demeure en Suisse nonobstant une interdiction régulière et valable ne remplit pas la condition de résidence au sens de l'article 5, 1^{er} alinéa, lettre b, de la convention.

2. En l'espèce, il est établi que, le 14 juillet 1950, l'autorité cantonale compétente — en accord avec la police des étrangers — a notifié à l'assuré l'ordre de quitter le territoire suisse le 31 octobre 1950, estimant qu'il n'était plus indiqué de prolonger son permis de séjour. Néanmoins, l'intéressé resta en Suisse jusqu'en 1957 sans que cet ordre fût révoqué. L'assuré allègue que la police suisse a toléré sa résidence durant cette période; mais ceci est infirmé par la sanction pénale qui lui a été infligée le 16 août 1957 pour le motif, notamment, qu'il avait séjourné à Lugano en contrevenant à l'interdiction reçue. D'autre part, même s'il était établi que quelques fonctionnaires de police aient eu connaissance du séjour illicite de l'assuré en Suisse bien avant l'avertissement donné le 5 novembre 1956, l'assuré ne saurait invoquer en sa faveur leur comportement passif et injustifié. Quoi qu'il en soit, il ressort du dossier que l'assuré savait parfaitement qu'il lui était interdit de rester en Suisse sans permis de séjour durant une si longue période.

Il est ainsi établi que, durant les cinq années qui ont précédé le 2 décembre 1958, l'assuré n'a séjourné en Suisse d'une manière conforme aux prescriptions de la police des étrangers qu'à partir du 1^{er} avril 1957. Il ne remplit donc pas la condition de résidence de 5 années précédant immédiatement et d'une manière ininterrompue la réalisation de l'événement assuré (art. 5, 1^{er} al., lettre b). Il n'est pas nécessaire, par conséquent, d'examiner si, en fait, l'intéressé a habité en Suisse d'une manière ininterrompue durant la période prescrite par la convention.

PROCÉDURE

Arrêt du Tribunal fédéral, du 20 juillet 1962, en la cause H. S. A.¹

Article 113, chiffre 3, de la Constitution fédérale ; article 88 de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire (OJF). Conditions auxquelles une caisse professionnelle de compensation a qualité pour former un recours de droit public. (Considérant 1.)

Article 4 de la Constitution fédérale ; article 81, 1^{er} alinéa, LP. Le juge cantonal ne statue pas arbitrairement en prononçant qu'une créance de cotisations non produite dans une procédure de concordat n'est plus privilégiée et en admettant, dans le procès en mainlevée définitive, l'exception du débiteur qui invoque l'extinction de la part de la dette excédant le dividende concordataire. (Considérant 2.)

Articolo 113, cifra 3, della Costituzione federale ; articolo 88 della legge federale sull'organizzazione giudiziaria. Legittimazione di una cassa di compensazione a inoltrare ricorso di diritto pubblico ; condizioni. (Considerando 1.)

Articolo 4 della Costituzione federale ; articolo 81, capoverso 1, della legge federale sull'esecuzione e sul fallimento. Il giudice cantonale non statuisce arbitrariamente pronunciando che un credito di contributi non fatto valere nella procedura di concordato non è più privilegiato e ammettendo, nella procedura di rigetto d'opposizione definitiva, l'eccezione del debitore che invoca l'estinzione della parte del debito eccedente il dividendo concordatario. (Considerando 2.)

Dans une procédure de concordat, une caisse de compensation produit une créance de cotisations et obtint, vu le privilège attaché à de telles créances par l'article 219 LP, le paiement intégral de ce qui lui était dû, conformément à l'article 306 LP. Alors que le concordat avait déjà été homologué, la caisse de compensation découvrit, lors d'un contrôle d'employeur, que l'entreprise était encore redevable de cotisations paritaires (pour un montant de 899 fr. 60, y compris la part aux frais de gestion). Elle prit, pour cette somme, une décision réclamant les cotisations arriérées. L'employeur ne forma pas de recours et la décision entra en force. Il versa à la caisse une somme de 180 francs correspondant au dividende concordataire de 20 pour cent. Ce faisant, l'employeur s'était placé au point de vue selon lequel la créance de cotisations née antérieurement au concordat et non produite dans celui-ci n'était plus privilégiée. Dès lors, le débiteur n'avait à s'acquitter que du dividende, comme s'il s'agissait d'une

¹ Voir l'article p. 376.

créance ordinaire. La caisse de compensation était en revanche partie de l'idée que les créances privilégiées conservent leur privilège même si elles ne sont exercées qu'après l'homologation du concordat. Elle entama une poursuite contre l'employeur pour le solde de sa créance. L'employeur fit opposition. La caisse, se fondant sur sa décision passée en force, requit la mainlevée définitive. Le juge cantonal lui refusa celle-ci, en statuant que les créances privilégiées non produites tombent également sous le coup du concordat. L'employeur n'était dès lors plus redevable que du dividende concordataire et de ce dividende, il s'est acquitté.

Les jugements cantonaux rendus en dernier ressort en matière de mainlevée ne pouvant plus être attaqués par un moyen de droit ordinaire, la caisse de compensation forma un recours de droit public devant le Tribunal fédéral pour violation de l'article 4 de la Constitution fédérale. Ce recours, la juridiction fédérale l'a rejeté pour les motifs suivants :

1. A s'en tenir aux conditions auxquelles il peut être formé, décrites dans la Constitution fédérale (art. 113, chiffre 3) et dans la loi (art. 88 OJF), le recours de droit public est un moyen de protection offert aux personnes physiques et morales contre les excès de la puissance publique. Ce moyen ne peut donc pas être utilisé pour attaquer des décisions prises à l'encontre du détenteur de cette puissance. D'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, ce qui précède vaut aussi pour les autorités cantonales et communales lorsqu'elles agissent comme détenteurs de la puissance publique. Ces autorités peuvent certes former un recours de droit public lorsqu'un jugement ou une décision touche leurs intérêts comme le sont ceux d'un particulier. En outre, en tant qu'elles détiennent la puissance publique, les communes ont qualité pour recourir si elles veulent défendre leur autonomie et leurs attributions propres contre l'Etat à la puissance duquel elles sont subordonnées. Ces règles s'appliquent aussi aux corporations de droit public dont les fins servent l'intérêt général et qui remplissent une tâche incombant normalement à l'Etat, qui leur en a confié l'exécution totale ou partielle, car ces corporations sont alors, à l'instar d'un organe étatique, munies de la puissance publique et exercent des fonctions officielles (ATF 83 I 269, considérant 2).

La recourante est une caisse de compensation professionnelle au sens des articles 53 ss LAVS. Le règlement de cette caisse a été, conformément aux articles 56, 3^e alinéa, LAVS et 100 RAVS, approuvé par le Département fédéral de l'économie publique, et la caisse a ainsi acquis la personnalité juridique. Elle doit assumer les tâches énoncées à l'article 63 LAVS. Vu les principes exposés plus haut, elle n'a qualité, en tant que corporation de droit public, pour former un recours de droit public, que si elle est lésée par la décision attaquée en tant que particulier. La jurisprudence tient cette condition pour remplie là où les droits et les obligations de la communauté publique en sa qualité de propriétaire d'un patrimoine administratif ou financier ou le droit de propriété de la communauté sur ce patrimoine sont mis en cause. Parmi les tâches des caisses professionnelles et de toutes les caisses de compensation figurent la perception des cotisations, ainsi que la mise en œuvre de l'exécution forcée contre les débiteurs récalcitrants (art. 63, lettre e, LAVS). En procédant à l'exécution forcée, la caisse apparaît au débiteur telle qu'un créancier privé. Elle a les mêmes droits et les mêmes obligations que le créancier et ne se voit dès lors, pour le refus de la mainlevée définitive, pas autrement touchée que ne le serait un particulier. Elle peut par conséquent, comme le particulier, former un recours de droit public contre le prononcé du refus. (Le Tribunal fédéral a, pour les mêmes motifs, reconnu la qualité pour recourir à l'Office suisse de compensation, qui s'était vu refuser la mainlevée définitive dans une poursuite en recouvrement de contributions dues à la Banque nationale suisse en vertu d'accords de clearing et de trafic

des paiements. Voir ATF 79 I 329, considérant 1). Il sied par conséquent d'entrer en matière.

2. La créance mise en poursuite se fonde sur une décision de paiement passée en force, rendue le 16 août 1961 par la caisse de compensation. Cette décision est, conformément à l'article 97, 2^e alinéa, LAVS, assimilée à un jugement exécutoire au sens de l'article 80 LP. La mainlevée définitive doit donc être accordée en vertu de l'article 81, 1^{er} alinéa, LP, sauf si le débiteur peut prouver par titre que la dette a été éteinte depuis le jugement ou qu'il a obtenu un sursis ou s'il se prévaut de la prescription.

a. Le titre de mainlevée vise un montant de 899 fr. 60, cotisations arriérées dues pour les années 1956, 1957 et 1959. Il est établi qu'une somme de 180 francs a été versée. Le juge a refusé la mainlevée définitive pour le solde, en considérant que la recourante ne pouvait prétendre qu'au dividende de 20 pour cent fixé dans le concordat, dont le débiteur s'est acquitté en versant 180 francs. Contrairement à ce que la recourante allègue, le juge cantonal n'a pas examiné la validité du titre de mainlevée lui-même, mais seulement celle de l'extinction de la dette inscrite dans le titre.

b. La recourante fait valoir que le juge cantonal aurait violé arbitrairement l'article 81, 1^{er} alinéa, LP en admettant l'extinction de la dette. Du moment qu'elle n'invoque pas la violation de l'article 61 de la Constitution fédérale, mais qu'elle objecte seulement que le juge a arbitrairement passé outre aux exceptions légitimes du débiteur tirées de l'article 81, 1^{er} alinéa, LP, le Tribunal fédéral est limité dans l'examen du grief d'arbitraire. Le débat porte dès lors seulement sur le point de savoir si le juge cantonal a pu admettre, sans tomber dans l'arbitraire, que la débitrice avait justifié par titre que la dette avait été éteinte.

L'extinction de la dette s'entend non seulement du paiement, mais de tout autre mode d'extinction (Favre : Poursuite pour dettes et faillite, édition allemande, p. 133 B a), et vise notamment la caducité de la dette consécutive à un concordat (Commentaires Jaeger et Jaeger/Daeniker, note 10 ad art. 81 LP). Le concordat sortit aussi ses effets pour les créanciers qui n'avaient pas produit leurs créances dans la procédure de concordat (Fritzsche : Poursuite, faillite et assainissement, p. 324 ; Jaeger, note 2 ad art. 311 LP ; Panchaud/Caprez : La mainlevée, § 143, chiffre 4), même s'il s'agit de créances privilégiées (Jaeger et Jaeger/Daeniker, note 2 ad art. 311 LP). Les seuls créanciers non liés par le concordat sont ceux dont la créance est née après le terme du délai de production (Favre, op. cit., p. 372, ch. III ; Jaeger/Daeniker, note 2 ad art. 311 LP). Contrairement à l'opinion soutenue par la recourante, le juge cantonal devait par conséquent examiner l'exception soulevée par la débitrice. Il n'a ainsi pas dépassé les limites que l'article 81, 1^{er} alinéa, LP met à son pouvoir d'examen.

L'intimée a conclu avec ses créanciers un concordat homologué par le juge et prévoyant un dividende de 20 pour cent. La recourante n'avait pas produit dans le concordat sa créance de 899 fr. 60. Si cette créance n'est pas née après, mais avant le terme du délai de production, le concordat lui est applicable. Il en résulte que la dette a été éteinte dans la mesure où elle dépasse le montant versé de 180 francs qui correspond au dividende de 20 pour cent. Le juge cantonal a exposé en détail, dans son prononcé, les motifs pour lesquels les cotisations litigieuses sont dues pour une période antérieure à l'expiration du délai de production et qui donnent un caractère purement déclaratoire à la décision de paiement du 16 août 1961. Le recours de droit public n'est en rien dirigé contre ces considérants de la juridiction cantonale ni n'en démontre en quelque manière l'inexactitude.

Il est exact que l'intéressée n'a pas porté ladite décision de paiement devant la

commission cantonale de recours pour l'AVS, en sorte que cette décision est passée en force. La recourante a cependant raison de ne pas en tirer argument pour contester à l'intimée le droit de soulever, dans le procès en mainlevée, l'exception tirée du concordat. Comme le TFA l'a prononcé dans l'arrêt S. S. A. du 24 janvier 1958 (ATFA 1958, p. 43, cons. 2 ; RCC 1958, p. 176), cette exception est du ressort du juge de la mainlevée, les juridictions AVS n'ayant pas à en connaître.

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 16 mai 1962, en la cause B. Sch.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. La thérapie des cellules fraîches selon Niehans, appliquée dans les cas d'oligophrénie, est un traitement de l'affection comme telle. (Considérant 2.)

Article 13 LAI. La règle énoncée à l'article premier, 3^e alinéa, OIC, selon laquelle seuls les actes médicaux reconnus efficaces par la science sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale, est conforme à la loi. (Considérant 3.)

Article 13 LAI. En l'état actuel de la science, l'efficacité de la thérapie des cellules fraîches, appliquée dans les cas d'oligophrénie, est contestée en Suisse ; cette thérapie ne représente donc pas une mesure médicale nécessaire au traitement d'une infirmité congénitale. (Considérant 3.)

Articolo 12, capoverso 1, LAI. La terapia cellulare di Niehans, applicata ai casi di oligofrenia, è considerata cura vera e propria del male. (Considerando 2.)

Articolo 13, LAI. La norma enunciata all'articolo 1, capoverso 3, OIC, secondo la quale soltanto le misure sperimentate idonee dalla medicina sono riconosciute provvedimenti sanitari necessari alla cura di un'infermità congenita, è conforme alla legge. (Considerando 3.)

Articolo 13, LAI. Allo stadio attuale della scienza, l'efficacia della terapia cellulare di Niehans, applicata ai casi di oligofrenia, è contestata in Svizzera; detta terapia non costituisce pertanto un provvedimento sanitario necessario alla cura di un'infermità congenita. (Considerando 3.)

La demande de l'assuré, né en 1954, a été présentée à l'AI en mars 1960. Le médecin informa la commission AI que l'assuré souffrait de débilité mentale (oligophrénie), qu'il avait commencé un traitement avec les cellules fraîches selon la méthode de Niehans et qu'il fallait attendre quelque temps pour en juger les résultats. La commission AI décida d'assumer les frais d'un enseignement de pédagogie curative et les frais de voyage correspondants. En revanche, elle refusa la prise en charge du traitement entrepris par le médecin, parce qu'il ne s'agissait pas d'une infirmité congénitale au sens de l'OIC. Ces conclusions furent notifiées par la caisse de compensation au père de l'assuré par décision du 27 janvier 1961.

Le père de l'assuré recourut contre le refus de mesures médicales auprès de la commission cantonale de recours. Se référant à un rapport de la clinique infantile, il déclara que son fils souffrait d'un hydrocephalus internus, réputé infirmité congénitale. A la demande de la commission de recours, le médecin en chef de la clinique médicale de l'hôpital cantonal fit le rapport suivant sur la thérapie des cellules fraîches selon Niehans :

« Précisément dans le cas d'hydrocéphalie interne et d'arriération mentale qui nous occupe, une amélioration par la thérapie des cellules fraîches est si peu probable que le refus de ce traitement apparaît justifié. Si ce traitement avait quelques chances d'apporter une amélioration réelle, les médecins de la clinique infantile y auraient sûrement pensé et l'auraient proposé. »

La commission cantonale de recours rejeta le recours, déclarant que la thérapie des cellules fraîches ne pouvait pas être prise en charge par l'AI comme mesure médicale de réadaptation au sens de l'article 12 LAI, parce qu'elle avait pour objet le traitement de l'affection comme telle. S'il s'agissait d'une infirmité congénitale, une prise en charge des frais de traitement ne serait pas possible non plus en se fondant sur l'article 13 LAI, vu que la thérapie des cellules fraîches n'est pas reconnue efficace par la science dans le cas présent.

Le TFA rejeta, pour les motifs suivants, l'appel interjeté par le père de l'assuré contre ce jugement.

1. Conformément à 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. Selon l'article 13 LAI, les assurés mineurs ont, de plus, droit au traitement des infirmités congénitales qui, vu leur genre, peuvent entraîner une atteinte à la capacité de gain. L'article premier, 3^e alinéa, OIC dispose en outre : « Sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale les actes médicaux reconnus efficaces par la science et qui permettent d'atteindre au mieux et par des moyens adéquats le but thérapeutique visé. »

2. La thérapie des cellules fraîches selon Niehans, qui entre seule en ligne de compte ici, n'appartient pas aux mesures médicales de réadaptation prévues à l'article 12 LAI, mais est un traitement de l'affection comme telle, ainsi que le déclare pertinemment l'autorité de première instance. En outre, cette thérapie doit être répétée à de longs intervalles ; selon l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI, qui s'en tient aux limites fixées par la loi, seuls les « actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée » sont réputés mesures médicales au sens de l'article 12 LAI (cf. arrêt du TFA du 21 octobre 1961 en la cause F. J., RCC 1962, p. 72).

3. La prise en charge, en vertu de l'article 13 LAI, des frais causés par la thérapie des cellules fraîches doit être examinée plus en détail. Ainsi qu'il est mentionné ci-dessus, l'article 1^{er}, 3^e alinéa, OIC ne reconnaît comme mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale que les actes médicaux reconnus efficaces par la science. Cette restriction s'en tient à l'article 13 LAI ; du point de vue de la responsabilité de l'AI, qui est définie à l'article 11, 1^{er} alinéa, LAI, cette assurance ne peut pas être tenue d'octroyer des mesures incertaines et risquées. Lorsque l'OIC parle de résultats probants de la science médicale, il s'agit en premier lieu de l'expérience faite et du succès obtenu au moyen d'une thérapie déterminée ; un résultat probant se fonde donc sur l'avis de la majorité des savants et praticiens de la médecine. La thérapie des cellules fraîches appliquée aux cas d'oligophrénie ne se fonde pas (ou pas encore) sur

des résultats probants, comme il ressort du rapport du médecin en chef de la clinique médicale de l'hôpital cantonal. Même si cette thérapie est recommandée par plusieurs médecins, à l'étranger en particulier, il est établi que des médecins suisses compétents se refusent à l'appliquer. A la demande du rapporteur, le médecin traitant a déclaré lui-même que l'efficacité de cette thérapie est contestée. Les publications médicales présentées au tribunal sont — fait significatif — toutes d'origine étrangère, à une exception près. Dans ces conditions, on peut se dispenser de demander des expertises à plusieurs médecins, comme l'assuré et l'OFAS le proposent. Car quels que soient les avis de ces médecins, ils ne pourraient rien changer au fait qu'en l'état actuel de la science, la thérapie des cellules fraîches appliquée dans les cas d'oligophrénie est contestée en Suisse. Cette thérapie n'est donc pas une mesure nécessaire au sens de l'article 13 LAI, même si l'assuré souffre d'une infirmité congénitale, ce qui n'est d'ailleurs pas établi ; en effet, le rapport de la clinique infantile n'indique pas clairement si l'assuré souffre d'hydrocéphalie *congénitale* selon l'article 2, chiffre 132, OIC.

Arrêt du TFA, du 8 mai 1962, en la cause R. R.

Article 13 LAI. *Le séjour temporaire, nécessité par des considérations d'ordre social, d'une assurée épileptique dans un home d'enfants privé peut être utile à la santé de cette dernière, mais ne représente pas une mesure médicale de réadaptation nécessaire, que l'AI doive prendre en charge.*

Articolo 13 LAI. Il soggiorno temporaneo, imposto da ragioni di ordine sociale, di un'assicurata epilettica in una casa privata per bambini, pur essendo utile alla salute, non costituisce tuttavia un provvedimento sanitario d'integrazione necessario, le cui spese possono essere assunte dall'AI.

L'assurée, née en 1953, souffre d'une forme d'épilepsie qui est reconnue par l'AI comme infirmité congénitale. Depuis l'automne 1960 jusqu'au printemps 1961, elle séjourna dans un home d'enfants privé où l'avait placée l'Institution suisse pour épileptiques.

En septembre 1960, des prestations de l'AI furent demandées en sa faveur. Le médecin en chef de ladite Institution déclara à la commission AI qu'un séjour de l'assurée dans ce home était indispensable, pour des raisons de santé, au moins jusqu'à Pâques 1961. La commission décida de prendre en charge le traitement à l'Institution, dès le 1^{er} janvier 1960, mais refusa la prise en charge du séjour dans le home d'enfants, parce que le traitement de l'épilepsie n'exigeait pas un séjour dans un tel établissement.

Le père de l'assurée demanda, dans son recours, que l'AI rembourse les frais du séjour dans ce home, y compris les frais de voyage. Il invoquait à l'appui un certificat médical selon lequel ce séjour avait un rapport direct avec l'épilepsie congénitale et était absolument nécessaire au traitement médical de celle-ci ; la privation d'un tel séjour risquerait d'entraîner de graves rechutes. Le médecin membre de la commission AI déclara à la commission de recours qu'il ne pouvait adopter cette opinion ; à sa connaissance, le traitement de l'épilepsie n'exigeait pas un séjour en montagne. « Si l'on généralisait l'application de ce principe pour les traitements ou la prophylaxie, il faudrait alors que beaucoup d'enfants puissent faire une cure de montagne ; mais moi, je n'ai jamais entendu parler d'une telle prescription. »

Le père de l'assurée porta le jugement de la commission de recours, qui refusa les prestations demandées, devant le TFA, en renouvelant les allégations présentées dans

son recours ; il produisit en même temps un autre certificat médical, qui déclare notamment :

« Ce séjour était nécessaire, car les mesures médicales et pédagogiques, ainsi que les soins, qui sont indispensables au traitement de l'épilepsie ne pouvaient être appliqués que dans un home de ce genre. Si nous avions laissé l'enfant à la maison, il en serait résulté presque à coup sûr une nouvelle atteinte grave à sa santé, peut-être même sa mort. L'enfant, en effet, vu sa maladie et les troubles psychiques qui en résultaient, nécessitait une éducation spéciale, que ses parents n'auraient pu lui donner, ce qui aurait entravé ou même complètement empêché un traitement approprié de l'épilepsie. »

Le TFA a rejeté cet appel. Voici ses considérants :

Selon l'article 13 LAI, les assurés mineurs ont droit à toutes les mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'épilepsie de l'assurée est une infirmité congénitale, dont le traitement, assumé par l'Institution suisse pour épileptiques, est à la charge de l'AI. Le seul point à examiner, c'est de savoir si le séjour de l'assurée dans un home d'enfants privé, de l'automne 1960 au printemps 1961, représentait une mesure médicale nécessaire au sens de l'article 13 LAI.

Sans doute, ce séjour a été profitable à l'assurée ; mais il ne constitue pas une mesure médicale nécessaire. Comme le déclare le médecin de la commission AI dans le rapport présenté au TFA, le séjour dans un home d'enfants ne représente pas un traitement spécifique de l'épilepsie. Un home d'enfants assure les bons soins et l'absorption régulière des médicaments prescrits ; à cela se borne son rôle. Le traitement proprement dit de l'épilepsie réside dans la thérapie anticonvulsive qui est appliquée sous surveillance médicale et dont les frais sont pris en charge par l'AI. On ne voit pas pourquoi ce traitement ne pourrait être effectué à la maison, si les parents sont à la hauteur de leur tâche. Comme l'a déclaré le médecin traitant, les parents de l'assurée ne parvenaient pas à donner une éducation que les troubles psychiques de l'enfant rendaient spécialement difficile. Il faut en conclure, avec le médecin de la commission AI, que les conditions régnant dans la famille de l'assurée déterminèrent son envoi dans le home d'enfants. Or, dans l'AI, la nécessité de mesures médicales en faveur d'un enfant ne peut dépendre des aptitudes des parents à accomplir leur devoir à son égard. En outre, le médecin de la commission AI déclare que l'épilepsie suit un cours désastreux lorsqu'on ne réussit pas à empêcher les crises au moyen de médicaments ; on ne sait jamais si la maladie cérébrale en soi a tendance à guérir ou à suivre une progression plus ou moins rapide ; quant aux autres soins, ils jouent certes aussi un rôle, mais secondaire. Cet avis permet, lui aussi, de conclure que l'administration, comme l'autorité de première instance, ont pris une décision équitable lorsqu'elles ont refusé de considérer comme une mesure médicale *nécessaire* le séjour temporaire de l'assurée dans un home d'enfants.

Arrêt du TFA, du 7 avril 1962, en la cause G. R.

Article 6, 2^e alinéa, RAI. Pour décider si un invalide a droit, durant son reclassement professionnel, à des contributions à ses frais de nourriture et de logement hors de chez lui, il faut d'abord fixer ses indemnités journalières. (Considérant 1.)

Article 6, 2^e alinéa, RAI. Un invalide qui, durant son reclassement professionnel, touche 192 francs par mois d'indemnités journalières, comme

célibataire, et 324 francs depuis son mariage, plus son salaire de 400 francs et une rente de 144 francs de la CNA, n'a pas droit à des contributions à ses frais de nourriture et de logement hors de chez lui. (Considérant 3.)

Articolo 6, capoverso 2, OAI. Per decidere se, durante la riforma professionale, debbasi contribuire alle spese di vitto ed alloggio fuori di casa di un invalido, occorre dapprima fissare le indennità giornaliera. (Considerando 1.)

Articolo 6, capoverso 2, OAI. Un invalido che, durante la riforma professionale, oltre al suo salario di 400 franchi — astrazione fatta da una rendita dell'INSAI di 144 franchi — percepisce mensilmente come celibe 192 franchi e, dopo il matrimonio, 324 franchi d'indennità giornaliera, non ha nessun diritto a sussidi per spese di vitto ed alloggio fuori di casa. (Considerando 3.)

L'assuré, par suite d'un accident de travail, dont les séquelles sont des troubles circulatoires dans la jambe gauche, fut contraint d'abandonner son métier de menuisier; la CNA lui verse une rente de 144 francs par mois.

Donnant suite à sa requête, la commission AI lui accorda un apprentissage de dessinateur-architecte comme mesure de réadaptation professionnelle (reclassement) et lui reconnut le droit au remboursement de ses frais de matériel scolaire, de transport pour suivre des cours dans une autre ville, de voyage pour se rendre en fin de semaine chez ses parents, ainsi que de chambre et pension à raison de 5 francs par jour au maximum.

La Caisse lui notifia sa décision en lui allouant en outre une indemnité journalière, dont elle fixa le montant à 2 francs dès le 1^{er} janvier 1961 et à 5 francs dès le 6 mai 1961, date de son mariage; un supplément de réadaptation de 30 pour cent, ajouté à l'indemnité journalière, en portait le montant à 2 fr. 60 et 6 fr. 50.

Un recours de l'assuré, qui estimait insuffisante l'indemnité journalière, fut rejeté en première instance.

Sur appel de l'OFAS, le TFA annula l'arrêt cantonal et modifia la décision de la Caisse en statuant que l'invalidé n'avait pas droit à des contributions aux frais de nourriture et de logement, mais qu'il pouvait prétendre des indemnités journalières de 4 fr. 90 (plus supplément de réadaptation de 1 fr. 50) pour la période du 1^{er} janvier au 5 mai 1961 et de 8 fr. 30 (plus supplément de réadaptation de 2 fr. 50) dès le 6 mai 1961 et jusqu'à la fin de la période de reclassement, sous les réserves formulées dans les considérants que voici:

1. Deux questions sont litigieuses en procédure d'appel: le droit de l'intimé à des contributions à ses frais de nourriture et de logement et le calcul de ses indemnités journalières.

La caisse de compensation, suivant le prononcé de la commission AI, a accordé à l'assuré, pour la durée des mesures de réadaptation, une contribution à ses frais de nourriture et de logement de 5 francs par jour. Elle a calculé ensuite les indemnités journalières, en tenant compte de la contribution ainsi accordée. Tandis que le juge cantonal a approuvé ce mode de calcul, l'OFAS soutient que le chemin inverse doit être suivi, c'est-à-dire qu'il faut d'abord calculer et accorder l'indemnité journalière et déterminer ensuite si les conditions d'octroi d'une contribution aux frais de nourriture et de logement sont remplies. L'exactitude de ce dernier avis est confirmée par l'article 6, 2^e alinéa, RAI, qui prévoit l'octroi de contributions aux frais de nourriture et de logement de l'assuré « dans la mesure où ceux-ci ne sont pas couverts par les indemnités

journalières et le salaire dont il dispose pour son propre entretien ». Il convient dès lors d'examiner successivement la question du montant des indemnités journalières, puis celle du droit à des contributions aux frais de nourriture et de logement.

2. L'article 24, 1^{er} alinéa, LAI déclare applicables aux indemnités journalières de l'AI « les dispositions qui, dans la 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 ». L'article 21, 2^e alinéa, RAI précise à ce propos que « si la dernière activité exercée en plein par l'assuré remonte à plus de trois ans, le revenu pris en considération sera celui que l'assuré aurait tiré de cette même activité immédiatement avant son stage de réadaptation s'il n'était pas devenu invalide ». Telle est la situation, en l'espèce, de l'assuré, qui a dû abandonner son métier de menuisier dès l'année 1956, à la suite de l'accident dont il avait été victime le 19 décembre 1955. Est dès lors déterminant, pour calculer les indemnités journalières qui lui reviennent durant son stage de réadaptation professionnelle, le salaire qu'il aurait gagné comme menuisier immédiatement avant ce stage, s'il n'était pas devenu invalide.

L'OFAS, modifiant en cours de procédure le chiffre primitivement retenu dans son mémoire d'appel, admet que ce salaire aurait atteint 3 fr. 54 par heure, soit 720 francs par mois. Les pièces du dossier confirment la vraisemblance de ce montant, qui doit dès lors être pris pour la base de calcul. L'indemnité journalière correspondante s'élève, aux termes de l'article 9 LAPG applicable en la matière, à 4 fr. 90 pour une personne seule et à 12 fr. 10 pour un couple. L'article 21, 3^e alinéa, RAI reprenant par analogie la règle de l'article 16 LAPG, prévoit toutefois que, sous réserve de certains montants minimums, « l'indemnité journalière est réduite dans la mesure où, ajoutée au revenu d'une activité exercée pendant le stage de réadaptation, elle dépasse 90 pour cent du gain déterminant ». Ce gain déterminant étant dans l'espèce de 720 francs par mois, dont 90 pour cent font 648 francs, la différence entre ce dernier montant et le salaire effectif d'apprenti de 400 francs par mois permet le versement intégral de l'indemnité journalière pour personne seule de 4 fr. 90, mais n'autorise à verser par la suite qu'une indemnité journalière de ménage réduite à 8 fr. 30.

Aux termes de l'article 25 LAI, un supplément de réadaptation de 30 pour cent est ajouté à l'indemnité journalière lorsque l'assurance ne fournit ni la nourriture, ni le logement. Il en résulte que l'intimé peut prétendre depuis le 1^{er} janvier 1961 jusqu'à son mariage une indemnité journalière de 4 fr. 90, plus un supplément de réadaptation de 1 fr. 50, soit au total 6 fr. 40 par jour. Dès son mariage, le 6 mai 1961, l'indemnité journalière s'élève à 8 fr. 30, plus un supplément de réadaptation de 2 fr. 50, soit au total 10 fr. 80 par jour. Cette dernière indemnité sera versée jusqu'à la fin des mesures de réadaptation professionnelle, autant que le salaire touché ne subit pas de changement et qu'une modification des conditions de famille n'entraîne pas un nouveau calcul de l'indemnité; la naissance d'un premier enfant le 22 novembre 1961 paraît ne jouer à cet égard aucun rôle, pour l'immédiat tout au moins, l'indemnité accordée étant supérieure au minimum garanti à l'article 21, 3^e alinéa, RAI pour une indemnité de ménage et une indemnité pour enfant.

3. L'article 6, 2^e alinéa, RAI dispose que, lorsque l'assuré qui a droit au reclassement conformément à l'article 17 LAI n'est pas interne dans un établissement de formation professionnelle, « l'assurance lui verse des contributions à ses frais de nourriture et de logement hors de chez lui, dans la mesure où ceux-ci ne sont pas couverts par les indemnités journalières et le salaire dont il dispose pour son propre entretien ». Le droit à de telles contributions est ainsi soumis à la double condition que l'assuré ait

des frais de nourriture et de logement « hors de chez lui » et que ces frais ne soient pas couverts par le salaire touché et par les indemnités journalières accordées.

L'OFAS soutient que l'intimé n'a pas ou du moins presque pas de frais de nourriture et de logement hors de chez lui, puisque les mesures de reclassement sont appliquées dans l'essentiel au lieu où il est domicilié. L'intimé réplique qu'il n'a, en ce lieu, pas de parents auprès desquels il puisse prendre chambre et pension, et qu'il en supporte donc tous les frais; son épouse n'est venue y habiter définitivement que le 1^{er} septembre 1961. Il n'est cependant pas nécessaire de déterminer ici ce qu'il faut entendre par les frais que supporte un assuré « hors de chez lui ». Même si, débordant les limites que veut fixer l'appelant, on devait donner à ces termes l'acception la plus large et tenir cette première condition pour réalisée par l'assuré qui ne peut prendre ses repas et loger ni dans son propre ménage, ni dans celui de ses parents, le défaut de réalisation de la seconde condition posée à l'article 6, 2^e alinéa, RAI excluait dans l'espèce l'octroi de contributions.

Au salaire mensuel de 400 francs gagné par l'intimé durant son stage de réadaptation s'ajoutent, en effet, des indemnités de 192 francs par mois pour la période du 1^{er} janvier au 5 mai 1961 et de 324 francs par mois dès le mariage conclu le 6 mai 1961. Même abstraction faite de la rente mensuelle de 144 francs versée par la CNA l'intimé disposait ainsi durant son célibat de ressources suffisantes à couvrir ses frais de chambre et de pension; il dispose, depuis son mariage, sous forme de salaire et d'indemnités, d'un revenu pratiquement égal au salaire qu'il aurait gagné s'il n'était pas devenu invalide. Aussi ne saurait-on tenir pour réalisée la seconde des conditions posées à l'article 6, 2^e alinéa, RAI pour l'octroi de contributions aux frais de nourriture et de logement.

Arrêt du TFA, du 9 avril 1962, en la cause A. B.

Article 69 LAI. Les caisses de compensation n'ont pas la possibilité, à moins de faits nouveaux, de notifier une nouvelle décision de teneur identique à une décision antérieure, afin d'ouvrir un nouveau délai de recours. Si elles le font néanmoins, le recours formé contre la nouvelle décision doit être déclaré irrecevable. (Considérant 1.)

Article 19, 1^{er} alinéa, LAI. Un élève de 14 ans qui prend des leçons privées pour éviter de redoubler une classe n'a pas droit à des subsides de l'AI pour ces leçons, si le risque de redoubler est l'unique conséquence de son invalidité. (Considérant 2.)

Articolo 69 LAI. Le casse di compensazione non hanno la possibilità, salvo fatti nuovi, di notificare una nuova decisione dello stesso tenore della precedente allo scopo di far decorrere un nuovo termine di ricorso. Se ciò vien fatto ugualmente, non si deve entrare nel merito del ricorso presentato contro la seconda decisione. (Considerando 1.)

Articolo 19, capoverso 1, LAI. Un alunno quattordicenne che prende delle lezioni private per evitare di ripetere una classe non ha diritto a degli assegni per l'istruzione scolastica speciale per queste lezioni, se la probabilità di ripeterla è l'unica conseguenza della sua invalidità. (Considerando 2.)

L'assuré, né en 1946, présente à la jambe droite les séquelles d'une poliomyélite qu'il a contractée à l'âge de 17 mois. Il est entré au Collège à 12 ans. Pendant l'année

scolaire 1960/1961, il dut être hospitalisé à deux reprises pour être soumis à un traitement opératoire et dut rester longtemps alité à domicile. Il ne put dès lors fréquenter le collège que pendant six mois sur les dix mois de l'année scolaire. Afin de compenser le retard provoqué par cette absence prolongée et de n'être pas obligé de redoubler sa classe, il reçut des leçons privées d'algèbre et d'allemand, au nombre de 33, qui coûtèrent au total 255 francs.

La commission AI reconnut que l'intéressé avait droit au remboursement des frais de transport nécessités par le traitement suivi chez le médecin; elle refusa en revanche la prise en charge des leçons privées qui avaient été données à l'assuré. La caisse de compensation rendit une décision dans ce sens le 13 avril 1961.

Ensuite Pro Infirmis demanda à la commission AI de prendre en charge lesdites leçons privées; le 31 juillet 1961, la caisse de compensation notifia une nouvelle décision de refus, fondée sur un nouveau prononcé de la commission.

Le père de l'assuré ayant recouru contre cette décision, le tribunal cantonal admit le recours, annula la décision attaquée et prononça que l'AI devait verser au recourant des subsides pour les 33 leçons privées suivies de décembre 1960 à avril 1961.

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

1. Il ressort des pièces du dossier que le père de l'assuré a recouru le 7 août 1961, soit dans le délai légal, contre la décision de la caisse de compensation du 31 juillet 1961. On constate toutefois que cette caisse avait rendu le 13 avril 1961 déjà une décision fondée sur le même état de fait et relative aux mêmes prestations. Si elle a procédé de la sorte, c'est parce que Pro Infirmis est intervenue — sa lettre, datée du 17 mai 1961, a d'ailleurs été déposée après le délai légal et ne pouvait donc être considérée comme un recours — auprès de la commission AI pour lui demander de revenir sur son prononcé et d'accorder à cet invalide des subsides pour lesdites leçons privées. Cette lettre, qui n'apportait aucun élément nouveau, ne constituait donc qu'une demande de réexamen et ne permettait ni à la commission AI, ni à la caisse de compensation de se prononcer à nouveau et de rendre une décision, même si cette dernière est qualifiée de « décision complémentaire à celle du 13 avril 1961 ».

Conformément aux principes posés par le TFA dans de nombreux arrêts relatifs à l'AVS (cf. notamment arrêt en la cause H. G., du 19 février 1957, RCC 1957, p. 367 = ATFA 1957 p. 42) — principes qui sont également applicables en matière d'AI — les caisses de compensation n'ont pas la possibilité de notifier une nouvelle décision, de teneur identique à une décision antérieure, afin d'ouvrir de cette manière un nouveau délai de recours. Une exception à ce principe doit néanmoins être faite lorsque, après avoir rendu leur première décision, les caisses constatent que de nouveaux faits sont intervenus ou qu'elles apprennent alors l'existence de faits ignorés auparavant, qui sont peut-être de nature à justifier une autre solution juridique.

Par conséquent, l'autorité cantonale de recours aurait dû déclarer irrecevable le recours formé le 7 août 1961 seulement, donc tardif. Le jugement cantonal doit par conséquent être annulé. La demande de prestations formée par le père de l'assuré aurait d'ailleurs dû être rejetée et la décision de refus de la caisse de compensation maintenue, même si le recours avait été déposé dans le délai légal.

2. 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 ». Dans les arrêts H. St. du 23 février 1962 (RCC 1962, p. 351), et M. R. du 21 décembre 1961 (RCC 1962, p. 206), le TFA a précisé la portée et les conditions d'application de cette disposition, ainsi que de l'article 8 RAI, qui définit

la notion de formation scolaire spéciale, et de l'article 9 RAI, qui énumère les conditions que les mineurs doivent remplir pour avoir droit aux subsides.

Le TFA ne s'est pas rallié à l'opinion de l'OFAS, d'après laquelle il n'y avait formation spéciale au sens de ces dispositions que dans les cas où des mineurs recevaient une formation spécialement adaptée à leur infirmité et à leurs déficiences, mais non pas dans les cas où des mineurs avaient besoin d'une formation complémentaire générale destinée à combler les lacunes de l'enseignement scolaire public. Il a déclaré au contraire que l'enseignement des branches scolaires habituelles, donné selon les méthodes normalement appliquées dans les écoles, pouvait également être considéré comme une formation spéciale, et cela aussi bien lorsque cet enseignement avait lieu pendant la période scolaire qu'en dehors de cette période. Pour que tel soit le cas, point n'est besoin d'ailleurs que l'invalidité ait été empêché de fréquenter l'école publique pendant toute la durée de la période scolaire; suivant les circonstances, même une absence pendant une partie seulement de l'année scolaire peut être reconnue. Ce qui joue un rôle décisif dans ces cas-là, c'est le fait que la formation scolaire de l'invalidité a souffert à un tel point des absences et des interruptions provoquées par l'affection ou par son traitement qu'elle présente de graves lacunes, qui auraient pour résultat, si elles n'étaient pas comblées, d'entraver la formation professionnelle ultérieure de l'invalidité et, partant, de réduire sa capacité de gain (art. 5, 2^e al., LAI).

Dans l'arrêt M. R. précité, le TFA a relevé en outre que l'octroi de mesures de formation scolaire spéciale présupposait l'existence d'une invalidité au sens de la loi et, en particulier, de l'article 4 LAI, d'après lequel 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 ». Lorsqu'il s'agit d'appliquer l'article 19 LAI, il y a lieu, dès lors, de rechercher si l'atteinte à la santé que présente le mineur est présumée permanente ou de longue durée, et de considérer que tel est bien le cas si, selon toute vraisemblance, cette atteinte l'empêchera de fréquenter normalement l'école, en sorte qu'il ne sera pas en mesure d'acquérir les connaissances et la formation générale de base nécessaires et que pareille lacune diminuera plus tard ses possibilités de gain.

C'est à la lumière des considérants ci-dessus exposés que doit être examinée la demande de subsides de l'assuré. Une première question se pose, celle de savoir si les leçons particulières qui lui furent données de décembre 1960 à avril 1961 étaient destinées à combler des lacunes tellement graves qu'elles étaient de nature à entraver sa formation professionnelle ultérieure. On ne saurait soutenir que cette condition soit réalisée. Les leçons d'algèbre et d'allemand qu'il a reçues (soit 33 leçons pour lesquelles son père dut payer une somme globale de 255 francs) devaient lui permettre de rattraper le retard scolaire provoqué par le traitement de son affection et lui épargner une répétition de sa classe. On ne saurait certes nier que cet élève, aussi bien d'ailleurs que son père, avaient un intérêt évident à prendre les mesures nécessaires pour faciliter les études et augmenter les chances d'être admis dans une classe supérieure. Il arrive très fréquemment, cependant, que des élèves se voient obligés, pour une raison ou pour une autre, de redoubler une classe. Malgré les inconvénients et les ennuis provoqués par cette mesure, on ne saurait néanmoins admettre que le fait de devoir répéter une classe aura probablement des répercussions néfastes en ce sens qu'il compromettra les possibilités de développement et la capacité de gain de l'intéressé. La demande de subsides présentée par l'assuré doit, pour ce motif déjà, être rejetée.

Il existe un autre motif pour rejeter la demande de subsides de l'assuré. Comme déjà dit, les mesures de formation spéciales prévues par l'article 19 LAI ne peuvent être

accordées que si l'atteinte à la santé, présumée permanente ou de longue durée, empêche l'intéressé de fréquenter normalement l'école pendant une longue période et que, du fait de son absence, sa formation scolaire de base en souffre à tel point qu'il coure le risque de voir sa formation professionnelle compromise et ses possibilités de gain réduites à l'avenir. Or, dans le cas particulier, les traitements auxquels l'intéressé a dû se soumettre (hospitalisation à deux reprises et longue convalescence à la maison) l'ont empêché de fréquenter le collège pendant quatre mois au cours des dix mois de l'année scolaire. Bien que non négligeable, une interruption des études pendant une période de quatre mois ne peut, dans l'espèce, être considérée comme suffisante, au sens de l'article 4 LAI et de la jurisprudence, pour justifier l'octroi de subsides conformément à l'article 19 LAI.

3. ...

4. ...

R E N T E S

Arrêt du TFA, du 11 mai 1962, en la cause H. R.

Article 31, 1^{er} alinéa, LAI. La rente est refusée à l'assuré qui s'oppose à des mesures de réadaptation auxquelles on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette et dont on peut attendre une amélioration notable de sa capacité de gain. Bien qu'il soit compréhensible que l'assuré ne veuille pas se séparer de sa famille, on est en droit d'attendre de lui qu'il fasse preuve de bonne volonté et se soumette à des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, puisque c'est à cette condition seulement qu'il parviendra à améliorer sa capacité de gain.

Articolo 31, capoverso 1, LAI. La rendita è rifiutata all'assicurato che si oppone a provvedimenti d'integrazione, ai quali si può esigere che si sottoponga e dai quali si può aspettare un notevole miglioramento della sua capacità al guadagno. Sebbene sia comprendibile che l'assicurato non voglia separarsi dalla sua famiglia, si può da lui richiedere che dia prova di buona volontà e che si sottoponga a provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili, poichè soltanto a questa condizione egli potrà migliorare la sua capacità al guadagno.

L'assuré, né en 1923, a commencé à souffrir en 1955 d'une tuberculose pulmonaire bilatérale qui a nécessité une pneumonectomie droite; il présente en outre des troubles postphlébitiques de la jambe droite et une atrophie de Sudeck du pied gauche. L'assuré présente, le 29 mars 1960, une demande de prestations de l'AI. Après examen, la commission AI décida de soumettre le cas à l'office régional et d'allouer une rente d'invalidité à 100 pour cent jusqu'au début de la réadaptation. L'office régional soumit l'assuré à un examen psychotechnique et, sur la base des résultats de cet examen, proposa une formation professionnelle dans un atelier mécanique. Le médecin d'un dispensaire antituberculeux estima que le patient était en état de faire un stage de formation professionnelle, mais l'intéressé refusa toutes mesures de réadaptation professionnelle et déclara vouloir faire un travail à domicile. Informée de ce refus, la commission AI proposa de supprimer dès le 1^{er} janvier 1961 la rente qu'elle avait accordée.

L'assuré recourut contre cette décision, mais l'autorité cantonale de recours rejeta le recours et confirma la décision attaquée. Le TFA a rejeté l'appel de l'assuré pour les motifs suivants :

Il ressort des pièces du dossier que l'appelant a catégoriquement refusé de se soumettre aux mesures de réadaptation qui avaient été envisagées. Il n'a pas accepté les propositions faites par le psychotechnicien de l'office régional et, malgré les explications qui lui furent données par l'autorité de recours, il a persisté dans son attitude. Il ne peut s'en prendre qu'à lui, dès lors, si les prestations qu'il avait obtenues auparavant — soit une rente entière simple d'invalidité de 75, puis de 90 francs, allouée à titre provisoire dès le 1^{er} janvier 1960 jusqu'à la réadaptation — ne lui ont plus été versées après le 31 mai 1961. En décidant cette suppression, les autorités cantonales n'ont fait que se conformer à l'article 31, 1^{er} alinéa, LAI : « Si l'assuré se soustrait ou s'oppose à des mesures de réadaptation auxquelles on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette et dont on peut attendre une amélioration notable de sa capacité de gain, la rente lui est refusée temporairement ou définitivement ». Cette disposition est d'ailleurs conforme au but de la loi, qui est avant tout de reclasser l'invalidé, c'est-à-dire de lui fournir les moyens de s'initier à une nouvelle activité qui lui convienne mieux, afin de lui donner la possibilité d'améliorer sa capacité de gain. Si pareille tentative échoue, et alors seulement, il faudra recourir à d'autres prestations et notamment à l'octroi d'une rente. Il ressort des travaux préparatoires de la LAI, de la ratio legis et de la jurisprudence que les mesures de réadaptation ont la priorité sur les rentes car, en principe, une rente ne doit être allouée que si la réadaptation n'est pas possible ou ne l'est que dans une mesure insuffisante.

Lors de l'audience du président de l'autorité de recours, le recourant a lui-même reconnu que son activité actuelle, qui consiste à effectuer de petits travaux dans l'exploitation agricole de ses parents ou à surveiller des travaux de réfection et de goudronnage des routes (cf. lettre du 9 novembre 1961 adressée par le syndic de sa commune au TFA), n'était pas rentable. Bien que son état se soit stabilisé, les séquelles de son affection et les risques d'aggravation inhérents à sa maladie ne lui permettent certes pas d'effectuer de gros travaux; sa capacité de travail n'est pas réduite, en revanche, s'il a la possibilité d'exercer une activité tranquille. D'autre part, les résultats de l'examen psychiatrique auquel il a été soumis démontrent qu'il est capable de tirer profit d'une réadaptation professionnelle et, celle-ci terminée, d'utiliser sa capacité de travail et d'améliorer sa capacité de gain dans une mesure bien plus grande qu'en s'obstinant à effectuer de menus travaux à domicile.

Sur la base des pièces du dossier, on ne saurait donc admettre qu'une réadaptation professionnelle serait à déconseiller et qu'elle aboutirait nécessairement à un échec. Les certificats établis par le médecin du dispensaire antituberculeux d'une polyclinique médicale universitaire et par le médecin de la polyclinique psychiatrique universitaire ne sauraient infirmer cette manière de voir et démontrer que cet invalide soit réellement « incapable psychiquement et physiquement pour une réadaptation en atelier ». On peut comprendre, certes, que l'appelant éprouve certaines appréhensions à l'idée de quitter sa famille et d'adopter un genre de vie très différent du sien; mais on doit aussi attendre de lui qu'il fasse preuve de bonne volonté et qu'il accepte de se soumettre aux mesures de réadaptation nécessaires, puisque c'est à cette condition seulement qu'il parviendra à améliorer sa capacité de gain. On ne saurait en tout cas approuver son attitude lorsqu'il n'a même pas voulu faire un essai de réentraînement à l'effort et de travail dans un atelier. Il serait souhaitable que l'appelant, et cela dans son propre intérêt, adopte une autre attitude et se décide, pendant qu'il est encore

temps, à suivre les conseils de l'office régional, qui est le mieux à même de lui indiquer les moyens de surmonter ses difficultés.

Il convient, dans ces conditions, de laisser à l'assuré la faculté de présenter une nouvelle demande à l'AI s'il est sérieusement disposé à se soumettre à des mesures de réadaptation. En pareil cas, il serait indiqué que les autorités cantonales examinent s'il n'existe pas d'autres possibilités de réadaptation tenant mieux compte de la personnalité particulière de cet assuré.

Arrêt du TFA, du 21 mai 1962, en la cause J. B.¹

Article 7, 1^{er} alinéa, LAI. Il y a lieu de réduire la rente revenant à un ivrogne qui a causé son invalidité par une conduite dénotant une négligence grave et durable et qui, en faisant preuve de la prudence qu'on pouvait exiger de lui, aurait pu reconnaître les effets nuisibles de l'alcoolisme et y remédier. (Considérants 3, 4 b, 4 c.)

Article 7, alinéa 2, LAI. La rente complémentaire revenant à l'épouse innocente n'est pas soumise à réduction. (Considérant 4 a.)

Articolo 7, capoverso 1, LAI. Devesi diminuire la rendita spettante ad un bevitore che per negligenza grave e continuata ha cagionato la sua invalidità mentre, se avesse usato la dovuta prudenza che si poteva da lui esigere, avrebbe potuto evitare gli effetti nocivi dell'alcoolismo e porvi rimedio. (Considerandi 3, 4 b, 4 c.)

Articolo 7, capoverso 2, LAI. La rendita completa spettante alla moglie innocente non è soggetta a diminuzione. (Considerando 4 a.)

L'assuré, né en 1904, marié, effectua jadis un apprentissage et obtint par la suite un diplôme de maîtrise. En 1934, il reprit l'important domaine foncier de son père, y compris un commerce prospère. Tout en conservant d'excellents rapports avec les siens, il s'adonna petit à petit à la boisson. Par suite de pertes commerciales, il dut remettre successivement les deux filiales, puis le commerce principal et enfin une partie du domaine foncier. Au cours des dernières années, il fut interné à plusieurs reprises dans des établissements hospitaliers à la suite de crises de delirium tremens. Selon les constatations médicales, l'assuré souffre en tant qu'alcoolique chronique de cirrhose et de déficiences cardiaques ; en outre, l'alcoolisme provoque des troubles des facultés intellectuelles et affectives, qui nécessitèrent finalement sa mise sous tutelle. — La commission AI rejeta la demande de rente présentée par l'assuré, alléguant que celui-ci était responsable de son invalidité. La décision conforme de la caisse fut, à la suite d'un recours, confirmée par l'autorité cantonale de recours.

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

1. Les prestations en espèces peuvent être refusées, réduites ou retirées, temporairement ou définitivement, à l'assuré qui a intentionnellement ou par faute grave, ou en commettant un crime ou un délit, causé ou aggravé son invalidité (art. 7, 1^{er} al., LAI). Cette disposition est applicable aux prestations en faveur des proches qui ont intentionnellement ou par faute grave, ou en commettant un crime ou un délit, causé ou aggravé l'invalidité de l'assuré (art. 7, 2^e al., LAI). Ainsi qu'il ressort du message du

¹ Voir l'article p. 370.

Conseil fédéral relatif au projet de loi sur l'AI, l'article 7, 1^{er} alinéa, LAI s'inspire des dispositions de refus et de réduction de l'assurance obligatoire en cas d'accidents (art. 98 LAMA) et de l'assurance militaire (art. 7 LAM).

2. Dans l'assurance obligatoire en cas d'accidents, la loi prévoit que, si l'accident a été causé par faute grave, les prestations ne peuvent être que *réduites* : le refus total de toute prestation est réservé expressément pour les cas où l'assuré a provoqué intentionnellement l'accident (art. 98, 1^{er} alinéa, LAMA). La jurisprudence a, par analogie, étendu cette règle à l'assurance militaire, et cela dès le début (cf. ATFA 1936, p. 68, et la jurisprudence qui y est citée ; 1939, p. 151. Dans ce dernier arrêt, le TFA a refusé à un palefrenier alcoolique toute prestation de l'assurance militaire non seulement parce qu'il était responsable de son invalidité, mais aussi parce que, ce faisant, il contrevenait en permanence aux prescriptions du service et que les motifs qui l'avaient poussé à boire étaient étrangers au service militaire).

Le principe selon lequel il convient de réduire seulement les prestations lorsque l'invalidité a été causée par la faute grave de l'assuré s'est révélé fondé dans la pratique, en sorte qu'il faut l'appliquer également dans le domaine de l'AI. L'article 7 LAI concorde dans une large mesure avec l'article 7 LAM et distingue également deux sortes de fautes différentes par leur caractère et leur gravité : l'intention et la négligence grave. En matière d'AI, toutefois, on ne saurait exclure, dans un cas particulier, le refus total des prestations lorsqu'un assuré a causé son invalidité par une faute grave (notamment lorsqu'en regard de sa situation matérielle, une telle sanction ne semble pas trop rigoureuse).

3. En l'espèce, l'invalidité a été causée par une faute grave, mais non pas intentionnellement. Il n'existe pas de raisons suffisantes pour refuser, à titre exceptionnel, toute prestation en argent. Certes, la faute de l'assuré est grave, ainsi qu'il appert des considérants du jugement cantonal. Toutefois, d'après les déclarations plausibles de l'intéressé, telles qu'elles ont été consignées dans le rapport d'expertise de l'établissement hospitalier, les quantités d'alcool absorbées quotidiennement ne seraient pas excessives pour tout homme ; elles n'ont occasionné une invalidité que parce que, en l'occurrence, l'assuré est de faible constitution et supporte de ce fait très peu d'alcool. Les suites de cette consommation relativement peu importante ne se sont vraisemblablement fait sentir que lorsque la volonté de l'assuré était déjà affaiblie et qu'il n'était plus en état de réagir.

En revanche, on ne saurait, comme le propose l'OFAS, renoncer à toute réduction des prestations. Il y a lieu d'admettre avec le juge cantonal qu'en faisant preuve de la prudence qu'on pouvait attendre de lui, l'assuré aurait pu reconnaître les effets nuisibles de l'alcool et y remédier. Au lieu de cela, l'assuré s'est laissé aller à la boisson des années durant, faisant fi de la prudence la plus élémentaire pour tout homme raisonnable, placé dans la même situation et les mêmes circonstances. Ainsi a-t-il causé son invalidité par une conduite dénotant une négligence grave et durable.

La clause « peuvent être refusées » que contient l'article 7 LAI ne permet pas de renoncer à une sanction dans les cas où la faute de l'assuré est grave, sans quoi l'on irait à l'encontre du principe de l'égalité de droit. En outre, il importe peu qu'en vertu de l'article 85, 1^{er} alinéa, LAI, l'invalidité soit légalement réputée survenue le premier janvier 1960, et qu'elle soit due à des causes antérieures à cette date. Il n'est pas nécessaire que la faute grave coïncide avec la survenance de l'invalidité pour justifier l'application de la sanction de l'article 7 LAI.

4. Etant admis en l'espèce que les prestations d'assurance doivent être réduites, il importe d'examiner encore l'objet, le mode et l'étendue de la réduction.

a. Aux termes de l'article 7, 1^{er} alinéa, LAI, la réduction a pour objet « les prestations en espèces ». On pourrait ajouter : « auxquelles l'assuré aurait droit s'il n'avait pas causé lui-même son invalidité ». En ce cas, il faudrait réduire, outre la rente personnelle de l'assuré, les rentes complémentaires éventuelles en faveur de ses proches, car l'assuré a lui-même droit aux prestations qui sont prévues « en faveur » des proches. Cette solution s'opposerait toutefois à l'article 7, 2^e alinéa, LAI, selon lequel la sanction du premier alinéa est applicable aux prestations en faveur des proches qui ont, d'une manière coupable, causé l'invalidité de l'assuré ou y ont pour le moins concouru. Cette disposition limite la portée du premier alinéa en ce sens que les rentes complémentaires ne sont soumises à réduction que si les personnes « en faveur » desquelles elles sont prévues ont causé totalement ou en partie l'invalidité de l'assuré (c'est également dans ce sens que s'exprime le message du Conseil fédéral relatif au projet de loi sur l'AI). Ce principe est également applicable aux prestations complémentaires en espèces, qui ne revêtent pas la forme de rentes complémentaires autonomes. Il s'ensuit que, dans les cas où les prestations en espèces sont allouées sous forme de rentes pour couples (art. 33, 1^{er} et 2^e al., LAI) il conviendra, pour faire application de l'article 7 LAI, d'allouer d'office deux demi-rentes pour couple ; si l'invalidité a été causée par la faute grave du mari seulement, seule la demi-rente lui revenant, mais non pas celle de son épouse, sera réduite. Dans le cas présent, et conformément aux conclusions de l'OFAS, les prestations en espèces revenant à l'épouse innocente (il s'agit d'une rente complémentaire) ne sont pas soumises à réduction.

b. En ce qui concerne le mode de réduction, la loi prévoit la possibilité de réduire temporairement ou définitivement les prestations en espèces. En matière d'assurance obligatoire en cas d'accidents et d'assurance militaire, les prestations ne sont jamais soumises à une réduction temporaire, mais toujours définitive. Ce mode de réduction doit également être de règle en matière d'AI, du moins lorsqu'il s'agit de rentes. Pour le surplus, il n'est pas nécessaire d'épuiser cette question aujourd'hui. En l'occurrence, on ne saurait prononcer une sanction temporaire, comme le propose l'OFAS : étant donné la gravité de la faute commise, il se justifie d'opérer une réduction définitive, même si l'on tient compte de l'ensemble des circonstances du cas.

c. Fixer l'étendue de la réduction est une question d'appréciation. Cependant, en matière d'assurance obligatoire en cas d'accidents et d'assurance militaire, la Cour de céans est parvenue à une certaine unité de pratique dans cette question-là. Cette pratique doit, autant que possible, être suivie lors de l'application de l'article 7 LAI. Lorsque l'invalidité résulte d'un acte fautif unique, on opère, en matière d'assurance pour dommage à l'intégrité corporelle (surtout en cas d'accidents de la circulation dus à l'inattention), une réduction de 20 à 30 pour cent. En cas d'alcoolisme chronique, la conduite fautive de l'assuré s'étend sur des années, ce qui constitue une circonstance aggravante. Tel est le cas en l'espèce ; si l'on considère, en outre, que toutes les conditions économiques, sociales et familiales d'une existence privilégiée étaient réunies, il apparaît judicieux d'opérer en l'espèce une réduction de 50 pour cent, même si l'on tient compte des circonstances atténuantes.

5. ...

CHRONIQUE MENSUELLE

Les gérants des *offices régionaux AI*, sur l'invitation de l'Office fédéral des assurances sociales, ont siégé à Soleure le 11 octobre sous la présidence de M. Achermann. Ils ont visité les bureaux de la caisse de compensation du canton de Soleure, dont les attributions leur ont été exposées par son gérant, M. W. Stuber.

*

Des négociations concernant la *revision de la convention germano-suisse en matière d'assurances sociales*, du 24 octobre 1950, ont eu lieu à Bonn, du 16 au 25 octobre, entre une délégation suisse présidée par M. Saxer, préposé aux conventions en matière d'assurances sociales, et une délégation allemande à la tête de laquelle se trouvait M. von Haeften, directeur au Ministère des affaires étrangères. Les pourparlers se poursuivront en 1963 pour aboutir à la signature d'une convention révisée.

*

La *sous-commission des frais d'administration* de la commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité a siégé le 30 octobre sous la présidence de M. Saxer. Elle a discuté notamment divers rapports concernant l'évolution des frais d'administration des caisses.

*

La *commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité* a siégé le 31 octobre sous la présidence de M. Saxer et en présence de M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales. Après avoir été informée des problèmes de la sixième révision de l'AVS et de la révision du régime des APG, elle a établi un programme et fixé une méthode pour la suite des travaux.

*

**M. Joseph Studer,
chef de la Centrale
de compensation,
prend sa retraite**



M. Joseph Studer, chef de subdivision, a fêté le 3 juin 1962 son 65^e anniversaire; il va quitter le service de la Confédération à la fin de l'année. M. Studer a occupé un poste important dans les assurances sociales pendant 23 ans, et y a déployé une activité efficace et méritoire à laquelle il convient de consacrer un bref exposé.

*

Né en 1897 à Oberbuchsiten, dans le canton de Soleure, M. Studer a passé son enfance dans la ferme cossue de ses parents. Il est resté fidèle à ses origines paysannes, à son village natal, et séjourne avec plaisir à la ferme, dirigée maintenant par son frère aîné.

Après avoir fréquenté l'école secondaire, M. Studer continua ses études dans une école de commerce privée, à Estavayer, et fit un apprentissage à la Banque populaire soleuroise. Il travailla quelque temps à Zurich, au Crédit suisse, puis entra le 14 janvier 1918 au service de l'administration fédérale des finances en qualité d'aide-comptable. Il y fut rattaché, dès le début, à la section des titres, et promu successivement au rang de comptable II, comptable I, chef de service et chef de section II. C'est en cette qualité qu'il dirigea la section des titres, qui s'occupe principalement du placement des fonds disponibles de la Confédération, des fonds spéciaux et d'autres capitaux, ainsi que de l'émission, du remboursement et de la conversion des emprunts fédéraux. Signalons que M. Studer a pris une part active à l'emprunt national de 1936, qui a été l'unique emprunt de ce genre jusqu'à présent et qui a rendu un si grand service à notre défense nationale.

A côté de ses attributions proprement dites, M. Studer eut encore à s'occu-

per d'autres tâches ; il fut, notamment, suppléant de l'inspecteur fédéral des lettres de gage et contrôleur de la Caisse de prêts de la Confédération.

*

Lors de l'introduction du régime des allocations pour perte de salaire, à la fin de l'année 1939, et de son entrée en vigueur le 1^{er} février 1940, la Confédération créa dans son administration des finances un organisme chargé de gérer le fonds central de compensation, d'assurer l'équilibre financier entre les caisses de compensation et d'établir le décompte central. M. Studer accepta le poste, lourd de responsabilités, de chef de ce nouveau service. Cela demandait du courage, car l'administration s'aventurait là sur un terrain tout nouveau. Le procès-verbal de la séance d'instruction qui, en janvier 1940, prépara l'introduction du régime des allocations, et à laquelle participèrent les cantons, les associations professionnelles et les caisses de compensation récemment créées, montre les difficultés qui durent alors être surmontées. Qu'il nous soit permis de citer ici le nom des « vétérans des caisses » qui assistèrent avec M. Studer à cette séance et qui sont encore actifs aujourd'hui ; ce sont MM. W. Baur, de la caisse de compensation du canton de Berne, et ses collègues A. Horat (Schwyz), W. Stuber (Soleure) et F. Tschui (Schaffhouse), sans oublier les gérants des caisses professionnelles : MM. Kury (brasseries) et Walz (médecins). Pendant plus de vingt ans, ces personnalités dirigeantes ont contribué à écrire, avec M. Studer, un chapitre important de l'histoire des caisses de compensation.

Le régime des allocations pour perte de salaire fut complété, la même année, par celui des allocations pour perte de gain ; d'autres institutions vinrent s'y ajouter plus tard : les allocations de transfert dans l'agriculture, les allocations familiales aux travailleurs agricoles et les allocations pour service militaire aux étudiants. En 1942, l'administration des fonds centraux de compensation (les fonds pour les travailleurs indépendants et les salariés étaient gérés séparément) quitta la ville fédérale encombrée par la bureaucratie de l'économie de guerre et alla se fixer à Genève, qui grâce à la léthargie de la Société des Nations offrait bien assez de place pour de nouveaux bureaux. M. Studer s'installa donc avec ses collaborateurs au Palais Wilson, à la rue des Pâquis, et l'on s'est habitué à considérer ce « domicile » comme définitif, bien qu'on eût souhaité les voir un jour occuper des locaux plus commodes. Il existe probablement mainte administration de moindre envergure qui, sans disposer d'une réserve de 6 milliards, comme le fonds de compensation de l'AVS à l'heure actuelle, aurait manifesté à cet égard une plus grande impatience. M. Studer, lui, attachait moins d'importance à ces détails extérieurs qu'à l'exécution régulière des travaux qui lui étaient confiés et à la gestion correcte des caisses de compensation dont la Centrale contrôlait l'activité ; surtout, il veillait à ce que les militaires touchent aussitôt que possible les allocations auxquelles ils avaient droit. Ceci ne fut pas toujours facile, surtout lorsque de nombreuses unités étaient appelées sous les drapeaux, et l'on comprend (du moins pour cette époque) la devise que M. Studer avait adoptée : L'important est de payer, et non ce que l'on paie. Ajoutons que M. Studer connaissait le régime des allocations non seulement

comme chef, mais aussi comme employé subalterne ; pendant le service actif, en effet, il fut ordonnance de bureau, et eut à remplir lui-même de nombreuses cartes-certificats, tâche dont il s'acquitta d'une manière exemplaire.

*

L'appareil administratif créé pour le régime des allocations fut utilisé aussi par l'AVS, dès l'entrée en vigueur de celle-ci ; c'est ainsi que l'administration des fonds centraux de compensation devint la « Centrale de compensation ». Il dut être considérablement développé en vue des nouvelles tâches qui lui incombèrent dès 1948 : registre des assurés, rassemblement des comptes individuels de cotisations, statistiques des cotisations et des prestations, etc. Une autre tâche encore, qui fut passagère, mais exceptionnellement considérable, fut l'introduction du numéro d'assuré AVS comme numéro de matricule militaire ; M. Studer dut organiser, à cette fin, l'inscription de ce numéro dans plus de 800 000 livrets de service.

M. Studer, à qui la gestion du fonds AVS tenait très à cœur, fut délégué d'office au conseil d'administration. Il y étudia les problèmes posés par le placement des excédents de recettes d'autant plus consciencieusement que son ancienne activité l'y avait vraiment prédestiné, et seconda judicieusement les présidents qui se succédèrent à la tête de ce conseil : MM. E. Weber, ancien président de la Banque nationale ; E. Nobs, ancien conseiller fédéral ; R. Bratschi, conseiller national, et dès le début de cette année H. Küng, directeur de la Banque centrale coopérative.

A côté de ses attributions principales, la Centrale de compensation gère la caisse suisse de compensation qui, avec ses quelque 150 offices auxiliaires à l'étranger, 30 000 cotisants et 22 000 bénéficiaires de rentes, sans oublier ses relations avec les assurances sociales de nombreux pays, doit résoudre des problèmes d'organisation spéciaux. M. Studer s'est penché aussi sur eux avec sollicitude.

La Centrale de compensation a dû accepter encore de nouvelles attributions lorsque fut introduite l'assurance-invalidité. Elle constitue aujourd'hui, avec ses 150 employés, un organe important de l'administration, et M. Studer, qui est chef de subdivision depuis 1949, a su l'adapter constamment à ses nouvelles tâches. En 1961, la Centrale a accompli une véritable performance en contribuant, avec son ordinateur électronique récemment acquis, à l'exécution exceptionnellement rapide de la 5^e révision de l'AVS. M. Studer a régulièrement suivi l'activité des caisses de compensation ; pendant plusieurs années, ces relations furent même renforcées par des liens de famille, puisque son fils dirigea, jusque tout récemment, une caisse de compensation, et présida en outre l'Association des caisses de compensation professionnelles.

*

M. Studer entre, en pleine santé, dans la retraite. Malgré sa prédilection pour les travaux de jardinage, il ne voudra sans doute pas y consacrer tout son temps, mais continuera à mettre à profit ses expériences d'administrateur et de finan-

cier. L'Office fédéral des assurances sociales et, en particulier, la subdivision AVS/AI/APG le remercient de sa collaboration féconde et espèrent pouvoir bénéficier de sa compétence encore à l'avenir. Pour le moment, ils lui adressent leurs meilleurs vœux et lui souhaitent une vieillesse heureuse au sein de sa famille ; ils se croient autorisés à le faire aussi au nom des caisses de compensation, avec lesquelles M. Studer a cultivé de si bonnes relations.

Pour la rédaction de la RCC :

Albert Granacher

Vers la sixième révision de l'AVS

Lors de la séance du Conseil national du 2 octobre 1962, M. Tschudi, conseiller fédéral, chef du Département de l'intérieur, a répondu à sept interventions parlementaires relatives à une nouvelle révision de l'AVS (cf. RCC 1962, p. 381). Voici l'essentiel de son exposé.

1. Le problème posé et son importance

Les problèmes soulevés par les sept interventions peuvent être classés en trois groupes principaux :

- *Adaptation des rentes au renchérissement* sous ses deux aspects: adaptation immédiate au renchérissement survenu et — question de principe — compensation automatique du renchérissement, à l'avenir;
- *Modification de structure de l'AVS*, c'est-à-dire passage d'une assurance de base à une assurance allouant des rentes qui garantissent des ressources suffisantes pour vivre, avec tous les aspects accessoires de ce problème, de nature financière et technique;
- *Assurance complémentaire*, pour certaines classes de la population qui n'ont pas d'assurance de ce genre.

Les questions posées au Conseil fédéral et les suggestions qui lui sont faites ont trait à des problèmes de la plus haute importance. La portée de ces propositions dépasse même celle des cinq révisions auxquelles on a procédé jusqu'ici, car il ne s'agit de rien moins que de réexaminer la conception même de notre AVS. D'ailleurs, les deux initiatives populaires qui ont été déposées récemment et sur lesquelles le Conseil fédéral fera rapport ultérieurement demandent, elles aussi, une modification de structure de l'assurance. Les *cinq premières révisions de la loi* qui, au fond, n'ont fait qu'adapter les rentes à l'évolution des salaires et des prix et apporter quelques corrections au texte primitif de la loi ont déjà requis du parlement et des organismes consultatifs beaucoup de temps et d'efforts; aussi n'est-il pas étonnant que le réexamen de toute la conception de l'assurance pose à cet égard des exigences encore bien plus grandes. Nous tenons, cependant, à relever dès l'abord que tout sera mis en œuvre pour que les

travaux nécessaires se déroulent le plus rapidement possible, tout en étant aussi approfondis qu'il convient.

2. *La situation financière de l'AVS*

Bien que la cinquième révision de l'AVS ait été de loin celle qui a augmenté les rentes dans la plus forte mesure, et quoiqu'elle n'ait effet que depuis un peu plus d'un an, soit depuis le 1^{er} juillet 1961, le nombre de ceux qui réclament une sixième révision ne fait qu'augmenter. Cela n'a rien d'étonnant si l'on considère seulement de manière sommaire l'évolution financière qui s'est produite depuis ladite date. Il convient cependant d'examiner de plus près les chiffres déterminants.

Considérons l'exercice financier 1961 dans sa totalité. Les dépenses se sont élevées à 861 millions de francs, dont environ 100 millions représentent les dépenses supplémentaires entraînées par la cinquième révision, ce qui correspond entièrement aux estimations contenues dans le message du Conseil fédéral du 27 janvier 1961. Il ne faut pas oublier, cependant, que ladite révision n'a eu d'effet que dès la seconde moitié de l'exercice. Pour 1961, également, les recettes provenant des cotisations ont atteint la somme de 906 millions de francs, alors qu'elles avaient été évaluées à 840 millions dans le message susmentionné. Le supplément de recettes de 66 millions de francs est dû pour environ un tiers à l'afflux, supérieur à la moyenne, de travailleurs étrangers et pour à peu près deux tiers à l'élévation, elle aussi dépassant la moyenne, du niveau de vie général; mais ces deux sortes de recettes supplémentaires trouveront automatiquement leur affectation. En effet, celles qui proviennent de l'accroissement du niveau de vie devront être utilisées exclusivement pour adapter les rentes à l'évolution des prix, et celles qui résultent de l'augmentation du nombre des travailleurs étrangers entraîneront le versement ultérieur de rentes élevées dans une proportion au moins aussi forte.

Il faut rappeler en outre, en ce qui concerne l'élévation du niveau de vie général, que l'indice des revenus du travail déterminant pour l'AVS avait été estimé pour 1961 à 156 points (1948 = 100) contre 150 points pour 1960. D'après les observations faites, cet indice doit être monté à environ 163 points; mais il ne faut pas oublier que le message du Conseil fédéral tenait compte d'un indice des cotisations de 175 points dès 1967 et prévoyait, en outre, que les pouvoirs publics devraient couvrir dès 1977 environ un tiers des dépenses annuelles. L'indice des cotisations de 175 points nécessaire pour établir l'équilibre financier et qui correspond à un montant de cotisations d'un milliard de francs n'est donc pas encore atteint; on peut seulement présumer, vu la tendance générale de l'évolution, qu'il le sera deux ou trois ans plus tôt qu'on ne l'avait admis à l'origine.

De ce point de vue, on peut donc fort bien défendre l'opinion qu'il conviendrait de procéder deux à trois ans plus tôt au réexamen de l'état des rentes en relation avec les prix et les revenus du travail prévu pour la première fois pour 1967 par l'article 92 bis de la LAVS. Cette disposition ne s'oppose nullement à une augmentation anticipée des rentes, car le Conseil fédéral et le Parlement peuvent en tout temps procéder sans retard à une révision qui s'impose.

3. *Allocations de renchérissement et adaptation automatique des rentes*

a. De divers côtés, on déclare qu'il est urgent que des *allocations de renchérissement* soient versées aux rentiers AVS. Mais, fort souvent, ces déclarations se fondent sur un examen incomplet de la situation. Il est certain que les prix ont augmenté depuis l'entrée en vigueur de la cinquième révision de l'AVS; l'indice des prix à la consommation le démontre clairement: Indice en juillet 1961 = 186,4; en juillet 1962 = 195,7; l'indice des prix à la consommation est donc monté de 9,3 points, ce qui correspond à une augmentation des prix de 5 pour cent en une année. Ce chiffre est indicatif pour la compensation du renchérissement, en particulier pour les salaires.

Une augmentation des prix de 5 pour cent justifie, par exemple, une adaptation de salaire de 500 francs par an dans le cas d'un salaire annuel de 10 000 francs. Ces 500 francs sont manifestement nécessaires pour compenser l'augmentation des prix en francs; mais il s'agit de la compensation totale du renchérissement pour un salaire normal usuel. Or, il semble bien que la plupart de ceux qui demandent une compensation du renchérissement pour les rentiers AVS ont en vue un montant de cet ordre de grandeur; ils oublient que les rentes AVS ne sauraient avoir la fonction du salaire normal usuel. Les rentes de l'AVS étant des rentes de base, la compensation du renchérissement ne peut être, elle aussi, qu'une compensation de base. Pour les bénéficiaires de la rente minimale de 1080 francs par an, une augmentation des prix de 5 pour cent serait compensée par une allocation de renchérissement de 54 francs par an. Or, un tel montant est bien inférieur à ce que l'on attend de manière générale. C'est là que réside la cause du manque de clarté dont nous avons parlé plus haut. En effet, le montant souhaité à titre de prétendue compensation du renchérissement est au moins quatre ou cinq fois plus élevé. Ce qui signifie qu'il faudrait augmenter les rentes, non pas de 5 pour cent, mais bien de 20 à 25 pour cent; il ne s'agirait donc pas d'adaptations au renchérissement, mais d'améliorations réelles effectives des rentes, qu'on ne peut obtenir qu'en modifiant la structure de l'assurance.

Ce que nous venons de dire démontre qu'il ne serait guère sensé de consacrer du temps et des efforts à procéder à une révision ayant uniquement pour but d'augmenter les rentes d'environ 5 pour cent comme l'élévation des prix l'exigerait; en apprenant quels seraient les montants versés, loin de se réjouir, tous secoueraient la tête ou protesteraient. Il ne faut pas perdre de vue que toute augmentation des rentes, quelle qu'elle soit, contraint à une révision de la loi. Or, l'expérience prouve qu'une révision requiert beaucoup de temps, parce qu'il faut, tout d'abord, effectuer les travaux préparatoires, puis soumettre les nouveaux textes à la commission fédérale AVS/AI, aux départements intéressés, au Conseil fédéral, aux commissions parlementaires et aux Chambres fédérales. Si l'on veut aider vraiment les nombreux rentiers ayant ressenti vivement les effets des augmentations de prix, il faut procéder à une amélioration réelle des rentes. Les services compétents sont en train d'examiner si et dans quelle mesure une telle amélioration est possible.

b. Il est fort compréhensible, vu l'augmentation incessante des salaires et des prix depuis 20 ans, que l'on demande l'adaptation automatique des rentes à cette évolution. Le Conseil fédéral a déjà traité en détail de cet *automatisme* dans son message du 27 janvier 1961 relatif à la cinquième révision, et il s'y est déclaré opposé. Le passage principal de son message à ce propos était le suivant: « Il convient d'exclure d'emblée l'adaptation automatique. Elle ne s'impose en effet que dans le cas où l'évolution économique, qu'elle soit réelle ou qu'elle résulte de l'inflation, progresse rapidement. Les expériences des dernières décennies montrent toutefois qu'en Suisse, les conditions économiques ont évolué à un rythme relativement lent et que, par conséquent, il n'est pas nécessaire d'adapter les prestations chaque année. D'autre part, les conditions financières permettant d'appliquer l'automatisme font également défaut ». En fait, il faudrait modifier le mode de financement de l'AVS pour pouvoir appliquer cet automatisme aux rentes en cours. Il paraît douteux que cela soit nécessaire et adéquat. De toutes façons, le Conseil fédéral et les Chambres fédérales ont jusqu'ici veillé à ce que, par les révisions de la loi, les rentes soient adaptées, non seulement au renchérissement, mais aussi à l'augmentation du niveau des revenus. Quoiqu'il en soit, cette question sera soumise à un nouvel examen en relation avec les études actuelles relatives à l'amélioration réelle des rentes, amélioration qui ne pourra guère rester sans influence sur le mode de financement.

4. La rente garantissant des ressources suffisantes pour vivre

On a l'habitude d'opposer deux notions: l'assurance de base et l'assurance allouant des rentes qui garantissent des ressources suffisantes pour vivre. Ici aussi, il ne s'agit pas de notions bien définies, mais tout au plus d'expressions indicatives. Lorsqu'on dit qu'à l'heure actuelle l'AVS est une *assurance de base*, on part de l'idée suivante: la rente AVS moyenne d'environ 2000 francs par an ne représente que quelque 25 pour cent du revenu général moyen du travail; c'est donc une base moyenne générale qui, pour que l'assuré puisse subvenir à ses besoins vitaux, doit être complétée par des ressources supplémentaires. La nécessité de telles ressources varie beaucoup, le montant du loyer jouant surtout un rôle important à cet égard. Pour les paysans âgés qui continuent à vivre dans leur domaine, la rente actuelle représente déjà une aide assez satisfaisante.

Si l'on parle d'une assurance allouant des rentes qui garantissent des ressources suffisantes pour vivre, on a souvent en vue deux genres d'assurance différents: un régime général d'assurance-pension et une assurance allouant des rentes uniformes qui garantissent le minimum vital.

— Par *pension d'un régime général*, on entend la plupart du temps une rente fixée en pour cent du salaire, donc analogue à la prestation des caisses de pension privées. On pense, dans la majorité des cas, à un taux de 50 à 60 pour cent; mais il n'existe nulle part dans le monde un régime de pensions calculées en pour cent du salaire qui s'étende à l'ensemble de la population. La notion a été reprise des régimes obligatoires d'assurance-pension pour les ouvriers et les employés qui englobent, non pas la population dans son ensemble, mais une partie importante de celle-ci, soit les personnes qui sont,

à titre principal, des salariés. Comme, pour cette catégorie de personnes, le salaire est une valeur assez homogène et qu'en particulier il ne descend pas en dessous d'un certain minimum, par exemple 5000 francs par an, on obtient effectivement toujours, en appliquant un taux de 50 à 60 pour cent, une rente garantissant des ressources suffisantes pour vivre, mais qui est graduée d'après le niveau de vie auquel le bénéficiaire est habitué.

- Si l'on entend garantir à chacun le *minimum vital pour ses vieux jours*, il ne peut s'agir, au contraire, que du montant minimum absolument indispensable pour vivre très modestement. On pense en général, pour une personne seule, à un montant de 250 à 300 francs par mois, soit 3000 à 3600 francs par année. Il s'agit cependant déjà de montants supérieurs à celui de la rente maximale actuelle de l'AVS.

L'AVS suisse a été conçue comme une assurance générale s'étendant à l'ensemble de la population. Tous les habitants de notre pays sont assurés, qu'ils soient de condition indépendante ou salariée, ou même s'ils n'exercent pas d'activité lucrative. Personne n'entend renoncer à cette réglementation très large. Ce qui signifie que nous ne saurions reprendre des solutions étrangères qui reposent sur d'autres systèmes.

Une pension calculée en pour-cent du salaire serait tout à fait insuffisante en ce qui concerne les paysans et les personnes sans activité lucrative. Il faudrait donc apporter à ce système les corrections nécessaires en fixant pour la rente un montant minimal en francs. D'autre part, un système de pension combinée avec une rente minimale devrait reposer sur une base financière très large; 15 pour cent des salaires au moins sous forme de cotisations de l'économie et de contributions des pouvoirs publics seraient nécessaires; or, à l'heure actuelle, l'AVS ne peut compter que sur 6 pour cent des salaires au plus, compte tenu des contributions des pouvoirs publics.

Cependant, la *rente uniforme* ne correspond pas non plus à nos besoins. Sans compter qu'elle ne tient nullement compte de la structure sociale de la population, elle est incompatible avec le système actuel de cotisations prévoyant en principe la perception de 4 pour cent des salaires. Ce qui a pour conséquence, par exemple, que plus de deux tiers de la somme totale des cotisations de 900 millions de francs sont fournis par des personnes ayant un revenu annuel de plus de 7500 francs, alors que ces personnes ne pourraient recevoir, dans un système de rentes uniformes, qu'un tiers environ de la somme totale des rentes.

D'ailleurs, il ne serait pas possible à la longue de verser des rentes uniformes, par exemple de 250 francs par mois pour les personnes seules avec un taux de cotisations de 4 pour cent des salaires; aussi bien les cotisations des assurés que les contributions des pouvoirs publics devraient être augmentées d'environ 50 pour cent.

Toutefois, même une solution intermédiaire consistant à prévoir des rentes minimales relativement favorables pour les personnes faisant partie des catégories de revenu inférieures ne résiste pas à un examen plus approfondi. Si, par exemple, on voulait simplement porter la rente minimale de 1080 à 1800 francs

par an, soit de 90 à 150 francs par mois, sans modifier les autres éléments de la formule de rente, il n'y aurait plus, entre la rente minimale et la rente maximale de 2400 francs, qu'une marge d'un tiers. Cette différence minime ne justifierait plus guère un échelonnement des rentes d'après le montant de la cotisation, de sorte que cette solution aboutirait, à plus ou moins brève échéance, à la rente uniforme. Cependant, cette mesure ne résoudreait pas le problème pour les personnes qui sont vraiment indigentes, car la rente minimale augmentée ne leur permettrait pas à elle seule de subvenir à leurs besoins vitaux.

De l'examen de ces diverses solutions, il faut conclure que la structure de notre système de rente, adoptée après mûre réflexion, doit être maintenue. Dans notre pays, c'est par diverses mesures qu'il faut garantir aux personnes âgées les moyens d'existence auxquels elles ont droit. Dans l'AVS, la seule possibilité consiste à augmenter, de manière générale, les rentes dans une proportion importante. Il faut donc examiner quelle augmentation des rentes AVS peut être réalisée sans augmentation excessive du taux des cotisations et sans qu'il soit porté atteinte aux nombreuses caisses de pension et assurances de groupe qui remplissent une tâche sociale importante. Par souci de clarté, précisons qu'une amélioration vraiment importante des rentes rend nécessaire un réexamen préalable de la structure financière de l'AVS, et paraît donc ne pas avoir de chances d'aboutir sans une certaine augmentation du taux des cotisations. Les problèmes posés par la méthode de financement et la constitution du Fonds devront, eux aussi, être soumis à cette occasion à un examen approfondi.

Les *institutions d'aide à la vieillesse et aux survivants*, aussi bien cantonales que communales, devront continuer à aider les personnes auxquelles les rentes augmentées ne garantiront pas le minimum vital et qui ne bénéficient pas de prestations d'une caisse de pension privée ou n'ont pas d'économies. Afin que des rentes complémentaires d'un montant suffisant puissent être allouées à tous les vieillards dans le besoin, les subsides fédéraux aux institutions cantonales d'aide à la vieillesse devraient éventuellement être augmentés. On peut cependant relever qu'à l'heure actuelle déjà, il existe une aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants dans 17 cantons. Les aides cantonales, ainsi que la Fondation pour la vieillesse et la Fondation pour la jeunesse, versent à environ 120 000 personnes des prestations de quelque 75 millions de francs par an, dont 8,75 millions sont couverts par la Confédération. Ces prestations d'assistance sont versées en sus des rentes de l'AVS, qui s'élèvent actuellement à 1 milliard de francs, dont bénéficient 800 000 personnes.

Par conséquent, on résoudra, conformément à nos traditions, le problème de la garantie aux vieillards de moyens d'existence suffisants, en développant les institutions existantes et par l'action parallèle d'une assurance-vieillesse et invalidité fédérale de base avec des prestations augmentées, des caisses de pension privées et d'une aide cantonale et communale à la vieillesse qui sera générale et développée. On luttera contre la misère chez les vieillards en améliorant encore l'AVS fédérale, mais aussi en augmentant les rentes de vieillesse d'un autre genre, soit les prestations des caisses de pension privées et celles des institutions d'aide cantonales et communales.

5. *Le problème de l'assurance complémentaire*

Nous venons de souligner l'importance des caisses de pension privées et des assurances de groupe des compagnies d'assurance privées. Ces caisses et assurances ont une tâche sociale importante à remplir en matière de garantie contre les conséquences économiques de la vieillesse, du décès du soutien de famille et de l'invalidité. Comme nombre de ces institutions existaient avant l'AVS fédérale, il faut souligner ici le travail de pionniers qu'elles ont accompli. Malgré leur réjouissante évolution au cours de ces dernières années, elles ne groupent qu'une minorité de la population. C'est ce qu'a montré la statistique des caisses de pension. Une comparaison avec l'AVS permet de donner une idée claire des ordres de grandeur. L'AVS prélève aujourd'hui des cotisations sur environ 25 milliards de francs de revenus du travail, et verse des prestations de base calculées d'après ces revenus. Les institutions de prévoyance en faveur du personnel, y compris les assurances de groupe, assurent ensemble, sur la somme totale de tous les revenus du travail, 5 milliards de francs au plus. Un très grand champ d'action est donc encore ouvert à ces institutions. En moyenne, les caisses de pension versent des prestations à peu près égales à 50 pour cent du salaire des bénéficiaires. Ceux qui se voient garantir une telle pension, à laquelle viendra s'ajouter la rente AVS, peuvent compter sur une vieillesse à l'abri des soucis économiques.

Ces considérations prouvent que l'idée de créer des assurances complémentaires avec l'aide de la Confédération et des cantons est séduisante. C'est pourquoi cette proposition devra être examinée en détail. Il faut dire, cependant, que sa réalisation sur le plan fédéral se heurte à de très grandes difficultés. Les expériences faites avec les assurances complémentaires cantonales existantes ne sont pas encourageantes. Depuis l'introduction de l'AVS, en particulier, le nombre des caisses de pension, des assurances de groupe et des fonds de prévoyance a augmenté dans une très forte mesure. Dans l'intérêt des salariés âgés, cette évolution ne doit être entravée en aucune manière. Or, tel pourrait être le cas avec une assurance complémentaire publique. Si, renonçant dès lors à la création d'une assurance complémentaire par la Confédération, on s'efforçait par des mesures étatiques d'encourager les caisses privées, existantes ou à fonder, ces institutions perdraient leur caractère purement privé, ce à quoi on s'opposerait énergiquement, sans aucun doute, dans de vastes milieux.

Des doutes peuvent également être émis quant à la base technique d'une assurance complémentaire d'Etat. Comme une telle assurance devrait vraisemblablement être facultative, l'équilibre financier devrait être établi sous la forme traditionnelle de la « caisse fermée », c'est-à-dire d'une caisse sans renouvellement d'effectif garanti. Vu le grand nombre d'assurés entrant en considération, un capital de couverture important se constituerait. Cette accumulation de capitaux ne cesserait, certainement, de provoquer des critiques et des attaques.

Le problème de l'assurance complémentaire est important et devra être étudié en détail; mais, vu les difficultés que rencontre une telle solution, il faut en tout cas donner tout d'abord à ceux qui ne font pas partie d'une caisse de pension privée ou d'une assurance de groupe une garantie meilleure pour leur

vieillesse en développant l'AVS fédérale et en renforçant l'aide cantonale à la vieillesse. On peut cependant exprimer l'espoir que des entreprises, ainsi que des associations d'employeurs et de salariés créeront de leur propre initiative des assurances complémentaires, et que celles qui existent seront développées de façon que le nombre des personnes âgées ayant besoin des prestations des institutions d'aide à la vieillesse diminue toujours plus.

6. Déroulement des travaux préparatoires de la revision

Une nouvelle revision de l'AVS doit se fonder sur un bilan technique tenant compte de l'évolution financière probable de ces prochaines années et correspondant à l'état actuel de la science actuarielle. C'est pourquoi le Conseil fédéral a donné l'ordre, il y a déjà quelque temps, d'établir un nouveau bilan technique. En outre, l'Office fédéral des assurances sociales est en train d'étudier les conditions et possibilités actuarielles d'une amélioration des prestations de l'AVS et de l'AI.

Selon l'article 73 de la loi sur l'AVS, la Commission fédérale AVS/AI doit donner au Conseil fédéral son préavis sur les revisions de la loi. Dès que la sous-commission du bilan technique et l'Office fédéral des assurances sociales auront achevé les travaux préparatoires susmentionnés, ils feront rapport à la Commission AVS/AI. Celle-ci disposera alors des données nécessaires pour examiner le problème de la revision de la loi et pour étudier les diverses propositions qui ont été faites. Elle discutera également de l'initiative populaire tendant à l'augmentation des rentes de l'AVS et de l'AI, en tenant compte aussi de la seconde initiative, bien qu'une décision définitive ne puisse être prise à l'égard de celle-ci que lorsque la première aura été traitée. Il va sans dire que la Commission AVS/AI examinera également les autres propositions de revision. Puis le Conseil fédéral, se fondant sur les conclusions de la Commission, élaborera ses propositions aux Chambres fédérales.

Le legs « von Smolenski »

Les époux Wilhelm et Paula von Smolenski, domiciliés en dernier lieu à Bregenz (Autriche), ont légué à la Confédération suisse, en faveur de l'AVS, une fortune composée principalement de papiers-valeurs. La Confédération a pu disposer de l'héritage à partir du 28 juin 1958; le legs qu'elle a recueilli s'élevait à 269 000 francs.

A propos du legs de feu M. A. Isler, déjà, le Conseil fédéral avait constaté que la somme mise à sa disposition, comparée à l'importance du Fonds de compensation pris dans son ensemble, n'était pas suffisante pour augmenter sensiblement les montants des rentes (d'ailleurs fixés par la loi), et avait décidé, par conséquent, de constituer avec ce legs un fonds spécial (RCC 1956, p. 389). Les mêmes considérations s'appliquent au legs von Smolenski. Pour respecter au mieux la volonté des testateurs, le Conseil fédéral a donc décidé, le 8 août 1962, d'unir ce legs au fonds spécial « Legs de feu M. A. Isler »; ce fonds prend désormais le nom de « Legs Isler et von Smolenski pour secourir des vieillards et des survivants se trouvant dans un état de gêne particulier ».

Les dispositions matérielles du règlement du fonds spécial Isler, du 9 mars 1956 (RO 1956, p. 630), n'ont pas été modifiées. Ainsi, les prestations tirées de ce fonds continueront à être versées, en principe, par les Fondations suisses pour la vieillesse et pour la jeunesse.

Statistique des rentes AVS de l'année 1961

Les tableaux ci-après donnent les résultats principaux de la statistique des rentes AVS ordinaires et extraordinaires versées en Suisse le 1^{er} juillet 1961.

Exceptionnellement, cette statistique a été faite à une *date déterminée*, aussi ses chiffres ne peuvent-ils être comparés à ceux des années précédentes. On remarquera, notamment, qu'elle ne comprend pas, cette fois, les montants versés, mais les *sommes des rentes annuelles ayant fait l'objet d'une décision*, et ceci après l'augmentation survenue par suite de la 5^e révision.

Contrairement aux années précédentes, les demi-rentes de vieillesse pour couples n'ont pas été mentionnées séparément. Les demi-rentes pour hommes figurent, pour un montant double, dans les rentes de vieillesse pour couples.

Rentes ordinaires

Bénéficiaires et sommes des rentes annuelles ayant fait l'objet d'une décision,
suivant la cotisation annuelle moyenne

Jour déterminant : 1^{er} juillet 1961

Tableau 1

Genres de rentes	Cotisation annuelle moyenne en francs					
	jusqu'à 105 ¹	106-150	151-300	301-570	571 et plus ²	Ensemble
	Bénéficiaires					
Rentes de vieillesse simples	93 432	32 476	61 833	33 583	11 160	232 484
Rentes de vieillesse pour couples	9 230	9 344	36 040	36 463	13 995	105 072
Rentes de veuves . . .	2 384	2 842	15 487	19 316	6 103	46 132
Rentes d'orphelins simples	2 693	2 989	14 594	13 737	3 527	37 540
Rentes d'orphelins doubles	198	126	583	392	119	1 418
Total . . .	107 937	47 777	128 537	103 491	34 904	422 646
	Sommes des rentes annuelles ayant fait l'objet d'une décision, en milliers de francs					
Rentes de vieillesse simples	100 851	38 483	93 601	64 140	23 485	320 560
Rentes de vieillesse pour couples	15 943	17 703	88 680	112 547	47 183	282 056
Rentes de veuves . . .	2 056	2 791	20 760	32 711	11 244	69 562
Rentes d'orphelins simples	1 158	1 458	9 840	11 699	3 312	27 467
Rentes d'orphelins doubles	128	90	590	493	168	1 469
Total . . .	120 136	60 525	213 471	221 590	85 392	701 114
¹ Rentes minimums		² Rentes maximums				

Rentes ordinaires

Bénéficiaires et sommes des rentes annuelles ayant fait l'objet d'une décision,
par échelles de rentes

Jour déterminant : 1^{er} juillet 1961

Tableau 2

Genres de rentes	Echelles 1-19	Echelle 20	Ensemble
	Rentes partielles	Rentes complètes	
	Bénéficiaires		
Rentes de vieillesse simples . . .	162 608	69 876	232 484
Rentes de vieillesse pour couples .	69 653	35 419	105 072
Rentes de veuves	7 288	38 844	46 132
Rentes d'orphelins simples . . .	3 885	33 655	37 540
Rentes d'orphelins doubles . . .	163	1 255	1 418
Total . . .	243 597	179 049	422 646
	Sommes des rentes annuelles ayant fait l'objet d'une décision, en milliers de francs		
Rentes de vieillesse simples . . .	208 761	111 799	320 560
Rentes de vieillesse pour couples .	171 243	110 813	282 056
Rentes de veuves	8 867	60 695	69 562
Rentes d'orphelins simples . . .	2 040	25 427	27 467
Rentes d'orphelins doubles . . .	125	1 344	1 469
Total . . .	391 036	310 078	701 114

Rentes ordinaires

Répartition cantonale des bénéficiaires et des sommes des rentes annuelles
ayant fait l'objet d'une décision

Jour déterminant : 1^{er} juillet 1961

Tableau 3

Cantons	Bénéficiaires			Sommes des rentes annuelles ayant fait l'objet d'une décision, en milliers de francs		
	Rentes de vieillesse	Rentes de survivants	Ensemble	Rentes de vieillesse	Rentes de survivants	Ensemble
Zurich	60 541	13 133	73 674	113 389	16 835	130 224
Berne	56 628	14 048	70 676	101 894	16 176	118 070
Lucerne	13 386	4 701	18 087	22 761	4 985	27 746
Uri	1 501	579	2 080	2 433	563	2 996
Schwyz	4 460	1 408	5 868	7 179	1 459	8 638
Unterwald-le-Haut . .	1 204	426	1 630	1 792	372	2 164
Unterwald-le-Bas . .	1 031	439	1 470	1 635	414	2 049
Glaris	2 761	544	3 305	5 033	640	5 673
Zoug	2 571	792	3 363	4 479	885	5 364
Fribourg	8 953	3 088	12 041	14 522	3 005	17 527
Soleure	10 808	3 107	13 915	21 154	3 716	24 870
Bâle-Ville	14 965	3 453	18 418	28 407	4 735	33 142
Bâle-Campagne . . .	7 471	1 812	9 283	14 331	2 266	16 597
Schaffhouse	4 377	1 042	5 419	8 218	1 302	9 520
Appenzell Rh.-Ext. . .	4 645	737	5 382	7 739	815	8 554
Appenzell Rh.-Int. . .	1 106	207	1 313	1 623	185	1 808
Saint-Gall	22 958	5 514	28 472	39 676	5 976	45 652
Grisons	9 323	2 382	11 705	14 775	2 328	17 103
Argovie	19 310	5 798	25 108	35 506	6 649	42 155
Thurgovie	10 819	2 401	13 220	18 992	2 736	21 728
Tessin	13 025	3 509	16 534	20 911	3 840	24 751
Vaud	28 394	6 464	34 858	50 051	7 729	57 780
Valais	9 123	3 940	13 063	13 886	3 607	17 493
Neuchâtel	10 244	2 228	12 472	19 346	2 841	22 187
Genève	17 952	3 338	21 290	32 884	4 439	37 323
Suisse	337 556	85 090	422 646	602 616	98 498	701 114

Rentes extraordinaires

Répartition cantonale des bénéficiaires et des sommes des rentes annuelles
ayant fait l'objet d'une décision

Jour déterminant : 1^{er} juillet 1961

Tableau 4

Cantons	Bénéficiaires			Sommes des rentes annuelles ayant fait l'objet d'une décision, en milliers de francs		
	Rentes de vieillesse	Rentes de survivants	Ensemble	Rentes de vieillesse	Rentes de survivants	Ensemble
Zurich	24 930	3 366	28 296	28 630	2 467	31 097
Berne	24 650	3 968	28 618	28 417	2 787	31 204
Lucerne	6 083	1 362	7 445	6 905	885	7 790
Uri	689	212	901	795	132	927
Schwyz	1 934	483	2 417	2 225	317	2 542
Unterwald-le-Haut . .	595	130	725	684	92	776
Unterwald-le-Bas . . .	431	181	612	491	104	595
Glaris	1 195	175	1 370	1 372	122	1 494
Zoug	1 090	295	1 385	1 236	184	1 420
Fribourg	4 087	976	5 063	4 687	601	5 288
Soleure	4 592	759	5 351	5 294	514	5 808
Bâle-Ville	7 060	978	8 038	8 048	760	8 808
Bâle-Campagne	3 344	422	3 766	3 859	301	4 160
Schaffhouse	1 755	294	2 049	2 020	205	2 225
Appenzell Rh.-Ext. . .	2 098	206	2 304	2 423	148	2 571
Appenzell Rh.-Int. . .	339	72	411	381	46	427
Saint-Gall	9 927	1 502	11 429	11 464	1 011	12 475
Grisons	4 109	859	4 968	4 775	579	5 354
Argovie	8 166	1 441	9 607	9 385	990	10 375
Thurgovie	4 366	659	5 025	5 028	451	5 479
Tessin	6 896	1 110	8 006	7 914	815	8 729
Vaud	14 265	1 953	16 218	16 421	1 430	17 851
Valais	4 053	1 336	5 389	4 664	863	5 527
Neuchâtel	4 957	617	5 574	5 732	449	6 181
Genève	7 676	1 025	8 701	8 786	798	9 584
Suisse	149 287	24 381	173 668	171 636	17 051	188 687

L'exercice 1961 vu par les commissions AI

Pour la seconde fois, les commissions AI ont remis à l'Office fédéral des assurances sociales leur rapport annuel, par l'intermédiaire de leurs secrétariats. Les données et commentaires qu'ils contiennent sont souvent d'un grand intérêt; nous allons tenter ici d'en faire ressortir l'essentiel.

Les aspects généraux de l'activité des commissions AI en 1961

Les lignes suivantes, tirées du rapport annuel d'une commission AI, résument bien l'impression générale qui se dégage des rapports des organes de l'assurance pour 1961 : « Si l'année d'introduction a été caractérisée par les travaux d'organisation et par l'interprétation laborieuse des textes légaux, commentés par de nombreuses circulaires, l'exercice 1961 a été marqué par la stabilisation des dispositions d'application, par la précision des notions apportée par la jurisprudence, par la constitution de dossiers plus complets, par l'afflux inattendu de nombreuses requêtes nouvelles et par la constatation d'une évolution imprévue: le nombre élevé des cas anciens qui étaient considérés comme liquidés et qui doivent être réexaminés par les commissions AI ».

Stabilisation et normalisation de l'AI: voilà bien les caractéristiques essentielles de l'exercice 1961. Les directives de l'autorité de surveillance et les formules en usage n'ont sans doute pas encore toutes trouvé leur forme définitive. Les rapports annuels montrent cependant que l'essentiel a été fait, qui permet à l'assurance de fonctionner désormais dans des conditions à peu près normales: l'entrée en vigueur du RAI, l'adoption par les cantons de prescriptions durables sur la procédure, la jurisprudence bien étayée du Tribunal fédéral des assurances ont donné de solides assises à l'AI.

Le volume de travail a, lui aussi, tendu à se stabiliser au cours de l'exercice. En général, le retard dû à l'afflux massif des demandes déposées dans les premiers mois de l'AI a été rattrapé. Cependant, le nombre des nouvelles demandes dont ont été constamment saisies les commissions AI s'est fixé à un niveau bien supérieur aux prévisions. Les rapports annuels sont unanimes sur ce point. Cela provient du fait que les conditions donnant droit aux prestations se modifient beaucoup plus fréquemment que dans l'AVS. En outre, beaucoup d'invalides jeunes, en état de réadaptation, ont sans cesse besoin de nouvelles mesures (mesures médicales, moyens auxiliaires, etc.), et leur dossier revient souvent

devant la commission. Ajoutons que le nombre des demandes qui ont dû être rejetées a augmenté dans une assez large mesure (les décisions de refus pur et simple ont presque doublé dans certains cantons de 1960 à 1961), et l'on comprendra que les organes de l'AI aient été mis fortement à contribution en 1961.

Si les membres des commissions AI ont dû consacrer beaucoup de temps à l'examen des dossiers et aux discussions en séance, les secrétariats ont été eux-mêmes très occupés par les divers travaux administratifs qui accompagnent inévitablement la réception et la liquidation de toute demande de prestations. La plupart des rapports soulignent notamment le caractère particulièrement ardu et absorbant du *contrôle des factures*. Souvent, avant de transmettre ces dernières à la Centrale, il faut en éclaircir certains points.

La procédure administrative des commissions AI

Le chapitre des rapports annuels consacré à l'organisation et à la procédure reflète la variété des méthodes employées par les commissions AI au cours des phases successives de la procédure. La souplesse des prescriptions fédérales en la matière a ainsi permis de tenir compte de conditions particulières à chaque canton, sans qu'il en résulte une inégalité de traitement des assurés.

Cette variété de méthodes est frappante dans *l'examen préliminaire des dossiers*. Beaucoup de commissions AI ont adopté le système de la circulation préalable des dossiers, qui permet une étude approfondie des pièces par chaque membre de la commission et une liquidation rapide du cas en séance. Dans d'autres cantons, ce système a été combiné avec celui du rapport présenté en séance par le président ou par un autre rapporteur. Ailleurs, enfin, on a estimé préférable d'étudier en séance, sans examen préalable, les cas préparés par le secrétariat.

L'article 47, 2^e alinéa, RAI prévoit que la commission peut *se prononcer par voie de circulation* des dossiers. Cette procédure a été suivie à des degrés divers. Une commission AI signale qu'elle liquide le 90 pour cent des demandes de cette façon, et ne traite en séance que les cas difficiles. Dans d'autres cantons, au contraire, on y a complètement renoncé, la commission AI ayant estimé que chaque cas doit faire l'objet d'une discussion orale entre les différents spécialistes qui la composent. Certaines commissions se prononcent par voie de circulation suivant le genre de cas à traiter; telle commission AI traite en séance les premières demandes et par voie de circulation les demandes complémentaires; telle autre, au contraire, n'examine généralement en séance que les nouvelles demandes de l'assuré. Enfin, il faut mentionner le cas d'une commission AI qui ne se prononce par voie de circulation que lorsque, au cours d'une séance, un membre a dû se *récuser*.

Les rapports annuels insistent sur la nécessité de gagner la confiance de l'assuré. La collaboration de ce dernier est en effet, notamment dans les cas de réadaptation, indispensable. Cependant, l'appel à cette collaboration prend les formes les plus diverses suivant les cantons. Si une commission AI convoque à chaque séance plusieurs requérants, ce qui lui permet de combler les lacunes du

dossier et d'expliquer à l'intéressé la nature et l'étendue de ses droits, d'autres commissions AI, au contraire, ont estimé plus judicieux de se prononcer exclusivement sur la base du dossier et de s'en remettre, pour le contact avec les requérants, au secrétariat, à l'office régional et aux services sociaux de l'aide aux invalides.

Les relations des commissions AI avec des tiers

Les relations avec les autres organes de l'AI et avec des tiers se révèlent en général satisfaisantes, voire même excellentes. Le simple échange de mandats et de rapports avec les offices régionaux a fait place, dans la plupart des cantons, à une véritable collaboration, pour le plus grand bénéfice des assurés. Les relations avec les caisses de compensation sont qualifiées de bonnes, en général.

Les commissions AI ont veillé spécialement à entretenir de bons rapports avec le corps médical. Certes, on constate encore, dans des cas isolés, que certains médecins montrent peu d'empressement envers l'AI; mais ce sont là des exceptions. Mieux informés sur les buts et méthodes de l'AI, et invités, par des questions plus précises, à se prononcer sur les cas particuliers, les médecins fournissent maintenant des rapports plus utiles aux organes de l'AI. Notons à ce sujet que c'est souvent grâce à l'intervention des médecins des commissions AI auprès de leurs confrères que d'excellents résultats ont été obtenus.

La rectification de décisions durant la procédure de recours

Les caisses de compensation peuvent-elles rectifier d'une manière quelconque, en cours de litispendance, des décisions erronées ou inadéquates? Cette question n'est pas nouvelle. Elle se pose toutefois de façon particulièrement pressante dans l'AI, où les affaires sont plus compliquées et plus sujettes à appréciation que dans l'AVS, ce qui augmente le risque de décisions erronées. Dès le début, on était conscient de cette situation et on s'attendait que les cas d'acquiescement et de transaction seraient plus fréquents. Aussi le projet de LAI prévoyait-il, afin de garantir le principe de l'égalité devant la loi, que les autorités de recours ne pourraient rendre des ordonnances de classement par suite d'acquiescement ou de transaction qu'avec le consentement du Conseil fédéral, c'est-à-dire de l'administration. Lors des débats sur la loi, cette disposition a été supprimée, car on a estimé que le résultat désiré pourrait être atteint plus facilement par des directives de l'autorité de surveillance, et qu'un article de loi ne serait pas nécessaire.

Par la suite, dans sa circulaire du 15 juillet 1960 concernant le contentieux, l'OFAS a recommandé aux organes administratifs de l'AI d'observer la plus grande réserve quant à la liquidation de cas par acquiescement ou transaction, et a ordonné que les cas de quelque importance et tous les cas relatifs à des prestations de l'AI lui soient préalablement soumis.

La pratique a suivi une voie un peu différente. Lorsqu'à la suite d'un recours il a paru opportun de procéder à un nouvel examen des faits ou du droit, les organes de l'AI se sont mis à reconsidérer leur décision attaquée. Cette façon d'agir a été provoquée en partie par les autorités de recours, qui ont rendu des ordonnances de classement sans examiner elles-mêmes l'affaire, voire même parfois avant qu'une nouvelle décision ait été rendue par la caisse de compensation.

Jusqu'à maintenant, on ne savait pas si l'autorité de recours était autorisée à rayer du rôle sans examen de fond, lorsque la caisse de compensation, dans une nouvelle décision, avait fait droit à la demande de l'assuré. En raison des difficultés provoquées par cette façon de procéder, les organes de l'AI avaient été invités à s'abstenir, d'une manière générale, de rectifier tout prononcé ou décision dès que le juge est saisi de l'affaire, et de faire connaître leur avis à ce dernier dans un mémoire (RCC 1962, p. 137).

Cette question a récemment été tranchée sans équivoque par le TFA (cf. à la page 448 de ce numéro l'arrêt en la cause M. P., du 15 juin 1962). Le tribunal n'admet pas que l'administration soit autorisée tant que dure la litispendance et jusqu'au moment où le juge s'est prononcé sur un recours, à substituer une nouvelle décision à la précédente. Dès qu'un recours est en mains de la commission de recours, l'administration ne peut plus soustraire la question litigieuse à la décision du juge. Il n'est donc pas admissible de chercher à atteindre ce but en établissant une nouvelle décision portant sur la question litigieuse. En instance de recours, l'administration est seulement autorisée à soumettre des propositions au tribunal, et le juge ne peut ordonner le classement d'une affaire qu'après en avoir examiné le fond. Il est tenu, en vertu de la maxime de l'intervention applicable dans le domaine des assurances sociales, de vérifier d'office les propositions d'acquiescement ou de transaction qui lui sont présentées.

Cet arrêt supprime les difficultés auxquelles donnaient lieu jusqu'ici l'acquiescement et la transaction. Certes, les parties conservent la possibilité de s'entendre, mais leur accord ne constitue qu'une proposition commune au tribunal, qui doit en vérifier la légalité. Aussi ne sera-t-il plus nécessaire à l'avenir de demander le consentement de l'OFAS en cas d'acquiescement ou de transaction. Le chiffre 1/3 de la circulaire du 15 juillet 1960 concernant le contentieux a été modifié en conséquence.

La prise en charge subséquente par l'AI de mesures de réadaptation qui n'avaient point été ordonnées

(Considérations à propos de l'arrêt L. E. publié à la page 442)

L'arrêt en la cause L. E. est le premier rendu par le Tribunal fédéral des assurances (TFA) sur un point qui a été l'objet, dès le début, de mainte controverse. On sait que l'Office fédéral des assurances sociales s'était efforcé, dans sa circulaire du 28 mai 1962 concernant le paiement des mesures de réadaptation, d'atténuer quelque peu, par une interprétation extensive de l'article 78, 2^e alinéa, RAI, la rigueur à laquelle eût risqué de conduire une application trop littérale de cette disposition. Le présent arrêt du TFA montre toutefois que sur plusieurs points importants, le Tribunal n'a pas partagé l'avis de l'administration, et paraît décidé à interpréter de façon plus sévère les conditions mises au paiement subséquent de mesures déjà appliquées. Tout d'abord, l'intérêt de l'assuré exige-t-il qu'une mesure de réadaptation soit appliquée avant d'avoir été prescrite (urgence)? Le TFA n'admet pas que la réalisation de cette condition puisse être présumée pour certains genres de mesures, contrairement à ce que prévoyait la circulaire précitée (chapitre A II 1). Ensuite, le TFA déclare que seule l'ignorance de l'état de fait donnant naissance aux droits de l'assuré (en l'espèce, il s'agissait de l'existence d'une infirmité congénitale) empêche le délai de courir, mais non point la simple ignorance non fautive de ses droits envers l'AI (chapitre A II 2 c de la circulaire); de l'avis du TFA, la solution admise par l'administration serait contraire au principe suivant lequel nul ne peut tirer avantage de son ignorance de la loi. Le Tribunal n'a pas non plus admis la règle prescrivante que le délai serait réputé observé lorsque l'assuré, sans faute de sa part, aurait adressé sa demande à un autre corps des assurances sociales, par exemple à une caisse-maladie (chapitre A II 2 d de la circulaire); ceci en raison des « inégalités choquantes » que provoquerait, selon ses propres termes, une telle réglementation.

Bien que dans deux autres jugements, qui seront publiés prochainement, le TFA se soit prononcé dans le même sens, il est encore trop tôt pour parler d'une jurisprudence bien établie. Il faudra attendre que soient tranchées d'autres affaires, actuellement encore en instance d'appel, pour qu'on puisse se faire une idée exacte de la jurisprudence du TFA en la matière, et de ses répercussions sur les directives de l'Office fédéral. La circulaire du 28 mai 1962 reste donc pour le moment en vigueur, comme l'Office fédéral en a informé les organes de l'AI par circulaire du 2 octobre 1962. L'Office fédéral examinera en temps opportun

les mesures à prendre afin d'éliminer les divergences qui ont surgi entre la jurisprudence du TFA et la pratique de l'administration.

A ce sujet, il faut encore mentionner que deux « questions écrites » ont été posées au Conseil fédéral (cf. p. 432 et 433), l'invitant à faire connaître les mesures qu'il compte prendre, par une révision du RAI ou par d'autres moyens appropriés, afin de faire face à la situation créée par la jurisprudence du TFA.

La formation scolaire spéciale doit être entreprise assez tôt

Pro Infirmis communique :

Si un enfant a de la peine à suivre l'école à cause d'une infirmité physique ou mentale, il importe d'étudier suffisamment tôt l'éventualité d'une formation scolaire spéciale. Les responsables de son éducation feront bien, dans ce cas, de consulter un médecin ou un pédagogue spécialisé. Si l'on veut obliger un tel enfant à suivre les classes ordinaires, cela représentera une charge inutile pour la famille, l'école et l'enfant lui-même ; celui-ci y perdra son temps, perdra confiance en lui-même, sans parler de l'argent gaspillé de cette manière. Ensuite, il sera trop tard pour remonter le courant.

Si l'on attend trop longtemps pour demander l'admission d'un enfant dans un internat spécial (par exemple jusqu'à l'âge de dix à douze ans), on risque de se heurter à un refus ou à un échec. En effet, il arrive en général que toutes les places sont déjà occupées. Ou bien, il sera difficile de rattacher le nouveau venu à un groupe ; si l'on le met avec des élèves plus jeunes, il les dérangera par sa présence ; avec des enfants de son âge, il aura de la peine à suivre, faute d'une formation spéciale préalable.

Les parents devraient donc avoir le courage d'agir assez tôt et de consulter un spécialiste dès que l'enfant leur inspirera des soucis, de manière que l'on puisse entreprendre à temps la formation spéciale nécessaire.

Malheureusement, les instituts pour enfants invalides, notamment pour les débiles mentaux, manquent de place. C'est pourquoi il importe de demander quelques mois à l'avance l'admission d'un nouvel élève. On voit encore trop souvent des parents, des autorités scolaires ou des médecins solliciter des admissions en mars ou en avril, lorsque les classes commencent après Pâques. Dans ce cas-là, c'est en été ou en automne de l'année précédente qu'il faudrait agir ; il sera alors plus facile de trouver une solution satisfaisante, et les parents, comme les enfants, auront le temps de se préparer moralement et matériellement à la nouvelle situation.

Il est recommandé, enfin, de signaler les cas le plus tôt possible à l'AI, qui alloue des subsides pour la formation scolaire spéciale.

Problèmes d'application de l'AI¹

Formation scolaire spéciale : Mesures permettant la fréquentation de l'école publique

Les frais de voyage en Suisse, nécessaires à l'exécution des mesures de réadaptation, sont en principe remboursés à l'assuré conformément aux articles 51, 1^{er} alinéa, LAI et 90 RAI. Il n'existe pas de restriction en ce qui concerne les frais de transport occasionnés par la fréquentation d'une école spéciale. Ceux-ci sont donc entièrement assumés par l'AI selon les dispositions de la circulaire du 1^{er} septembre 1961 concernant le remboursement des frais de voyage.

Il en va autrement dans les cas prévus par l'article 11 RAI. Il s'agit alors de la prise en charge des frais de transport occasionnés par l'invalidité, afin de permettre la fréquentation de l'école publique aux mineurs infirmes qui, sans avoir besoin de l'enseignement d'une école spéciale, ne peuvent, à la longue, se rendre à l'école à cause de leur infirmité. La formation scolaire de ces assurés serait mise en question si la fréquentation de l'école ne pouvait pas leur être permise ou, pour le moins, facilitée par des mesures appropriées. C'est pourquoi l'AI assume tout d'abord jusqu'à concurrence de 50 francs par mois les frais de transport à l'école occasionnés par l'invalidité, et alloue en outre au mineur invalide une contribution aux frais de pension (mais non pas une contribution aux frais d'école) lorsque, du fait de son invalidité, le mineur doit prendre ses repas ou être logé hors de chez lui. Ajoutons que le montant maximum de 50 francs par mois s'entend *par cas d'assurance* ; il comprend donc les frais de transport à l'école de l'assuré et, le cas échéant, de la personne qui l'accompagne.

Honoraires pour les rapports de pédagogie curative

Il n'existe pas encore de tarif AI pour les expertises de pédagogie curative requises lors de l'examen des demandes de prestations. En règle générale, on peut attendre des établissements qu'ils fassent ces rapports gratuitement, mais il n'y a aucune objection à rétribuer les psychologues indépendants. Jusqu'à nouvel avis, l'AI paie 15 francs pour ces expertises. On entend par expertise une brève description des antécédents, un rapport sur les résultats de l'examen et une brève réponse aux questions posées dans la demande d'expertise. Les honoraires comprennent l'examen et le rapport.

¹ Extraits du « Bulletin de l'AI » numéro 39.

BIBLIOGRAPHIE

Peter Steinlin : **Das Versicherungswesen der Schweiz**. Tome 2. 172 pages, tableaux. (Polygraphischer Verlag AG., Zurich/St-Gall 1962.)

Ce second volume contient des données et des exemples concrets qui complètent les exposés systématiques du tome premier (cf. RCC 1961, p. 319). L'auteur, qui est aussi directeur du séminaire des assurances à l'Université commerciale de St-Gall, dépeint notamment l'évolution générale des assurances suisses au cours de ces dernières années, en prenant comme point de départ l'année 1948 (introduction de l'AVS fédérale). Il constate, avec statistiques à l'appui, que l'introduction de l'AVS, loin de gêner le développement des assurances privées, lui a au contraire été très profitable.

L'ouvrage contient en outre un tableau indiquant les noms de tous les assureurs qui exercent une activité en Suisse, avec leurs branches d'assurance, et une liste des actes législatifs fédéraux concernant les assurances.

PETITES INFORMATIONS

Nouvelles interventions parlementaires

Postulat Landolt, du 26 septembre 1962

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

« La pratique montre que la loi fédérale concernant l'AI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1960, et surtout son règlement d'exécution du 17 janvier 1961 ont des conséquences trop rigoureuses et souffrent de lacunes.

Le Conseil fédéral est invité à éliminer ou du moins à adoucir, lors de la révision envisagée de la législation concernant l'AVS et l'AI, toutes les dispositions touchant durement les invalides.

Il y aurait notamment lieu

- de permettre le versement de la demi-rente d'invalidité déjà dès que l'incapacité de travail est d'un tiers,
- d'accorder des secours aux jeunes gens incapables de travailler vivant avec leurs parents, comme c'est le cas des contributions versées pour ceux qui sont placés dans un établissement,

— d'étendre à tous les invalides incapables de gagner leur vie le droit à des moyens auxiliaires techniques, et aussi de prendre en charge toutes les mesures médicales nécessaires au maintien de la capacité de travail des invalides atteints d'une infirmité probablement durable. »

Postulat Kurmann,
du 3 octobre 1962

M. Kurmann, conseiller national, a présenté le postulat suivant :
« La réglementation actuelle des allocations pour service militaire aux étudiants (2 francs en service normal et 4 francs en service pour l'avancement) ne répond plus guère aux conditions actuelles et ne facilite certainement pas le recrutement de notre corps d'officiers.

Le Conseil fédéral est par conséquent invité à procéder sans délai, avant la réglementation générale devenue nécessaire, à une augmentation équitable de l'allocation pour service militaire aux étudiants et à soumettre un projet aux conseils législatifs. »

Question écrite
Primborgne,
du 3 octobre 1962

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

« Selon les dispositions d'exécution de la loi fédérale sur l'AI, les mesures de réadaptation ne sont prises en charge que si elles ont été autorisées d'avance par les commissions de cette institution. Des exceptions à ce principe ne sont possibles que sous des conditions spéciales.

En pratique, et surtout dans le cas d'infirmités congénitales, il en résulte des situations pénibles lorsque les mesures médicales doivent être entreprises sans retard.

C'est pourquoi l'OFAS s'est efforcé de tenir compte des situations réelles, en donnant des instructions appropriées aux organes d'exécution.

Malheureusement, cette réglementation est mise en question par un arrêt du TFA, de sorte que, dans bien des cas, l'AI ne remplira pas la tâche qui lui est assignée !

Les familles déjà fortement éprouvées par la naissance d'enfants invalides supporteront encore les conséquences de cet état de choses sur le plan économique.

Le Conseil fédéral est prié d'indiquer par quelles modifications des dispositions d'exécution de la loi fédérale sur l'AI il pense remédier à la situation créée par l'arrêt du TFA. »

Postulat Dafflon,
du 4 octobre 1962

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

« En raison de l'accroissement du nombre des personnes âgées dans notre pays et en tenant compte de la faible capacité d'hébergement offerte par les maisons de retraite, ainsi que de la pénurie de logements à loyer modéré, un grand nombre de vieillards dans chaque canton sont livrés à eux-mêmes alors qu'ils rencontrent les plus grandes difficultés à organiser leur

existence. D'autres ne désirent pas entrer dans une maison de retraite, mais préfèrent conserver une certaine indépendance.

En créant des services cantonaux ou communaux d'aide médico-sociale et des services d'aide ménagère, on remédierait à une lacune de nos lois sociales.

En conséquence, le Conseil fédéral est invité à soumettre à l'assemblée fédérale un projet de loi ou d'arrêté subventionnant fortement les cantons ou communes qui les ont créés ou les créeront, en prélevant les montants nécessaires sur le fonds spécial constitué par l'impôt sur le tabac et sur l'alcool. »

Question écrite
Gnägi,
du 4 octobre 1962

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

« L'exécution de la loi sur l'AI a parfois des conséquences trop rigoureuses d'ordre social, notamment en ce qui concerne les mesures de réadaptation, en partie très coûteuses, pour les personnes atteintes d'infirmités congénitales. Ces conséquences sont encore aggravées par la jurisprudence du TFA. Avant tout, la brièveté des délais pour s'annoncer crée souvent des difficultés que le législateur ne pouvait prévoir, mais qu'il n'a certainement pas voulues. Le Conseil fédéral est par conséquent prié de dire si ces conséquences peuvent être atténuées par une adaptation immédiate de l'article 78, 2^e alinéa, du règlement d'exécution de la loi fédérale sur l'AI ou par d'autres mesures appropriées. »

Fonds
de compensation
de l'AVS

Le Conseil d'administration du fonds de compensation de l'AVS a effectué, au cours du troisième trimestre de 1962, des placements pour une somme de 54,5 millions de francs, dont 1,7 million consiste en emplois de capitaux.

La totalité des capitaux du fonds de compensation de l'AVS placés au 30 septembre 1962 se monte à 6123,7 millions de francs, se répartissant entre les catégories suivantes d'emprunteurs, en millions de francs: Confédération 529,2 (529,2 à fin juin 1962), cantons 1000,7 (996,5), communes 814,9 (801,0), centrales des lettres de gage 1581,8 (1581,8), banques cantonales 1159,7 (1147,9), institutions de droit public 21,9 (21,9) et entreprises semi-publiques 1015,5 (991,6).

Le rendement moyen des capitaux placés au 30 septembre 1962 est de 3,25 pour cent, comme à la fin du deuxième trimestre de 1962.

Création d'un office
régional AI
à Aarau

Le canton d'Argovie a, jusqu'à présent, participé à la gestion de l'office régional AI de Bâle, en collaboration avec les cantons de Soleure, Bâle-Ville et Bâle-Campagne. Ce canton a maintenant demandé l'autorisation de créer son propre office régional AI, ce que le Département fédéral de l'intérieur a

admis par décision du 6 octobre 1962. L'OFAS est chargé de fixer la date d'ouverture du nouvel office régional, ce qui probablement aura lieu dans le courant du premier trimestre de 1963, et de régler les détails de la reprise des affaires par ledit office.

Appels et préavis de l'OFAS

À la demande des caisses de compensation, l'OFAS enverra désormais, à titre d'information, une copie de ses mémoires d'appel à la caisse de compensation intéressée au litige. Le TFA, de son côté, a décidé de notifier le préavis de l'OFAS non seulement à l'assuré, mais encore à la caisse qui est partie au procès.

Allocations familiales dans les cantons d'Uri, Bâle-Campagne et Schaffhouse

Le 4 novembre 1962, les citoyens des cantons d'Uri, Bâle-Campagne et Schaffhouse ont eu à se prononcer sur des projets de loi concernant les allocations pour enfants. La révision de la loi du canton d'Uri sur les allocations pour enfants a été acceptée par 3634 voix contre 770. Cette révision apporte les innovations suivantes: extension du droit à l'allocation pour le premier enfant des familles comptant trois enfants ou plus; égalité complète de traitement des salariés étrangers et des travailleurs suisses; inclusion des personnes de condition indépendante dans le cercle des bénéficiaires (avec limite de revenu). Dans les cantons de Bâle-Campagne et de Schaffhouse, de nouvelles lois sur les allocations pour enfants aux salariés ont été acceptées par 10 271 voix contre 1917, respectivement 9188 voix contre 3171. Nous reviendrons sur ces deux lois dans un prochain numéro de la RCC.

JURISPRUDENCE

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 5 juin 1962, en la cause F. L.

Article 9, 1^{er} alinéa, LAI. Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas limité à la première réadaptation, mais s'étend également aux mesures subséquentes nécessaires et de nature à améliorer la capacité de gain de l'assuré, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. (Considérant 1.)

Article 21, 1^{er} alinéa, LAI ; article 14, 1^{er} alinéa, lettre d, RAI. Le droit à un appareil acoustique est motivé même lorsque, à cause du bruit des machines, il ne peut pas être utilisé au poste de travail ; l'assuré, en effet, en a besoin pour exécuter des travaux accessoires, pour se rendre à son travail sans courir de dangers et pour améliorer son langage inintelligible. (Considérant 2.)

Articolo 9, capoverso 1, LAI. Il diritto ai provvedimenti d'integrazione non è limitato alla prima integrazione ma si estende anche ai provvedimenti susseguenti necessari e atti a ripristinare, migliorare, conservare o avvalorare la capacità al guadagno. (Considerando 1.)

Articolo 21, capoverso 1, LAI ; articolo 14, capoverso 1, lettera d, OAI. Il diritto ad un apparecchio acustico è giustificato anche se, a causa del rumore dei macchinari, esso non può essere utilizzato sul posto di lavoro ; l'assicurato ne ha pertanto bisogno per eseguire lavori accessori, per recarsi al lavoro senza pericolo e per migliorare il suo linguaggio inintelligibile. (Considerando 2.)

L'assuré, né en 1926, souffre de surdité de l'oreille droite et d'hypoacousie grave de l'oreille gauche. Selon le certificat médical, l'hypoacousie peut encore être atténuée par un appareil. Dès 1942, l'assuré a été sans interruption au service d'une tréfilerie où il travaille principalement à une guipeuse, mais s'occupe également de travaux d'entreposage et de chargement. Par son activité, il obtient « approximativement » le salaire d'un manœuvre entièrement valide. En août 1960, il présenta une demande de prestations à l'AI. La commission AI décida de refuser la remise en prêt d'un

appareil acoustique, l'assuré n'étant pas empêché gravement dans l'exercice de son activité.

L'assuré ayant recouru, la commission de recours pria l'AI de prendre en charge la remise d'un appareil acoustique.

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

1. Selon l'article 9, 1^{er} alinéa, LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à améliorer leur capacité de gain, à la rétablir, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Par conséquent, le droit aux mesures de réadaptation n'est pas limité à la première réadaptation, mais s'étend également aux mesures subséquentes nécessaires et de nature à améliorer la capacité de gain de l'assuré, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. 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 dressée par le Conseil fédéral. Comme la remise d'un moyen auxiliaire représente une mesure de réadaptation, la notion « réadaptation à la vie professionnelle » de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI doit être comprise dans le sens large exposé plus haut (cf. arrêt du TFA du 14 février 1962 en la cause E. Sch., RCC 1962, p. 210). Les appareils acoustiques sont cités sous la lettre *d* de l'article 14, 1^{er} alinéa, RAI, qui contient la liste des moyens auxiliaires. L'article 15, 1^{er} alinéa, RAI établit en outre 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. La définition du droit aux mesures de réadaptation donnée à l'article 9, 1^{er} alinéa, LAI servira de guide pour interpréter aussi cette disposition.

2. Dans le cas présent, on admettra avec l'autorité de première instance que l'assuré a besoin d'un appareil acoustique pour améliorer sa capacité de gain et en favoriser l'usage. Il travaille, sans doute, de manière prédominante à une guipeuse où, à cause du bruit, il ne peut utiliser cet appareil que pour contrôler la machine. Cependant, l'assuré est occupé en outre à des travaux d'entreposage et de chargement pour lesquels il lui faut comprendre les ouvriers travaillant à côté de lui et entendre les camions. Son employeur fait remarquer que les changements fréquents dans le personnel rendent la compréhension avec l'assuré de plus en plus difficile. Or, le langage inintelligible de l'assuré dur d'oreille peut être amélioré par le port d'un appareil acoustique. En outre, il ne faut pas oublier qu'un appareil acoustique est aussi important pour que l'assuré puisse se rendre à son travail sans courir de dangers dans la forte circulation actuelle. Contrairement à l'avis de l'OFAS, on ne saurait dire, dans ces conditions, que l'appareil acoustique serve surtout à faciliter le contact avec des camarades avant et après le travail et pendant les pauses.

Toutefois, l'appareil acoustique ne sera remis qu'en prêt pour le moment ; l'expérience montrera si cet appareil influence la capacité de gain de l'assuré autant que l'on doit s'y attendre au vu du dossier. Au reste, l'AI devra supporter également les frais causés à l'assuré par l'entraînement (recommandé par le service spécialisé) à l'usage de l'appareil acoustique.

Arrêt du TFA, du 5 mars 1962, en la cause R. B.

Article 18, 2^e alinéa, LAI; article 7 RAI. L'AI ne peut pas refuser une aide en capital à un assuré remplissant les conditions mises à l'octroi de celle-ci par la LAI et le RAI, en alléguant qu'on pourrait aussi attendre de lui qu'il exerce une activité salariée ou qu'il s'est mis à son compte sans attendre les mesures de l'AI.

Articolo 18, capoverso 2, LAI; articolo 7 OAI. L'AI non può rifiutare un aiuto in capitale ad un assicurato che soddisfa ai requisiti della LAI e dell'OAI, allegando che questi sarebbe in grado di esercitare un'attività salariale o che avrebbe dovuto attendere le disposizioni dell'AI prima di iniziare un'attività in proprio.

L'assuré, né en 1925, n'a pas appris de métier. Après l'école primaire, il a suivi un cours d'agriculture et travaillé ensuite à la poste de 1946 à 1949. Il quitta cette place pour se préparer au certificat de maturité. Il se rendit tout d'abord en Afrique du Nord pour six mois afin de gagner l'argent nécessaire à ses études; ensuite, il fut pendant trois ans manœuvre aux Pays-Bas dans une brasserie et dans une gravière et, pendant une année, mineur en Belgique. Il se rendit en Allemagne en 1955. Il y fut, dès 1956, étudiant-ouvrier et travailla comme guide et comme employé d'une entreprise industrielle et d'une caisse-maladie. Il fit en outre un stage en psychologie. Selon ses dires, des douleurs persistantes au dos (notalgies) le forcèrent en 1959 à interrompre ses études et à rentrer en Suisse (il porte depuis mars 1960 un corset armé). D'avril à décembre 1960, il a été représentant d'une compagnie d'assurance. Il tient un kiosque à son compte depuis le mois de février 1961. Il adressa une demande à l'AI en juillet 1960. L'expert auquel la commission AI fit appel conclut dans son rapport que l'assuré n'avait pas une intelligence suffisante pour mener des études à bien, qu'une activité dans le secteur commercial ou administratif semblait la plus facilement réalisable et qu'un travail dans le domaine de l'assistance pourrait éventuellement entrer en ligne de compte. La commission AI rejeta la demande de reclassement et d'aide en capital; en revanche, elle se déclara prête à examiner, après que la facture lui aurait été remise, la prise en charge éventuelle du corset armé acheté en mars 1960.

L'assuré recourut contre cette décision auprès de l'autorité cantonale de recours et demanda l'octroi d'une aide en capital de 5000 francs à placer dans son kiosque. L'autorité cantonale de recours rejeta ce recours, alléguant que les conditions économiques de l'affaire ne paraissaient pas garantir de manière durable l'existence de l'assuré et qu'il n'était pas prouvé que les bases financières de l'entreprise étaient suffisantes. En outre, elle releva que l'assuré avait quitté son poste de représentant sans raison plausible, ce qui revenait au même que d'empêcher ou au moins d'entraver la réadaptation.

Le TFA admit l'appel de l'assuré. Voici ses considérants:

1. A l'encontre de l'avis exprimé par l'OFAS, on peut admettre que l'assuré est invalide au sens de l'article 4 LAI. Il porte un corset de soutien confectionné à son intention sur prescription médicale; la commission AI semble d'ailleurs en avoir assumé les frais entre temps. L'OFAS relève cependant avec raison qu'il aurait fallu demander un rapport médical sur l'état physique de l'assuré, bien que celui-ci soit en traitement médical depuis 1957 selon les indications qu'il a fournies dans la formule de demande. Seul, un tel rapport médical permettrait de dire quelles mesures de réadaptation sont «indiquées» en l'espèce conformément à l'article 10, 1^{er} alinéa, LAI. Selon l'expertise,

il est uniquement établi que l'assuré n'est pas apte à poursuivre des études et qu'en considération de son intelligence, il peut s'adonner à une activité commerciale ou dans le domaine de l'assistance.

2. En ce qui concerne la question de l'aide en capital, il faut retenir que l'autorité ne peut pas dire à son gré 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. Si l'article 18, 2^e alinéa, LAI dispose qu'une aide en capital *peut* être allouée à un assuré invalide susceptible d'être réadapté, afin de lui permettre d'entreprendre une activité comme travailleur indépendant, il n'en lie pas moins l'administration, qui est tenue de juger selon une appréciation équitable (ATFA 1959, p. 199; RCC 1959, 450). Il est possible, sans doute, de tenir compte dans une large mesure des particularités du cas et d'observer une réserve conforme au caractère de cette mesure de réadaptation; mais il n'est pas vrai que l'aide en capital n'entre plus en ligne de compte dans tous les cas où une activité salariée serait possible ou raisonnablement exigible. 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 (cf. arrêt du TFA, du 6 janvier 1962, en la cause J. G., RCC 1962, p. 122). Le fait aussi qu'un assuré s'est mis à son compte sans attendre les mesures de l'AI ne s'oppose pas à l'octroi d'une aide en capital.

3. Il faut, en l'espèce, demander un rapport médical avant d'apprécier le droit à une aide en capital, pour établir si la tenue d'un kiosque convient à la santé de l'assuré (cf. considérant 1). Si oui, d'autres enquêtes seront nécessaires: il s'agira tout d'abord d'examiner si l'assuré remplit les conditions énoncées à l'article 7 RAI et mises à la tenue d'un kiosque, car les pièces figurant au dossier ne donnent que des renseignements insuffisants sur ce point. Il est douteux que l'assuré persévère longtemps dans son kiosque, précisément parce qu'il possède de l'expérience et des qualités précieuses. Il y a maintenant une année environ qu'il exerce cette activité; les expériences faites pendant cette période peuvent être utiles à l'appréciation de cette question. En outre, le dossier ne donne pas de détails sur le financement du kiosque. Enfin, si les conditions mises à l'octroi d'une aide en capital étaient remplies, il faudrait procéder aussi à une enquête à ce sujet (cf. article 7 RAI).

Si une aide en capital n'entre pas en ligne de compte, on jugera sur la base du rapport médical et d'autres données si d'autres mesures de réadaptation ne sont pas indiquées, telles que reclassement, orientation professionnelle ou service de placement. En tout cas, on ne saurait reprocher à l'assuré, devenu invalide en 1957 ou 1958 seulement, d'avoir quitté son emploi fixe à la poste en 1949, c'est-à-dire 11 ans avant l'entrée en vigueur de l'AI. Il n'est pas exclu que des raisons de santé aient été déterminantes lors de l'abandon de son poste de représentant en 1960. A défaut d'un rapport médical, on ne peut pas dire aujourd'hui que l'assuré ait renoncé sans raison suffisante à cette activité.

C'est à la commission AI de procéder aux examens nécessaires et de rendre un nouveau prononcé. La cause lui est renvoyée et le jugement de l'autorité de première instance, ainsi que la décision de la caisse, sont annulés. L'assuré a droit à une indemnité en couverture de ses dépens.

RENTES

Arrêt du TFA, du 16 mars 1962, en la cause F. B.

Articles 10, 1^{er} alinéa, 12, 1^{er} alinéa, et 28, 2^e alinéa, LAI. Lors de l'évaluation de l'invalidité d'un agriculteur âgé de 62 ans, il est superflu d'examiner l'éventualité d'une opération de sa coxarthrose à titre de mesure médicale de réadaptation.

Articoli 10, capoverso 1, 12, capoverso 1, e 28, capoverso 2, LAI. Determinando il grado d'invalidità di un agricoltore dell'età di 62 anni, non occorre esaminare la possibilità di un intervento chirurgico della sua affezione dell'anca quale provvedimento sanitario d'integrazione.

L'assuré, né en 1900, est propriétaire d'un important domaine rural. Il souffre de coxarthrose bilatérale et a eu, il y a quelque temps, une crise de schizophrénie. Se conformant au prononcé de la commission AI, la caisse lui a refusé l'octroi d'une rente. L'assuré a recouru pour être mis au bénéfice d'une telle prestation, en demandant à être examiné par un spécialiste. N'ayant pas obtenu satisfaction de la part de la commission de recours, il a interjeté appel auprès du TFA.

Le TFA a annulé les décisions cantonales et renvoyé la cause à la commission AI pour les motifs suivants :

1. L'OFAS émet l'avis qu'il importe en premier lieu d'examiner si l'assuré a droit à des mesures de réadaptation. Etant donné toutefois les circonstances d'espèce, on ne saurait affirmer que de telles mesures soient « indiquées » au sens de l'article 10, 1^{er} alinéa, LAI. Dans l'hypothèse la plus favorable, le succès qu'un traitement chirurgical de l'affection de la hanche pourrait avoir chez un assuré âgé déjà de 62 ans se ferait à peine sentir avant la survenance de la limite d'âge ouvrant droit à une rente de vieillesse. L'expérience enseigne, en effet, que les personnes d'un certain âge ont besoin d'une longue convalescence pour se remettre des suites d'une opération et s'adapter aux conditions anatomiques nouvelles (l'expertise parle d'une arthrodèse). On peut se demander en outre si, compte tenu de la crise de schizophrénie dont il a été victime, l'assuré disposerait des ressources psychiques nécessaires à une opération. D'ailleurs, les experts consultés doutent qu'une opération soit praticable en raison de l'état physique de l'intéressé. Au demeurant, pour déterminer si une intervention médicale constitue ou non une mesure médicale au sens de l'article 12 LAI, on ne saurait faire abstraction de l'âge de l'assuré (cf. arrêt du TFA, du 7 décembre 1961, en la cause O. S., RCC 1962, p. 118, où le TFA a reconnu le traitement médical comme mesure de réadaptation en raison notamment du jeune âge de l'assurée). La période d'activité lucrative dont dispose encore l'assuré, âgé de 62 ans, est si courte que l'on a peine à considérer l'opération comme visant en premier lieu la réadaptation professionnelle. Enfin, d'éventuelles mesures physiothérapeutiques ne sauraient être prises en charge par l'AI, parce qu'il ne s'agirait pas d'actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée au sens de l'article 2 RAI (cf. ATFA 1961, p. 314 = RCC 1962, p. 72).

2. Reste à examiner dès lors la question du droit à la rente. 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, il peut prétendre une rente lorsqu'il est invalide pour les deux cinquièmes au moins (40 pour cent).

Contrairement à l'avis de l'OFAS, on ne saurait affirmer, en l'état actuel du dos-

sier, que l'assuré soit invalide pour moins de 50 pour cent, en sorte que, à défaut de cas pénible, il n'a pas droit à une rente ; une enquête complémentaire est en effet nécessaire pour déterminer le degré d'invalidité. Selon l'expertise déposée en cause, l'assuré est gravement atteint dans son intégrité physique, ce qui ne ressort pas assez clairement du questionnaire médical demandé par la commission AI. Les allégations de l'OFAS, selon lesquelles l'intéressé n'a occupé en 1960, comme main-d'œuvre masculine, que son fils F. (né en 1931) ainsi que, par intermittences, un valet de ferme, reposent certes sur les renseignements fournis par la caisse et l'autorité fiscale ; mais elles sont contredites par les indications du mémoire d'appel, d'où il appert que, outre le fils F., un autre fils J. (né en 1935), les deux filles A. et T. (nées en 1933 et 1943) ainsi que l'épouse de l'appelant ont contribué à l'acquisition du « revenu familial » sur lequel il a été imposé. Tant les enfants que l'épouse travaillent dans l'entreprise agricole, les premiers recevant toutefois un peu d'argent de poche, outre leur entretien. L'enquête complémentaire devra faire toute la lumière nécessaire sur ce point. Si les allégations contenues dans le mémoire d'appel devaient se révéler exactes, il faudrait encore déterminer quelle est la part du revenu familial revenant à l'assuré en raison de son activité.

Etant donné que l'exploitation de l'assuré est vouée principalement à l'économie laitière (la surface labourable n'est que de 0.85 ha.), la production de lait joue un rôle déterminant. Il ressort d'une attestation de l'association des producteurs de lait, jointe à l'appel, que la production de lait durant les années 1959 et 1960 a fortement baissé par rapport aux années 1938 et 1939, fait que l'assuré attribue à la diminution de sa capacité de travail. L'OFAS pense au contraire que cette baisse de production provient, non pas de l'invalidité de l'assuré, mais d'une « nouvelle orientation de l'entreprise ». Les raisons exactes de la baisse de la production laitière demeurent actuellement inconnues. Sur ce point également, qui est très important pour évaluer l'invalidité de l'assuré, il appartiendra de recueillir les renseignements complémentaires nécessaires.

Il importera aussi d'examiner si, comme le soutient l'OFAS, l'atteinte à la santé physique dont souffre l'assuré n'a pas grande importance, du fait qu'en raison de son âge et de la collaboration des siens, l'assuré n'effectuerait plus les travaux pénibles même s'il n'était pas invalide. S'il devait apparaître que le concours des proches est insuffisant, on ne saurait admettre sans réserve l'opinion de l'OFAS, car il est notoire que plus d'un paysan demeure à la tâche jusqu'à un âge fort avancé pour remédier au manque de main-d'œuvre étrangère. D'autre part, alors que l'OFAS allègue que l'atteinte à la santé n'a pas sensiblement entravé l'appelant dans son importante fonction de directeur de l'exploitation, l'appelant soutient que cette fonction a été déléguée à son fils F., en sorte que les effets de son invalidité demeurent entiers. Dès lors, cette question exige, à son tour, de plus amples éclaircissements.

Enfin, l'OFAS fait remarquer que l'assuré a la possibilité de présenter une nouvelle demande de rente si son état de santé s'est — ainsi qu'il ressort de l'expertise ordonnée — sensiblement aggravé au cours de l'année 1961. Toutefois, l'OFAS semble ignorer que selon l'anamnèse figurant dans le rapport d'expertise, l'assuré a déclaré en octobre 1961 que « depuis au moins une année, les douleurs de la hanche droite auraient augmenté ; la marche serait devenue plus difficile et la fatigue plus rapide. Au surplus, il ressentirait maintenant des douleurs dorsales ». Ceci prouve que les maux dont l'assuré s'est plaint existaient déjà au moment où il a présenté sa demande (en octobre 1960).

La cause doit dès lors être renvoyée à la commission AI, à qui il appartiendra de procéder aux enquêtes nécessaires et de rendre un nouveau prononcé sur le degré d'invalidité.

Arrêt du TFA, du 16 avril 1962, en la cause J. R.

Articles 28 LAI et 25, 2^e alinéa, RAI. Lorsque le revenu fiscal d'un assuré invalide travaillant dans une entreprise agricole familiale est sans rapport aucun avec le gain qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, il y a lieu de se fonder, pour fixer l'invalidité déterminante, sur la capacité de travail constatée par le médecin.

Articoli 28 LAI e 25, capoverso 2, OAI. Quando il reddito fiscale di un invalido che lavora nell'azienda agricola familiare non è in proporzione con il guadagno che egli sarebbe in grado di conseguire esercitando un'attività che si può ragionevolmente da lui richiedere, occorre, per stabilire l'invalidità determinante, fondarsi sulla capacità lavorativa constatata dal medico.

L'assuré, né en 1916, célibataire, souffre depuis 1944 des séquelles d'une poliomyélite; au surplus, il contracta en 1957 une tuberculose pulmonaire. Il consacre son activité à l'exploitation d'un domaine dont il est copropriétaire avec son frère depuis fin 1947. La demande de rente qu'il présenta fut rejetée, la commission AI ayant estimé que son invalidité s'élevait à 24 pour cent. Un recours contre cette décision n'eut pas plus de succès, car la commission de recours considéra, d'après ses propres constatations, que l'invalidité était inférieure à 25 pour cent.

Le TFA admit l'appel de l'assuré et lui reconnut le droit à une demi-rente pour les motifs suivants:

1. En vertu de l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, un assuré a droit à une rente lorsqu'il est invalide pour la moitié au moins (50 pour cent); lorsqu'il est invalide pour moins des deux tiers, le montant de la rente est réduit de moitié. L'invalidité, au sens de la LAI, est la diminution de la capacité de gain présumée permanente ou de longue durée (art. 4 LAI). Le degré d'incapacité de gain doit être déterminé d'après le dommage que l'assuré subit dans l'exploitation du domaine dont il est copropriétaire avec son frère, malgré l'utilisation de la capacité de travail résiduelle qu'on *peut raisonnablement attendre de lui* (art. 25, 2^e al., RAI).

2. Ainsi que l'assuré le reconnaît lui-même dans son recours, la tuberculose pulmonaire n'entrave pas sa capacité de travail. En revanche, le spécialiste consulté, confirmant les déclarations du médecin traitant, relève ce qui suit au sujet des séquelles de poliomyélite. L'assuré se déplace à l'aide de cannes, il est obligé de prendre un appui pour se dévêtir et ne peut plus se redresser lorsqu'il est couché. Il ne peut se maintenir debout sur une surface plane qu'en s'appuyant sur une canne ou en s'accotant à une paroi. Même en position assise, il est obligé d'assurer son équilibre avec les mains pour ne pas tomber à la renverse.

Il ressort clairement de ce qui précède que la capacité de travail de l'assuré en tant qu'agriculteur est fortement diminuée. Selon les déclarations du médecin, il ne peut se lever sans aide après la traite et est incapable de travailler aux champs. Le fait qu'à la fin de 1947 (date à laquelle il était déjà affecté des séquelles de sa poliomyélite) il est devenu copropriétaire pour la moitié du domaine paternel ne prouve pas qu'il ait conservé en fait sa capacité de travail. Comme le déclare avec vraisemblance l'intéressé dans son mémoire d'appel, le père voulait assurer par là l'existence matérielle de son fils. Il est également plausible — autre allégation de l'appelant — que son frère, marié, assume la direction de l'entreprise et qu'il ne soit lui-même que membre de la communauté familiale. On veille donc à son entretien sans déduire un salaire ou effectuer un

partage du bénéfice de l'exploitation. Dès lors, le revenu fiscal de l'intéressé constitue un élément peu sûr pour évaluer son invalidité. La répartition du revenu de l'exploitation semble être le fait des autorités fiscales et non pas celui des contribuables (depuis 1957, 40 pour cent est attribué à l'assuré et 60 pour cent à son frère, alors que précédemment, la répartition avait lieu par moitié). D'autre part, on ne saurait omettre que le gain de l'assuré provient en partie des intérêts du capital et que, dans ses relations avec son frère, des éléments relevant du droit de famille jouent un rôle déterminant. Le revenu fiscal de l'assuré n'est ainsi pas comparable à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui. Dans ces conditions, on ne peut que se fonder sur la capacité de travail de l'assuré, telle qu'elle a été évaluée par le médecin, pour déterminer le dommage que l'assuré subit en utilisant sa capacité de travail résiduelle qu'on peut raisonnablement attendre de lui. Ce faisant, la Cour de céans parvient à la conclusion qu'en tenant compte de toutes les circonstances du cas, le dommage s'élève à 50 pour cent. Dès lors, l'assuré a droit, en raison d'une invalidité qui se situe entre 50 et 66 % pour cent, à une demi-rente d'invalidité, comme l'a proposé la commission AI.

PROCÉDURE

*Arrêt du TFA, du 4 septembre 1962, en la cause L. E.*¹

Article 78, 2^e alinéa, RAI. Conditions de la prise en charge exceptionnelle de mesures de réadaptation déjà exécutées.

L'urgence d'une mesure de réadaptation doit être jugée suivant les circonstances du cas. Il n'y a pas de présomption d'urgence pour certaines sortes de mesures (par exemple pour le traitement médical des infirmités congénitales).

Le délai de trois mois n'est réputé observé que si la demande de prestations a été remise à temps à un organe de l'AI. Une demande adressée à un autre corps des assurances sociales (par exemple à une caisse-maladie) ne suffit pas.

Le délai ne commence à courir qu'à partir du moment où l'assuré a eu connaissance de l'état de fait donnant droit à des prestations. Cette condition est réalisée, s'agissant d'une infirmité congénitale, dès que l'origine congénitale de l'affection lui est connue ; mais le fait d'ignorer que cette affection figure dans la liste des infirmités congénitales établie par le Conseil fédéral n'empêche pas le délai de courir.

Toute admission non prévisible dans un hôpital représente le début d'une nouvelle mesure médicale, qui fait courir un nouveau délai.

Articolo 78, capoverso 2, OAI. Condizioni alle quali l'AI si assume eccezionalmente le spese per provvedimenti d'integrazione già eseguiti.

Il carattere d'urgenza di un provvedimento d'integrazione dev'essere giudicato in base alle circostanze del caso. Non sussiste la presunzione dell'urgenza per certe speci di provvedimenti (ad esempio, per la cura medica delle infermità congenite).

Il termine di tre mesi è ritenuto osservato soltanto se la domanda di presta-

¹ Voir commentaire à la page 428.

zioni è stata consegnata in tempo utile ad un organo dell'AI. Una domanda indirizzata ad un altro istituto di assicurazione (per esempio, a una cassa malati) non è sufficiente.

Il termine decorre soltanto dal momento in cui l'assicurato ha avuto conoscenza del fatto che gli dà diritto a delle prestazioni. Questo presupposto sussiste, trattandosi di un'infermità congenita, dal momento in cui l'assicurato è a conoscenza della natura congenita della sua affezione. Il fatto di ignorare che questa malattia figura nell'elenco delle infermità congenite stabilito dal Consiglio federale non impedisce la decorrenza del termine.

Ogni singolo soggiorno ospedaliero che non ha potuto essere previsto precedentemente, è considerato come inizio dell'esecuzione di un nuovo provvedimento sanitario per il quale decorre un nuovo termine per la presentazione della domanda.

L'assurée, née le 7 août 1960, souffre depuis sa naissance d'un grave rétrécissement des voies respiratoires, qui provoque une respiration bruyante. Il s'agit manifestement d'une forme particulière de sténoses laryngis cong., citée au numéro 77 de l'article 2 OIC. L'état de la malade a tendance à s'améliorer spontanément ; toutefois, l'étranglement des voies respiratoires représente un grave danger en cas d'infection grip-pale et nécessite alors un séjour à l'hôpital. C'est pourquoi l'assurée a été hospitalisée du 16 octobre au 7 décembre 1960, du 12 décembre 1960 au 14 février 1961, du 2 mars au 19 avril et du 11 au 18 mai 1961.

Le 2 juin 1961, le père de l'assurée adressa à l'AI une demande de prestations. La commission AI se prononça pour la prise en charge des frais afférents aux contrôles médicaux, frais de transport compris, à partir du 2 juin 1961 ; elle refusa en revanche de payer les mesures exécutées avant le dépôt de la demande. La caisse de compensation communiqua ce prononcé au père de l'assurée par décision du 25 septembre 1961.

Le père de l'assurée attaqua cette décision auprès de l'autorité cantonale de recours, en requérant le bénéfice des prestations de l'assurance dès la naissance de l'enfant.

La commission cantonale de recours admit partiellement le recours en mettant à la charge de l'AI « non seulement les mesures de réadaptation appliquées dès le 2 juin 1961, mais encore les frais d'hospitalisation du 2 mars au 19 avril 1961 et du 11 au 18 mai 1961 ». L'autorité de recours fonda son jugement du 22 décembre 1961 sur les considérations suivantes : A son avis, l'AI ne paie que les mesures de réadaptation préalablement prescrites par la commission AI, et c'est à titre exceptionnel qu'en vertu de l'article 78, 2^e alinéa, RAI, elle couvre également les mesures dont l'intérêt de l'assurée exigeait qu'elles fussent appliquées avant le dépôt de la demande, pourvu que ledit dépôt ait eu lieu au plus tard trois mois après le début de l'exécution. Chaque admission à l'hôpital représenterait le « début de l'application » d'une mesure de réadaptation au sens de la disposition précitée. L'AI devrait donc payer les séjours passés à l'hôpital, en raison de l'aggravation aiguë de l'état de l'assurée, au cours des trois mois ayant précédé le dépôt de la demande. La prise en charge de mesures plus anciennes serait exclue conformément à l'article 78, 2^e alinéa, RAI, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1961.

Le père de l'assurée a porté ce jugement devant le TFA en concluant à la prise en charge par l'AI de toutes les mesures appliquées dès le 16 octobre 1960. L'appelant conteste la légalité de l'article 78, 2^e alinéa, RAI, dans la mesure où on lui attribue des effets de péremption. D'ailleurs, le délai de trois mois fixé dans cette disposition ne saurait commencer à courir qu'à partir du moment où l'intéressé peut objectivement connaître ses droits. L'appelant déclare que c'est en été 1961 seulement que

cette condition fut réalisée : le médecin-chef fit savoir à la caisse-maladie, en mai 1961, qu'il s'agissait d'une infirmité congénitale, sur quoi l'appelant fut invité par ladite caisse à adresser une demande de prestations à l'AI.

La caisse de compensation a également interjeté appel, en concluant au rétablissement de sa décision du 25 septembre 1961. Dans son mémoire, elle soutient que les mesures en cause concernent une seule et même infirmité congénitale, de sorte qu'il ne saurait y avoir chaque fois un « début d'application ».

Dans son préavis, l'OFAS conclut à l'admission de l'appel de l'assuré, essentiellement pour les motifs suivants : Le délai de trois mois fixé à l'article 78, 2^e alinéa, RAI ne commencerait à courir qu'à partir du moment où les conditions de fait seraient réalisées, notamment la possibilité de déterminer objectivement les prétentions de l'assuré envers l'AI. En l'espèce, le délai aurait donc commencé à courir le 17 mai 1961 au plus tôt, car c'est seulement à cette date que la caisse-maladie avait rendu le père de l'assurée attentif au fait que son enfant souffrait d'une infirmité congénitale reconnue par l'AI. Le demande introduite auprès de l'AI le 2 juin 1961 l'avait par conséquent été dans le délai prescrit. D'autre part, l'assurée avait déjà été régulièrement annoncée à la caisse-maladie, et l'on pourrait considérer la date de l'avis de maladie comme la date du dépôt de la demande envers l'AI.

Le TFA a rejeté les deux appels pour les motifs suivants :

1. Pour exercer son droit aux prestations de l'AI, l'assuré doit présenter une demande auprès de la commission AI compétente (art. 46 LAI). Tout comme dans les autres domaines des assurances sociales, les prestations ne sont donc octroyées que sur demande. C'est seulement dans le domaine des rentes que la loi règle les obligations de l'AI pour la période antérieure à la demande : aux termes de l'article 48, 2^e alinéa, LAI, l'assuré doit exercer son droit dans les six mois suivant la naissance de son droit, faute de quoi la rente ne lui est allouée qu'à partir du mois dans lequel il a agi. En matière de réadaptation, il ressort clairement de l'article 60, 1^{er} alinéa, lettre b, LAI, que le législateur n'a pas eu l'intention de mettre à la charge de l'assurance les mesures appliquées avant le dépôt de la demande. Cette disposition prévoit que c'est à la commission AI qu'il incombe de déterminer les mesures de réadaptation à appliquer et, au besoin, d'établir un plan général de réadaptation. En principe donc, les mesures de réadaptation ne sont accordées que si elles ont été prescrites par la commission AI avant leur application, ce qui implique le dépôt préalable d'une demande de prestations. En instituant les corps de spécialistes que sont les commissions AI, on a notamment pris en considération le fait qu'ils auraient à ordonner des mesures de réadaptation et non pas à approuver simplement des mesures déjà appliquées ou en cours d'application. S'agissant de mesures médicales, les médecins doivent sans doute déterminer le traitement à appliquer dans chaque cas particulier ; mais ce sont les commissions AI qui décident si ce traitement peut être pris en charge par l'AI ou non.

L'application rigide du principe suivant lequel seules les mesures préalablement ordonnées par la commission AI peuvent être payées par l'assurance pourrait, toutefois, conduire à des situations trop dures, notamment lorsqu'une mesure médicale est si urgente qu'il n'est pas possible de différer son application jusqu'au moment où la commission AI s'est prononcée. Il est par conséquent nécessaire de prévoir des exceptions au principe légal. C'est ce qu'a fait le Conseil fédéral à l'article 78, 2^e alinéa, RAI, en se fondant sur le mandat général d'exécution dont il dispose en vertu de l'article 86, 2^e alinéa, LAI.

2. L'article 78, 2^e alinéa, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1961, reprend tout d'abord le principe suivant lequel l'assurance paie seulement les mesures qui, avant d'être exécutées, ont été ordonnées par la commission AI (ou la caisse de compensation).

Puis il dispose ce qui suit : « Si l'intérêt de l'assuré exige qu'une mesure de réadaptation soit exceptionnellement appliquée avant d'avoir été prescrite, l'assurance en paiera les frais à la condition que l'assuré ait déposé sa demande et tous autres documents auprès de la commission au plus tard trois mois après le début de l'application de cette mesure ». La prise en charge exceptionnelle de mesures déjà exécutées est donc liée à deux conditions : Premièrement, il doit s'agir d'une mesure urgente, dont l'intérêt de l'assuré exige qu'elle soit appliquée sans retard ; Secondement, la demande subséquente doit avoir été introduite auprès de la commission AI dans les trois mois à partir du début de l'exécution de la mesure en question. Cette réglementation de caractère exceptionnel est légale et lie par conséquent les organes chargés de l'application de la loi de la même manière que la loi elle-même.

Seules les circonstances du cas donné permettent de juger de l'urgence des mesures de réadaptation exécutées. Le Tribunal ne peut admettre le point de vue de l'OFAS, exposé dans sa circulaire du 28 mai 1962, suivant lequel on pourrait présumer sans autre examen que les mesures en rapport avec le traitement d'une infirmité congénitale doivent être appliquées dans l'intérêt de l'assuré avant le dépôt de la demande. Le traitement médical de certaines infirmités congénitales (par exemple des envies, des malformations du visage ou du pavillon de l'oreille, cf. n^{os} 9, 57 et 165 de la liste des infirmités congénitales, art. 2 OIC) peut être retardé sans que l'assuré ait à en souffrir, jusqu'au moment où la commission AI, saisie de la demande, aura ordonné les mesures à appliquer. D'autre part, le délai de trois mois n'est observé que si la demande a été remise à un organe de l'AI. Les demandes adressées à un autre corps des assurances sociales, par exemple à une caisse-maladie, voire à une assurance privée, sont insuffisantes, contrairement à la thèse développée dans la circulaire précitée de l'OFAS. D'ailleurs, du fait que l'assurance-maladie n'est pas partout obligatoire, une réglementation qui assimilerait l'avis de maladie, envoyé à une caisse-maladie, à une demande de prestations de l'AI entraînerait des inégalités choquantes : si deux assurés souffrent d'une même infirmité, diagnostiquée et traitée simultanément par le même médecin, celui qui serait membre d'une caisse-maladie verrait ses droits sauvegardés envers l'AI, alors que l'autre, dans l'impossibilité d'adresser un avis à une caisse-maladie dont il ne fait pas partie, ne pourrait pas obtenir le remboursement par l'AI de ses frais de traitement par suite de péremption de ses droits.

Toutefois, le délai prévu à l'article 78, 2^e alinéa, RAI ne commence à courir qu'à partir du moment où l'assuré a eu connaissance de l'état de fait ouvrant droit à des prestations. Le Tribunal s'est déjà prononcé dans ce sens à propos de l'application des articles 47, 2^e alinéa, LAVS et 78 RAVS (ATFA 1954, p. 26 — RCC 1954, p. 153). Transposé dans le domaine de l'article 78, 2^e alinéa, RAI, cela signifie, en cas d'infirmité congénitale : le délai de trois mois ne court que si l'intéressé savait que le traitement entrepris était effectivement destiné à soigner une infirmité congénitale. Cette solution correspond aussi au principe suivant lequel le droit à des prestations, fondé sur l'article 13 LAI, ne doit pas dépendre du moment où l'infirmité congénitale est reconnue comme telle (art. 1^{er}, 1^{er} al., OIC) ; car dans la pratique, il arrive fréquemment que le caractère congénital d'une affection ne se révèle qu'un certain temps après le début du traitement, et il serait injuste, en pareil cas, de fixer le point de départ du délai de l'article 78, 2^e alinéa, RAI au début du traitement. Des situations identiques pourraient d'ailleurs se présenter dans le domaine de l'article 12 LAI, ne serait-ce qu'à titre exceptionnel. Quant à savoir si le caractère relatif du délai de trois mois exige que celui-ci soit complété par un délai absolu de péremption, c'est à l'administration qu'il incombe d'examiner ce problème.

En revanche, contrairement à l'opinion de l'OFAS, l'ignorance du droit appli-

cable ne suffit pas à suspendre le délai de trois mois de l'article 78, 2^e alinéa, RAI (par exemple lorsqu'un assuré a été informé seulement peu de temps avant le dépôt de sa demande que son affection figure dans la liste des infirmités congénitales établie par le Conseil fédéral). Une solution différente serait en contradiction avec le principe généralement admis, suivant lequel nul ne peut tirer avantage de son ignorance du droit ; font seuls exception les cas expressément prévus par la loi, par exemple, en matière d'assurances sociales, l'absence d'exposé des moyens de droit dans une décision.

3. En l'espèce, il est hors de doute que les mesures médicales appliquées avant le dépôt de la demande étaient urgentes. A la suite d'infections grippales, l'infirmité (grave rétrécissement des voies respiratoires, avec respiration bruyante) avait pris plusieurs fois un aspect menaçant, qui rendait nécessaire, dans l'intérêt de l'assurée, son transfert immédiat à l'hôpital. En revanche, le délai de trois mois de l'article 78, 2^e alinéa, RAI (qui a commencé à courir le 1^{er} janvier 1961 en vertu de l'art. 116, 2^e al., RAI) n'a subi aucune suspension. L'existence d'une infirmité congénitale, état de fait ayant donné naissance au droit de l'assurée, était déjà connu en 1960 des représentants légaux de cette dernière. Sitôt après la naissance de l'enfant, en août 1960, ils remarquèrent que celle-ci ne respirait pas normalement, et le caractère congénital de cette affection dut leur apparaître bientôt. En tout cas, ils ne sauraient avoir supposé pendant des mois que leur fille souffrait d'une maladie contractée après sa naissance. Peu importe, comme indiqué ci-dessus, à quel moment exact ils apprirent que cette infirmité se trouvait dans la liste des infirmités congénitales établie par le Conseil fédéral ; le fait que l'enfant fut annoncée à la caisse-maladie en 1960 déjà est, lui aussi, sans importance.

Ainsi, l'AI ne doit payer les mesures appliquées avant le 2 juin 1961, date du dépôt de la demande, que dans la mesure où le début de l'exécution ne remonte pas au-delà de trois mois. On peut admettre, comme l'a fait l'autorité de première instance, et contrairement à l'avis de la caisse de compensation, que chaque entrée — imprévisible — à l'hôpital représente le début de l'application d'une nouvelle mesure. L'AI couvrira par conséquent, outre les mesures nécessaires dès le 2 juin 1961, les frais des séjours à l'hôpital du 2 mars au 19 avril et du 11 au 18 mai 1961.

Arrêt du TFA, du 4 avril 1962, en la cause H. O.

Article 69 LAI. Il est possible d'attaquer un jugement cantonal en force par voie de revision judiciaire lorsqu'un nouveau moyen de preuve en révèle l'inexactitude, mais non pas lorsqu'on aurait pu faire constater ce défaut déjà en procédure d'appel. (Considérents 1 et 2.)

Article 41 LAI. Il y a lieu de procéder à une revision par voie administrative en cas de modification ultérieure et déterminante du degré d'invalidité. (Considérent 3.)

Articolo 69 LAI. L'impugnazione per via di revisione di un giudizio cantonale cresciuto in forza di cosa giudicata è possibile allorchè un nuovo mezzo di prova ne rivela l'inesattezza, ma non quando si avrebbe potuto far constatare questo difetto già nella procedura d'appello. (Considerandi 1 e 2.)

Articolo 41 LAI. Occorre procedere a una revisione della rendita per via

amministrativa nel caso di ulteriore e importante modificazione del grado d'invalidità. (Considerando 3.)

L'assurée, née en 1917, mariée depuis 1936, travaillait jadis dans une fabrique; depuis 1953, elle ne s'occupe plus que de son ménage. Elle dut séjourner en sanatorium de décembre 1950 à avril 1951, à cause d'une tuberculose pulmonaire. Selon un rapport médical, l'assurée souffre, en outre, d'une légère insuffisance cardiaque et de troubles angineux; toutefois, son état de santé est satisfaisant et ne nécessite aucun traitement médical. L'assurée est apte au travail. Se conformant au prononcé de la commission AI, la caisse de compensation refusa la demande de rente présentée par l'intéressée.

Dans son recours, l'assurée alléguait qu'elle souffrait du cœur et des nerfs, et demanda l'expertise d'un spécialiste. La commission de recours rejeta le recours sans donner suite à cette demande. Son jugement du 30 décembre 1960 ne fut pas attaqué et entra en force.

Le 28 avril 1961, l'assurée demanda à la commission de recours la révision de son jugement et renouvela sa demande d'expertise. La commission de recours refusa d'entrer en matière.

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

1. L'article 85, 2^e alinéa, lettre h, LAVS est applicable par analogie en matière d'AI (art. 69 LAI). En vertu de cette disposition, le juge cantonal doit réviser un jugement en force et prendre un nouveau jugement sur le fond si un moyen de preuve nouveau (découvert après coup) en révèle l'inexactitude. Cependant, comme la révision par voie judiciaire tend à contrôler des jugements *passés en force*, le TFA ne pourra annuler ou modifier une décision cantonale refusant la révision que si cette décision repose sur une application inadmissible du droit (ATFA 1961, p. 291, considérant 2). La demande de révision par voie judiciaire est en effet un moyen de droit extraordinaire qui ne saurait être invoqué en lieu et place d'un moyen de droit ordinaire, non utilisé. Lorsqu'un assuré a omis de porter en temps utile un arrêt cantonal devant le TFA (art. 69 LAI, en relation avec l'art. 86 LAVS), il ne saurait combler cette lacune en procédant par voie de révision.

2. L'assurée soutient que seul un cardiologue serait en mesure de préciser si elle est encore capable d'exercer une activité lucrative et demande une expertise en ce sens. Or, cette demande ne porte pas sur un moyen de preuve *nouveau*; elle figurait déjà dans le mémoire de recours du 16 août 1960 et aurait pu être renouvelée dans la procédure ordinaire d'appel, du moment que le juge cantonal n'y avait pas donné suite.

En tout état de cause, l'on ne voit pas en quoi le jugement en révision du 22 septembre 1961 reposerait sur une application inadmissible du droit. En matière d'AI, l'assuré a droit à une rente si, par suite d'une atteinte à sa santé (congénitale ou acquise en cours d'existence), il est affecté d'une incapacité de gain présumée permanente ou de longue durée, de 50 pour cent au moins, voire de 40 pour cent dans les cas pénibles (art. 4 et 28 LAI). Or, il est vraisemblable que ni le 30 décembre 1960, ni le 22 septembre 1961, l'assurée ne présentait une telle incapacité de gain. Le 11 mai 1960, le médecin traitant avait établi le rapport suivant à l'intention de la commission AI: Depuis 1950, l'assurée l'avait consulté souvent pour légère insuffisance cardiaque, cystite et anémie. Lors de la consultation du 10 mai 1960, il n'avait constaté aucun symptôme morbide grave; la patiente était rétablie et en mesure de travailler, son état de santé ne nécessitant aucun traitement. Le médecin transmet ce rapport à la commission AI le 22 mai 1960 en précisant qu'il considérait le cas comme élucidé du point de vue médical.

C'est à bon droit que la commission AI relève dans sa réponse que, selon les indications du dossier, l'assurée serait actuellement encore en mesure d'exercer une activité lucrative pas trop pénible.

3. Si, contre toute attente, l'état de santé de l'appelante devait considérablement s'aggraver, son cas devrait faire l'objet d'une revision par les soins des organes administratifs. A cet effet, l'assurée devrait présenter une demande à la commission AI (art. 41 et 60, 1^{er} alinéa, lettre c, LAI; art. 87 et 88 RAI).

*Arrêt du TFA, du 15 juin 1962, en la cause M. P.*¹

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

Articles 85, 2^e alinéa, lettres c et d, LAVS et 69 LAI. L'acquiescement, la transaction et le retrait du recours à la suite d'une nouvelle décision de l'administration rendue en cours de litispendance ne mettent pas fin au litige. En vertu de la « maxime de l'intervention », le juge n'est pas lié par les conclusions des parties, mais doit au contraire vérifier la légalité des propositions de transaction ou d'acquiescement qui lui sont soumises. (Considérant 2.)

Article 19, 1^{er} alinéa, LAI. L'administration et le juge ne peuvent pas allouer aux assurés, pour leur formation scolaire spéciale, des subsides plus élevés que ceux fixés dans le RAI. (Considérant 3.)

Articoli 85, capoverso 2, lettere c e d, LAVS e 69 LAI. Dal momento in cui il giudice è in possesso di un ricorso, l'amministrazione non ha più il potere di emanare una decisione sulla questione litigiosa, ma soltanto la facoltà di sottoporre al giudice delle proposte. (Considerando 1.)

Articoli 85, capoverso 2, lettere c e d, LAVS e 69 LAI. L'acquiescenza, la transazione ed il ritiro del ricorso in seguito ad una nuova decisione dell'amministrazione emanata in corso di litispendenza non pongono fine alla lite. In virtù del « Principio dell'intervento d'ufficio del giudice », quest'ultimo non è vincolato alle conclusioni delle parti ma deve, al contrario, verificare la legalità delle proposte di transazione o d'acquiescenza che gli sono sottoposte. (Considerando 2.)

Articolo 19, capoverso 1, LAI. L'amministrazione ed il giudice non possono assegnare agli assicurati dei sussidi per l'istruzione scolastica speciale superiori a quelli stabiliti dall'AI. (Considerando 3.)

L'assurée, née en 1956, reçoit depuis le 22 novembre 1960 des leçons privées d'une institutrice pour enfants sourds-muets. La commission AI a décidé de lui octroyer notamment une contribution aux frais d'un tel enseignement, à raison d'une demi-heure trois fois par semaine, décision qui fut notifiée au père de l'assurée par la caisse de compensation, le 17 janvier 1961.

Le père a recouru contre cette décision. Il a fait valoir qu'un enseignement beaucoup plus intense était nécessaire pour conduire au succès, et que les deux heures journalières d'enseignement dispensées jusqu'alors à sa fille constituaient un minimum.

¹ Cf. l'article publié à la page 427.

Dans son préavis, la commission AI a déclaré avoir reconsidéré son prononcé antérieur et décidé, le 16 mars 1961, d'octroyer à l'assurée une contribution aux frais d'école de deux francs par jour. Ce prononcé fut communiqué à la caisse de compensation (qui néanmoins ne le notifia pas au père de l'assurée).

La commission de recours signala aux parents de l'assurée qu'en vertu des prescriptions en vigueur, il n'était pas possible à l'AI de payer une contribution supérieure à deux francs par jour. Par lettre du 31 octobre 1961, les parents acceptèrent ce montant. Le 13 novembre 1961, le président rendit une ordonnance de classement, dans laquelle il constate que l'assurée a admis le nouveau prononcé de la commission AI et retiré son recours.

Le père de l'assurée a interjeté appel contre cette ordonnance de classement, en concluant à la prise en charge par l'AI du montant intégral des frais de formation scolaire spéciale.

Dans son préavis, l'OFAS estime que c'est à tort que l'autorité de première instance a rendu une ordonnance de classement; elle aurait dû entrer en matière sur le fond du litige. Par conséquent, il faudrait renvoyer l'affaire à l'autorité de première instance pour qu'elle rende un jugement sur le fond; mais au cas où le TFA déciderait de se prononcer lui-même sur le fond, l'OFAS conclut au rejet de l'appel.

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

1. Le TFA a déjà décidé à plusieurs reprises que l'administration ne peut plus rendre une décision sur la question litigieuse dès que le juge est saisi d'un recours (ATFA 1958, p. 45 = RCC 1958, p. 140; ATFA 1960, p. 89, cons. 4). En matière d'AI, il faut se fonder sur l'article 69 LAI, qui rend applicable l'article 85 LAVS. Celui-ci, à son 2^e alinéa, lettres c et d, astreint le juge à établir d'office les faits déterminants pour la solution du litige et à apprécier librement les preuves sans être lié par les conclusions des parties. La loi soumet ainsi le procès à la « maxime de l'intervention ». La conséquence en est que l'obligation de présider à la réalisation du droit passe au tribunal cantonal dès que celui-ci est saisi d'un cas concret, évidemment dans les limites de la décision attaquée. Dès lors, l'administration ne peut pas soustraire le litige au jugement de l'autorité juridictionnelle, fût-ce en notifiant une nouvelle décision sur la même affaire. En cours de litispendance, elle a seulement la faculté de soumettre des propositions au tribunal.

En effet, dès que l'affaire est pendante devant le juge, l'administration qui a rendu la décision attaquée acquiert la qualité de partie, avec toutes les conséquences juridiques que cela implique. Elle ne peut donc pas exercer un pouvoir parallèle à celui du juge et être en même temps mêlée au procès. La partie a certes le droit de reconnaître le bien-fondé de la prétention émise par la partie adverse et de s'entendre avec elle; l'acquiescement et la transaction peuvent même, le cas échéant, mettre directement fin au procès. Cela n'est toutefois pas le cas en matière d'AVS et d'AI, où, comme on l'a dit plus haut, le juge n'est pas lié par les conclusions des parties; l'ordre juridique fédéral l'oblige au contraire à ne donner force aux propositions d'acquiescement ou de transaction des parties qu'après les avoir approuvées, c'est-à-dire revues et confirmées (dût-il même abrégé la procédure).

Il résulte de ce qui précède que même si, durant le procès, l'administration a apparemment rendu une nouvelle décision, cet acte a seulement la forme d'une décision, mais n'en a point les effets; ses effets sont ceux d'une simple proposition. L'admission d'une telle « décision » par la partie adverse ne met pas non plus fin au litige; le juge ne peut donc pas se borner à rayer l'affaire du rôle, sans examen du fond, parce que l'objet du litige aurait disparu. M. Guyer, qui soutient un opinion contraire, « Formelle Erledigung des Beschwerdeverfahrens in der AHV und in der IV » (Schweiz. Zentralblatt

für Staats- und Gemeindeverwaltung, 1960, p. 233 ss) part à tort de l'idée que l'administration peut revenir sur sa décision et la remplacer par une autre jusqu'au moment où le tribunal prononce son jugement, alors même que l'affaire serait déjà litispendante.

2. En l'espèce, la décision de la caisse de compensation, portant sur l'octroi d'une contribution aux frais d'école et reposant sur un prononcé de la commission AI, a fait l'objet d'un recours. Aussi le préavis adressé par la commission AI au tribunal ne pouvait-il être considéré que comme la proposition de modifier la décision attaquée dans le sens de son nouveau prononcé (la caisse de compensation s'est d'ailleurs abstenue de notifier au père de l'assurée, sous forme d'une décision, le prononcé rectifié de la commission AI). Par lettre du 31 octobre 1961, les parents admirent cette proposition sans pour autant retirer le recours, ce qui était parfaitement régulier. En vertu de la maxime de l'intervention, qui oblige le juge à veiller d'office à la juste application du droit dans les affaires qui lui sont soumises, cet assentiment du recourant ne représentait rien d'autre qu'une proposition au juge de trancher le litige conformément à la déclaration concordante des parties. L'autorité de première instance aurait pu par conséquent, en approuvant sur le fond les propositions qui lui étaient soumises, juger que l'affaire était ainsi réglée; cette façon de procéder eût été conforme au principe suivant lequel les déclarations des parties comme telles ne mettaient pas fin au litige. Mais elle n'était en revanche pas autorisée à classer l'affaire en se fondant purement et simplement sur ces déclarations, car c'était se mettre en contradiction avec le principe du droit fédéral en vertu duquel le juge n'est pas lié par les propositions des parties. La décision de classement de l'autorité de première instance, fondée sur l'acquiescement du nouveau prononcé de la commission AI et le retrait du recours, est par conséquent abrogée.

Par économie de procédure, on peut se dispenser de renvoyer l'affaire à l'autorité de première instance pour un jugement sur le fond, car la situation juridique est claire. Comme c'est le TFA qui procède à l'examen du fond du litige, examen omis par l'autorité de première instance, la question ne se pose plus de savoir si, en admettant que le jugement cantonal eût été fondé, le père de l'assurée était autorisé à interjeter appel après avoir déclaré en première instance qu'il admettait un subside pour la formation scolaire spéciale de deux francs par jour. La jurisprudence reconnaît d'ailleurs qu'appel soit aussi interjeté contre des ordonnances de classement (cf. p. ex. ATFA 1951, p. 9; 1955, p. 282; RCC 1956, p. 196).

3. 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 de pension (art. 19, 2^e al., LAI). Le Conseil fédéral doit préciser les conditions nécessaires à l'octroi des subsides et fixer le montant de ceux-ci (art. 19, 3^e al. LAI). Usant de cette compétence légale, le Conseil fédéral a fixé la contribution aux frais d'école à deux francs par jour dans le règlement d'exécution (RAI), qui s'applique à tous les cas en suspens. Cette réglementation, arrêtée en vertu d'une disposition légale expresse, lie l'administration et le juge. Elle tient compte de la prescription de l'article 19, 2^e alinéa, LAI, suivant laquelle le calcul de la contribution « tiendra compte d'une participation des cantons et des communes égale aux dépenses qu'ils engagent pour l'instruction des enfants valides ». En conséquence, le père de l'assurée ne peut prétendre de l'AI qu'une contribution aux frais d'école de deux francs par jour. Le versement d'une contribution aux frais de pension n'entre pas en considération, vu les circonstances du cas; en effet, un tel droit n'existe que si l'enfant, pour suivre son instruction spéciale, ne peut prendre ses repas à la maison ou doit être placé hors de sa famille.

CHRONIQUE MENSUELLE

Un accord complémentaire à la convention principale en matière d'assurances sociales entre la Suisse et le Danemark a été signé le 15 novembre par M. Saxer, préposé aux accords en matière d'assurances sociales, et Madame Bodil Begtrup, ambassadeur du Royaume de Danemark en Suisse. Cet accord a pour effet d'étendre le champ d'application de la convention principale à la nouvelle législation danoise sur les pensions de veuves. Il entre en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1962.

* * *

Les *gérants des caisses cantonales de compensation* ont siégé les 21 et 22 novembre sous la présidence de M. Vasella, de l'Office fédéral des assurances sociales. La réunion a notamment donné lieu à un échange de vues sur les expériences faites jusqu'ici, à la suite des récentes revisions de lois cantonales concernant les *allocations pour les salariés étrangers* dont les enfants vivent hors de la Suisse. L'application des nouvelles dispositions ne s'est heurtée, dans la pratique, à aucune difficulté notable. Les *allocations fédérales pour enfants en faveur des petits paysans de la plaine* ont également pu être introduites normalement.

En outre, diverses questions d'application de l'AVS ont été discutées sous la présidence de M. Weiss, gérant de la caisse de compensation de Bâle-Ville.

* * *

La *sous-commission des questions générales de procédure de la commission de la procédure et des formules en matière d'AI* a de nouveau siégé les 29 et 30 novembre sous la présidence de M. Achermann, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a discuté de diverses formules AI et du projet remanié d'une circulaire sur la procédure dans l'AI.

* * *

Regards sur 1962 et perspectives de l'an nouveau

Souvent, au mois de décembre, le père de famille jette un coup d'œil sur l'année qui s'achève et scrute déjà les horizons de l'année prochaine; il fait le bilan du passé et prend de bonnes résolutions pour l'avenir. Depuis plusieurs années, la rédaction de la RCC ne procède pas autrement. A première vue, 1962 apparaît comme une année calme, presque comme une « année normale », sans ces grands événements que furent l'introduction de l'AI et la cinquième révision de l'AVS. Toutefois, l'apparence est trompeuse; ce fut de nouveau une année très chargée.

* * *

Dans le domaine de la *législation*, citons d'abord la modification de la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture, du 16 mars; les allocations ont été augmentées et étendues aux petits paysans de la plaine. En outre, le Conseil fédéral a décidé, le 21 septembre, d'étendre le droit aux allocations aux enfants qui habitent à l'étranger. La loi du 23 mars 1962 sur la protection civile fait bénéficier des APG les personnes qui font du service de protection ou sont appelées à porter des secours urgents. Enfin, l'arrêté fédéral du 4 octobre accorde aux réfugiés, en matière d'AVS et d'AI, un statut sensiblement égal à celui des citoyens suisses. Cet arrêté, ainsi que la loi sur la protection civile, n'entreront en vigueur qu'en 1963, mais la révision de la loi sur les allocations familiales a déjà pris effet le 1^{er} juillet 1962. Il en est résulté, pour les caisses cantonales de compensation, un surcroît de travail souvent considérable.

* * *

Les *travaux courants* prennent toujours plus d'ampleur. Dans l'AVS, le nombre des cotisants et des bénéficiaires augmente sans cesse; cela représente un surcroît de besogne pour l'administration. Quant à l'AI, bien que son introduction puisse être considérée comme terminée, elle pose constamment de nouvelles questions de principe, qui sont souvent très difficiles à trancher. En outre, il peut arriver qu'un même cas doive être soumis à plusieurs reprises aux organes de l'AI. Enfin, les cantons et les associations fondatrices développent constamment les « autres tâches » confiées à leurs caisses ou en introduisent de nouvelles. Ainsi, l'organisation de l'AVS se laisse utiliser pour d'autres institutions sociales; c'est un grand avantage de ce système.

* * *

Les attributions des caisses de compensation et des autres organes sont devenues de plus en plus diversifiées. D'autre part, les travaux administratifs rencontrent

des difficultés croissantes, dues notamment à la pénurie de personnel qualifié. Il importe donc de s'assurer une vue d'ensemble aussi nette que possible sur les affaires à traiter et de simplifier encore leur liquidation.

C'est en vue de ce premier but que les *directives et circulaires* indispensables à l'application uniforme de la loi font actuellement l'objet d'un remaniement général. Ce travail, qui consiste à en tirer les éléments et à les regrouper sous une forme résumée, est particulièrement urgent dans le domaine de l'AI ; malgré le temps considérable qui doit lui être consacré et les retards inévitables qui s'ensuivent, on peut tout de même se montrer satisfait des progrès réalisés en 1962. Heureusement, l'*automation* vient en aide à l'administration et contribue à alléger ses travaux. L'Office fédéral des assurances sociales a étudié aussi ce domaine très varié, qui touche souvent de si près l'activité des caisses de compensation. Certes, il ne faut pas s'attendre à des résultats immédiats, mais on peut espérer, pour l'avenir, des solutions intéressantes et utiles.

L'Office fédéral s'est donc beaucoup préoccupé, et continuera à se préoccuper, de ces « services derrière le front ». Toutefois, loin de s'enfermer dans des théories, il aborde et discute les questions avec les caisses, les commissions et offices régionaux AI, la Centrale de compensation et d'autres organes et institutions ; bref, il maintient le contact avec la réalité.

* * *

Ainsi, l'administration de l'AVS est prête à s'attaquer aux travaux futurs, et ce sera tout à son avantage lorsqu'elle devra mettre à exécution les *nouveaux plans pour l'augmentation des prestations en espèces* de l'AVS et des APG (donc aussi de l'AI).

* * *

Deux initiatives constitutionnelles et plusieurs interventions parlementaires au Conseil national, auxquelles le conseiller fédéral Tschudi a répondu globalement au début d'octobre, ont suggéré de nouvelles améliorations de l'AVS ; la sixième révision va venir. La commission fédérale de l'AVS/AI en a déjà arrêté la procédure et le programme ; sa sous-commission du bilan technique a commencé ses travaux au cours du mois. Toutefois, les questions à débattre sont si importantes qu'il serait vain d'espérer une augmentation immédiate des rentes, bien que le calendrier des travaux prévoie les délais les plus brefs. Quoi qu'il en soit, les autorités et organes de l'AVS voient, une fois de plus, s'approcher des temps mouvementés.

* * *

A une année chargée va succéder une nouvelle année non moins chargée. Les besognes courantes, la mise à jour des circulaires, la simplification des travaux administratifs, les nouvelles mesures légales occuperont pleinement les autorités de surveillance et les organes d'exécution. Elles exigeront, comme par le passé, une collaboration fidèle. Il est réjouissant de pouvoir constater, une fois de plus, que l'Office fédéral entretient de bons rapports avec les caisses et tous les

autres organes. Cette coopération est encore renforcée par la RCC, qui a continué à se développer sous son nouvel aspect et assure la liaison entre l'Office, les organes d'exécution et la presse.

Qu'il ait des attributions importantes ou secondaires, le fonctionnaire de l'AVS et de l'AI estime que l'essentiel est d'accomplir ponctuellement la tâche qui lui est confiée. Qu'il en soit, ici, cordialement remercié. Il peut considérer avec satisfaction l'année écoulée et commencer l'année nouvelle avec optimisme. A lui et à sa famille, nos meilleurs vœux pour les fêtes, pour une bonne santé et pour une heureuse année 1963 !

Pour la rédaction de la RCC et ses collaborateurs
de la subdivision AVS/AI/APG :

Albert Granacher

Un cinquantenaire : celui de la première intervention parlementaire en faveur de l'AVS

L'Office fédéral des assurances sociales n'est pas le seul à fêter son 50^e anniversaire¹. Le jour même où l'Assemblée fédérale décidait sa création, le 19 décembre 1912, le conseiller fédéral Schulthess, chef du Département du commerce, de l'industrie et de l'agriculture, donnait une première réponse à une motion présentée peu auparavant. Il s'agit de la motion du conseiller national Otto Weber (St-Gall), qui est ainsi conçue :

« Le Conseil fédéral est invité à présenter un rapport sur la question de savoir s'il n'y a pas lieu d'instituer une caisse fédérale d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité ou, éventuellement, d'allouer des subventions fédérales aux caisses cantonales d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité. »

Certes, ce n'était pas la première fois que l'on parlait d'assurance-vieillesse et d'assurance-invalidité en Suisse; il en avait même été question, depuis longtemps déjà, aux Chambres fédérales; mais la motion Weber est la première intervention parlementaire qui en ait suggéré l'institution sur le plan fédéral.

A cette époque, mais en général depuis quelques années seulement, plusieurs Etats possédaient leur système d'assurance ou d'assistance en faveur des vieillards et des invalides. En 1898, l'Allemagne, qui connaissait déjà l'assurance-maladie et accidents depuis 1884, introduisit l'assurance-invalidité et vieillesse

¹ Voir RCC 1962, p. 295.

obligatoire pour les salariés. L'Autriche avait déjà créé précédemment une institution analogue, limitée toutefois aux ouvriers des mines. D'autres nations ne suivirent que plus tard ; ainsi, la France eut son assurance-vieillesse et invalidité partiellement obligatoire dès 1910, la Grande-Bretagne dès 1911. Le Luxembourg suivit l'exemple allemand en 1911 également.

En Suisse, l'idée de ces nouvelles œuvres sociales semble avoir été débattue publiquement pour la première fois au sein de la société du Grütli, vers 1885. Le plus ancien projet d'assurance-vieillesse et invalidité est l'œuvre d'un Zuricois, le maître secondaire Itschner. Il fallait, cependant, créer d'abord la base constitutionnelle permettant à la Confédération de légiférer en la matière. En 1889, le Conseil fédéral estima que ce moment n'était pas encore venu, car l'introduction de l'assurance-maladie et accidents posait suffisamment de problèmes qu'il fallait tout d'abord résoudre avant d'aller plus loin. Il exposa son point de vue dans son message du 28 novembre 1889 sur la compétence législative à accorder à la Confédération en matière d'assurance contre les accidents et les maladies. Néanmoins, les commissions parlementaires proposèrent de donner à la Confédération la compétence « d'introduire par voie législative encore d'autres assurances des personnes ». Un conseiller national intervint dans le même sens au cours de la session de juin 1890. Finalement, les Chambres adoptèrent le projet du Conseil fédéral et renoncèrent, pour le moment, à poursuivre leurs travaux en vue d'une assurance-vieillesse et invalidité.

Toutefois, l'introduction de ces œuvres continuait à préoccuper les esprits. De 1892 à 1905, plusieurs partis politiques l'inscrivirent à leur programme. En outre, des institutions de prévoyance sociale naquirent dans plusieurs cantons et communes et dans quelques entreprises privées. Les premiers pas furent faits par les cantons dès 1888 en faveur de leurs fonctionnaires retraités. A la même époque, un projet d'assurance-vieillesse et invalidité pour le personnel de la Confédération était à l'étude. En outre, les sociétés d'assurance privées offraient également la possibilité de se prémunir contre les conséquences économiques de la vieillesse et de l'invalidité. Cependant, ces diverses institutions étaient encore très incomplètes et ne protégeaient qu'un nombre restreint d'assurés; elles n'allaient se développer vraiment qu'à l'aube du 20^e siècle.

Quant à l'assurance-vieillesse et invalidité générale sur le plan cantonal, il en fut question également, ici et là, dès la fin du siècle dernier; mais les réalisations dans ce domaine ne commencèrent qu'en 1898 et sont généralement postérieures à 1900. En 1898, Neuchâtel créait une « Caisse cantonale d'assurance populaire » qui fut la première institution d'assurance-vieillesse et survivants publique et facultative en Suisse. En 1899, la Landsgemeinde de Glaris chargeait le Conseil d'Etat de préparer l'introduction d'une assurance obligatoire contre la vieillesse et l'invalidité, qui fut réalisée en 1918 seulement. 1907 semble avoir été spécialement favorable aux innovations dans ce domaine, puisque, cette année-là, pas moins de cinq cantons enregistrèrent des initiatives ou des propositions visant à introduire l'assurance-vieillesse et invalidité, tandis qu'un sixième canton (Vaud) créait sous le nom de « Caisse cantonale de retraites populaires » une assurance-vieillesse facultative. L'année suivante, les représentants de plusieurs cantons se réunirent, sur l'initiative de Saint-Gall, en une

conférence où furent discutés les principes de l'assurance-vieillesse et invalidité cantonale obligatoire. A Genève, toutefois, une loi cantonale sur l'assurance-vieillesse obligatoire fut rejetée par le peuple en 1910. Lorsque naquit l'Office fédéral des assurances sociales et que le conseiller national Weber déposa sa fameuse motion, en décembre 1912, deux cantons, Neuchâtel et Vaud, avaient introduit leur assurance-vieillesse ou leur assurance-survivants facultatives, alors que dix autres en étudiaient les projets.

Comme on voit, le besoin d'une assurance-vieillesse et invalidité se faisait sentir et de nombreuses voix s'élevaient pour demander sa réalisation, parce que les institutions existantes étaient insuffisantes. Une réglementation fédérale s'imposait; elle fut demandée expressément devant l'Assemblée fédérale, pour la première fois, par la motion Weber. Malgré la réponse assez évasive qu'elle reçut du conseiller fédéral Schulthess (RCC 1962, p. 302), la motion Weber allait ouvrir une série impressionnante d'interventions parlementaires en faveur des nouvelles assurances. De 1914 à 1919, pas moins de 15 conseillers nationaux présentèrent 18 motions et postulats concernant principalement la création d'un fonds d'assurance-vieillesse et invalidité. On peut ajouter à cette liste une nouvelle motion Weber, de 1918, invitant le Conseil fédéral « à soumettre sans délai à l'Assemblée fédérale un projet de création d'une caisse fédérale d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité », ainsi que deux requêtes adressées au Conseil fédéral par des associations professionnelles, en 1918 également, en faveur d'une introduction immédiate de cette assurance pour le peuple suisse.

L'époque de la première guerre mondiale fut aussi celle des premiers travaux de l'Office fédéral des assurances sociales en vue de l'introduction des nouvelles assurances. Un article récemment publié a montré (RCC 1962, p. 297, 298 et 307) comment cette entreprise, malgré les appuis dont elle bénéficiait dans tous les milieux, malgré le patient labeur de l'administration, malgré le message solidement documenté du 21 juin 1919 et les messages complémentaires, malgré le résultat favorable de la votation populaire de décembre 1925, aboutit à l'échec de 1931, et comment l'idée de l'AVS ne mûrit vraiment qu'au cours de la seconde guerre mondiale.

Quelques aspects de l'exercice 1961 vus par les caisses de compensation

De nombreux rapports annuels des caisses de compensation contiennent des informations et des suggestions intéressantes. Ils constituent une des sources du « Rapport annuel AVS/AI/APG » publié par l'Office fédéral des assurances sociales. Malheureusement, la RCC ne peut recevoir dans ses pages toutes ces données; elle se bornera donc, dans le présent numéro, à étudier en particulier deux problèmes actuels.

Le problème du personnel dans les caisses de compensation

La difficulté de recruter et de conserver un personnel qualifié n'est pas le partage des seules caisses de compensation. Il s'agit d'un phénomène général, fruit de la prospérité économique actuelle, qui préoccupe tous les chefs d'entreprise. Cette question se pose cependant avec une acuité particulière aux gérants des caisses de compensation, comme il ressort du texte des rapports annuels de 1961 et surtout des chiffres des feuilles annexes.

Le 16,6 pour cent du personnel permanent occupé par les caisses de compensation le 1^{er} février 1961 avait quitté son emploi en fin d'exercice, soit 213 personnes sur 1280. C'est beaucoup, surtout si l'on considère que le personnel auxiliaire n'est pas compris dans ces chiffres. Ces départs frappent les caisses professionnelles tout comme les caisses cantonales; ils sont toutefois un peu plus nombreux chez les premières (19,9 pour cent) que chez les secondes (14,3 pour cent).

Or, il ne s'agit pas seulement pour les caisses de compensation de remplacer le personnel qui les quitte, mais encore de recruter de nouveaux collaborateurs et collaboratrices pour l'exécution de tâches nouvelles, ainsi que pour compenser, dans certains cantons, la réduction des heures de travail et l'augmentation de la durée légale des vacances. En 1961, seconde année de l'AI, le volume du travail qui incombe aux secrétariats des commissions AI, gérés par les caisses cantonales de compensation et par les deux caisses de compensation de la Confédération n'a guère diminué. Au contraire, il semble n'avoir pas encore atteint le maximum auquel on espère le voir se stabiliser. Ajoutons à cela les tâches supplémentaires nouvelles confiées à leurs caisses de compensation par les cantons et les associations fondatrices. Les caisses cantonales ont donc été obligées d'augmenter de 70 unités l'effectif de leur personnel permanent, qui atteignait le 1^{er} février 1962 un nombre de 810 personnes (sans compter les auxiliaires et le personnel des agences). Les deux caisses de compensation de la Confédération occupaient, à la même date, 54 employés permanents, soit 5 de plus que l'année précédente. Chez les caisses professionnelles, l'augmentation est moins importante (28 unités); elle est due principalement aux nouvelles tâches confiées par les associations fondatrices.

Trouver du personnel qualifié est une chose; mais il faut encore le former, l'instruire aux questions toujours plus compliquées des assurances sociales. Cette situation ne va pas sans préoccuper plusieurs gérants de caisses. On le comprend d'autant mieux si l'on considère les chiffres suivants, tirés aussi des feuilles annexes des rapports annuels: le 33,6 pour cent du personnel occupé par les caisses de compensation (sans les agences) le 1^{er} février 1962 (employés permanents et auxiliaires) était nouveau, c'est-à-dire qu'il avait été engagé durant l'exercice 1961 (35,3 pour cent chez les caisses cantonales et 31,1 pour cent chez les caisses professionnelles). Dans certaines caisses de compensation, c'est plus des trois quarts du personnel qui a dû être renouvelé. Il est arrivé, certes, que le même poste a dû être repourvu plusieurs fois au cours de l'année; mais, même si l'on fait cette réserve, on doit bien convenir que ces départs d'employés qualifiés posent de gros problèmes. Les efforts fournis par les caisses de compensation pour faire face à cette situation méritent d'être soulignés.

Les affiliés

Les mutations sont nombreuses non seulement dans le personnel des caisses, mais encore parmi leurs affiliés (employeurs, travailleurs indépendants et non-actifs). Près de 120 000 affiliés sont entrés ou sortis de caisses de compensation durant l'exercice 1961, soit le 21,2 pour cent du nombre total des affiliés. Ce va-et-vient est un peu plus important chez les caisses cantonales (22,4 pour cent de tous les affiliés) que chez les caisses professionnelles (17,1 pour cent). Il est intéressant de noter qu'il touche plus particulièrement certaines caisses de compensation: quatre caisses cantonales connaissent un taux de mutation variant entre 31 et 34 pour cent; pour les autres caisses cantonales, ce taux est compris entre 11 et 23 pour cent. Chez les caisses professionnelles, le taux est généralement inférieur, mais plus inégal (zéro à 44 pour cent).

Comme les années précédentes, on constate que l'effectif des affiliés des caisses cantonales tend à diminuer au profit des caisses professionnelles, bien que dans une faible mesure. Les caisses cantonales comptaient 432 583 affiliés le 1^{er} février 1962, soit 487 de moins qu'une année plus tôt, et les caisses professionnelles 131 082, soit une augmentation de 1073 unités. Ce phénomène varie d'un canton à l'autre et ne profite qu'à une minorité de caisses professionnelles. Il est dû à des causes si diverses qu'on ne peut guère en tirer des conclusions et règles générales, surtout si l'on considère les grandes différences d'ordre économique qui existent entre affiliés (par exemple entre un assuré sans activité lucrative et un gros employeur).

En lisant les rapports annuels 1961 des commissions AI et des offices régionaux AI ¹

Les rapports des commissions AI et des offices régionaux AI pour l'exercice 1961 contiennent, en ce qui concerne les mesures de réadaptation, toute une série de données et de propositions intéressantes, mais signalent aussi les problèmes dont les organes de l'AI ont dû s'occuper. Les considérations ci-dessous sont tirées de ces rapports.

Les mesures médicales

La nécessité de tracer une limite entre les mesures médicales de réadaptation et le traitement de l'affection comme telle (qui n'est pas à la charge de l'AI) a souvent placé les commissions AI devant des problèmes épineux. Les cures de bains et les opérations de la coxarthrose leur ont donné le plus de difficultés.

¹ voir également RCC 1962, p. 266 et 424.

Une commission AI a constaté que l'arthrodèse de l'articulation de la hanche, qui avait été prise en charge d'abord comme mesure médicale de réadaptation, n'améliore généralement pas la capacité de gain d'une manière sensible, lorsqu'il s'agit d'assurés âgés de plus de 50 ans, mais provoque plutôt l'effet contraire. Pour cette raison, la commission en est souvent arrivée à refuser une prestation de l'AI dans de tels cas.

La liste des infirmités congénitales figurant à l'article 2 OIC (en vigueur dès le 1^{er} janvier 1961) et qui contient 206 affections est considérée comme très généreusement conçue. Le nombre des demandes de prestations fondées sur l'article 13 LAI permet de déduire qu'un nombre relativement élevé d'enfants souffrent d'une infirmité congénitale. Les traitements nécessaires sont parfois très coûteux. Ainsi, l'AI a assumé, pour un enfant né en été 1960 et souffrant d'ostéopsathyrose congénitale, des frais médicaux et d'hospitalisation s'élevant à plus de 15 000 francs. Dans un cas, la commission AI a dû constater que les parents n'ont pas fait exécuter, pour des raisons difficiles à comprendre, une intervention médicale sans danger, qui aurait sensiblement amélioré l'état de l'enfant.

Les mesures d'ordre professionnel

a. L'orientation professionnelle et le placement

Il est réjouissant de constater que les arts et métiers, l'industrie et l'administration n'ont cessé d'offrir leur collaboration active pour réadapter les invalides à la vie professionnelle. De véritables difficultés se sont présentées uniquement lors du placement d'invalides âgés de plus de 50 ans et de caractère instable. L'entremise de travail à domicile a été laborieuse aussi. Lors du placement d'assurés mariés en dehors de leur lieu de domicile, on s'est demandé qui devait assumer les frais du déménagement. Un office régional AI souligne la nécessité d'un contact étroit avec les offices publics du travail en vue de l'entremise de places et montre qu'il est important de former des ouvriers et employés qualifiés qui puissent être réadaptés sans difficultés à la vie professionnelle. Malgré la prospérité économique continue, des efforts en faveur des assurés invalides restent nécessaires. Ainsi, dans un cas, la 27^e demande seulement a apporté le résultat souhaité. Un office régional AI constate avec regret que, dans un canton limitrophe, on a donné à plusieurs reprises des places dirigeantes à des ressortissants du pays voisin, alors que des invalides indigènes auraient été tout aussi qualifiés pour les occuper.

b. La formation professionnelle initiale

Les commissions AI désirent recevoir des directives uniformes pour calculer les frais supplémentaires résultant de l'invalidité (art. 16 LAI et 5, 2^e al., RAI). Un office régional AI fait observer qu'on devrait créer en Suisse plus d'ateliers de formation accélérée pour les débiles mentaux aptes à recevoir une formation pratique, et qu'en particulier les possibilités de formation se limitent trop souvent aux travaux agricoles et artisanaux.

c. Le reclassement

L'AI verse à l'assuré, entre autres, des contributions à ses frais de nourriture et de logement occasionnés par une formation qu'il reçoit hors de chez lui, dans la mesure où ceux-ci ne sont pas couverts par les indemnités journalières et le salaire dont il dispose pour son propre entretien pendant la période de reclassement. Quelques commissions AI estiment qu'il est pénible pour l'invalidé de devoir supporter lui-même ses frais de nourriture et de logement pendant son reclassement. Un office régional AI constate que le besoin de main-d'œuvre qualifiée est grand, tandis que les personnes non qualifiées sont plus difficiles à placer. Le revenu que l'assuré peut obtenir est en général bien plus élevé après le reclassement qu'avant. Toutefois, cet office régional a constaté qu'on ne pouvait recommander qu'exceptionnellement un reclassement à des assurés âgés de plus de 45 ans; dans la plupart des cas, les échecs étaient dus plutôt à une faiblesse de caractère qu'à une incapacité physique. D'autres offices régionaux soulignent qu'ils ont parfois de la peine à trouver des places de reclassement dans l'industrie privée, car, à l'heure actuelle, les centres de production manquent de temps et de personnel pour mener à bien le reclassement d'un invalide.

d. L'aide en capital

On a souvent eu recours à des experts pour examiner les demandes d'aide en capital, surtout lorsqu'il s'agissait de sommes relativement élevées. Il faut noter à ce propos que l'AI ne peut pas allouer d'aide en capital pour maintenir une exploitation existante (p. ex. redressement financier, rationalisation ou agrandissement de cette exploitation).

La formation scolaire spéciale

Les nombreuses demandes de subsides pour formation scolaire spéciale concernaient en premier lieu la formation en internat. Plusieurs commissions AI font allusion aux difficultés qui surgissent sur ce point: en effet, les établissements entrant en ligne de compte n'ont souvent pas de places libres avant longtemps (en particulier pour les débiles mentaux aptes à recevoir une formation pratique). Dans un rapport, on est d'avis que l'enseignement complémentaire, qui est prévu seulement pour les mineurs durs d'oreille et ayant de graves difficultés d'élocution, devrait être octroyé aussi aux aveugles, non seulement à titre de complément de l'enseignement donné à l'école publique, mais aussi afin de surmonter les difficultés qui s'opposent encore au placement des aveugles dans les écoles spéciales et les homes. D'autre part, on estime qu'il est injuste de refuser, dans les régions montagnardes, des prestations aux enfants dont le quotient d'intelligence dépasse 75, vu qu'il n'est guère possible, dans certaines vallées, de créer des classes de développement, étant donné les grandes distances d'un village à l'autre et le petit nombre d'élèves.

Ici et là, on ne comprend pas que les subsides pour formation scolaire spéciale sont alloués seulement pour le temps pendant lequel l'enfant reçoit réellement l'enseignement spécial, et que les prestations de l'AI sont suspendues pendant les vacances, autant que l'élève ne séjourne pas dans l'établissement.

Une commission AI désirerait que les écoles spéciales soient tenues d'annoncer à la commission AI ou à l'office régional, six mois à l'avance, les enfants qui les quitteront, et de présenter à cet organe un bref rapport indiquant les résultats de la formation scolaire, les capacités et les aptitudes spéciales de l'enfant, afin que la réadaptation professionnelle puisse être entreprise à temps.

Les subventions aux mineurs inaptes à recevoir une instruction et qui devraient être placés dans un établissement

Les commissions AI ont alloué des contributions aux frais de soins à domicile dans 442 cas, sur la base de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, selon laquelle une contribution de l'AI peut aussi être octroyée aux mineurs inaptes à recevoir une instruction s'ils sont soignés à domicile, que ce soit chez leurs parents ou chez des tiers. Des questionnaires spéciaux sont souvent utilisés pour l'examen de la situation sur place. Une commission AI estime injuste de n'allouer aucune prestation à une mère qui soigne elle-même son enfant inapte à recevoir une instruction, parce qu'il n'en résulte pas de frais spéciaux.

La remise de moyens auxiliaires

A peu d'exceptions près, les invalides ont déclaré que les moyens auxiliaires qui leur avaient été remis par l'AI étaient propres à l'usage et exempts de défauts. Ici et là, des personnes dures d'oreille se sont laissé persuader d'acheter elles-mêmes des appareils acoustiques dans des maisons spécialisées; dans certains cas, elles semblent avoir cru que l'AI rembourserait ultérieurement le prix de l'appareil acheté. Les commissions AI ont dès lors exprimé le vœu que ces maisons collaborent, dans l'intérêt des invalides, avec les bureaux de consultation pour appareils acoustiques, et qu'elles ne vendent des appareils qu'après avoir acquis la certitude que l'AI en assumerait les frais.

En règle générale, les commissions AI ne rencontrent pas de grandes difficultés lorsqu'il s'agit de décider si un moyen auxiliaire peut être remis ou non. En revanche, on a souvent trouvé choquant de devoir refuser, sur la base des dispositions légales, un moyen auxiliaire, tel qu'une prothèse ou un fauteuil roulant, à des assurés gravement paralysés et totalement incapables de travailler, parce qu'ils n'en avaient pas besoin pour la réadaptation à la vie professionnelle. En outre, à l'heure de l'intégration européenne, pourquoi ne peut-on faire venir qu'à titre exceptionnel des moyens auxiliaires de l'étranger? Comme l'économie suisse supporte une part considérable du financement de l'AI, il semble pourtant tout indiqué de n'accorder des mesures à l'étranger que lorsque leur application en Suisse n'est pas possible ou pas adéquate. Ce principe vaut non seulement pour la remise de moyens auxiliaires, mais aussi, d'une manière générale, pour l'octroi de mesures de réadaptation à l'étranger.

Un office régional AI déclare qu'il serait souhaitable qu'un assortiment de sièges spéciaux soit à la disposition de l'office, et à proximité de celui-ci. De cette façon, il serait possible d'essayer, à l'endroit même où travaille l'invalidé, le siège qui lui convienne le mieux. Un office régional a formé une commission d'experts pour examiner certaines questions spéciales de moyens auxiliaires.

Problèmes d'application de l'AVS

L'argent de poche des invalides en stage de réadaptation

Les invalides qui font un stage de réadaptation dans un établissement public ou d'utilité publique touchent parfois de modiques prestations qui ne sont pas le produit de leur travail, mais représentent leur argent de poche ou des primes d'encouragement. De telles prestations, lorsqu'elles ne dépassent pas les limites usuelles, ne sont *pas considérées comme faisant partie du salaire déterminant* ni ne sont donc soumises à cotisations (cf. les Directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs, n° 233).

Problèmes d'application de l'AI ¹

Infirmités congénitales : la cryptorchidie

Si deux cures d'injections au pregnyl, effectuées correctement, restent sans succès, il faut renoncer au traitement médicamenteux de la cryptorchidie (testicules dans la cavité abdominale ou dans le canal inguinal).

Les mandats d'examen remis aux établissements de réadaptation

Lorsqu'un assuré est envoyé dans un établissement de réadaptation, la commission AI décide en principe de quelle manière elle remettra le mandat d'examen. Elle a en particulier la possibilité d'utiliser à cet effet *une copie du prononcé de la commission*. En revanche, les décisions de caisse par lesquelles des indemnités journalières sont allouées aux assurés pour la durée de l'examen ne constituent pas un élément du mandat. Il n'est donc pas indiqué de remettre de telles décisions aux établissements de réadaptation.

¹ Extraits du « Bulletin de l'AI », n° 40.

La signature sur les copies des décisions remises à la Centrale de compensation

Il nous a été demandé de nouveau s'il ne suffirait pas de signer en fac-similé les copies destinées à la Centrale des décisions concernant les *mesures de réadaptation*. Nous rappelons à ce sujet que selon l'instruction publiée dans la RCC 1960, p. 273, ces copies, qui servent à fixer les sommes que la Centrale doit rembourser pour les frais des prestations en nature individuelles, doivent être *signées à la main*.

BIBLIOGRAPHIE

Josette Aeberhard: **L'atelier d'occupation permanente — un aspect du travail protégé**. Enquête en vue d'établir le besoin de tels ateliers dans le canton de Genève. 89 p., bibliogr. détaillée (polycopié).

Travail de diplôme de l'Ecole d'études sociales, Genève, 1962.

Max Greiner: **Die Festsetzung des Invaliditätsgrades bei invaliden Hausfrauen**. (Publié dans « Schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Gemeindeverwaltung », Zurich, Orell Füssli, 1962, n° 11, p. 225-230.)

Maria Meyer: **Die Aufgaben der Sozialarbeiterin bei der Rehabilitation Behinderter**. Conférence. Zurich, Orell Füssli, 1962. (Publié dans la « Revue de médecine préventive », Zurich, 1962, fasc. 1, p. 35-46.)

Fritz Nüscheler: **Wirtschaftliche Aspekte der Eingliederung Behinderter**. 12 pages. Tirage à part de la « Schweizerische Arbeitgeber-Zeitung », Zurich, 1962, n° 18, p. 357-360.

Du même auteur: **L'intégration professionnelle des handicapés en Suisse**. Publié dans « Réadaptation », Paris, janvier 1962, n° 86, p. 26-28.

Karl Ott: **Die Invalidenversicherung**. Publié par la « Schweizerische Handelstechnische Sammelstelle », Zurich, 1962. Fasc. 294. 22 pages, annexes, photocopié.

Ernst Rüegg : **Wohnsitz, Niederlassung, Nebenniederlassung und Schriftenabgabe bevormundeter Personen.** (Schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Gemeindeverwaltung, Zurich, 1962, n° 16, p. 329-334.)

Rita Rüttimann: **Invalidensport in der Schweiz.** 175 pages, avec bibliogr. détaillée (polycopié).

Travail de diplôme de l'Institut de pédagogie de Fribourg, 1962.

Wilhelm Schweingruber: **Individuelle Untersuchungen für die Eingliederung.** Zurich, Orell Füssli, 1962. Tirage à part de la « Revue de médecine préventive », Zurich, 1962, fasc. 1, p. 22-34.

Revue suisse des assurances sociales, 1962, fasc. 3. Les articles suivants traitent des sujets qui concernent les lecteurs de la RCC:

Jakob Graf: Rückblick auf die Einführung der eidgenössischen Invalidenversicherung. *Albert Granacher*: Werdendes Sozialversicherungsrecht des Bundes. *Willi Siegrist*: Der Invalide in der Revision der Krankenversicherung. *Hans Weber*: Erfahrungen der IV-Kommission des Kantons Zürich.

PETITES INFORMATIONS

Régime des APG et protection civile

Par arrêté du 1^{er} octobre 1962, le Conseil fédéral a fixé au 1^{er} janvier 1963 l'entrée en vigueur de la loi du 23 mars 1962 sur la protection civile (cf. RCC 1962, p. 279). Les dispositions modifiées de la LAPG et éventuellement du RAPG seront imprimées en temps utile sur des feuillets collants que les caisses de compensation pourront, comme d'habitude, se procurer auprès de la Centrale fédérale des imprimés et du matériel.

Fondation
« Milchsuppe »

M. Ludwig Gottfried Moser, ancien directeur de l'Hôpital des bourgeois, à Bâle, a créé le 5 octobre 1962, avec les sommes qu'il a reçues depuis 1935 sous forme de legs, de dons, par des collectes, etc., en faveur des pensionnaires et des pupilles de la « Milchsuppe », une fondation indépendante, dont le capital s'élève à 1,06 million. Le produit de ce capital doit servir principalement à faciliter l'admission des invalides nécessiteux dans la « Milchsuppe »; le capital lui-même est inaliénable. La fondation est gérée par un conseil de cinq membres, nommés par le conseil de surveillance de l'Hôpital et par la Société des amis de la « Milchsuppe ».

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

ASSURANCE FACULTATIVE

Arrêt du TFA, du 26 juin 1962, en la cause E. F.

Article 2, 1^{er} alinéa, LAVS; article 11 de l'ordonnance du 26 mai 1961 concernant l'AVS et AI facultative des ressortissants suisses résidant à l'étranger. Restitution et prolongation du délai d'adhésion à l'assurance facultative.

Articolo 2, capoverso 1, LAVS; articolo 11 dell'ordinanza del 26 maggio 1961 concernente l'assicurazione facoltativa per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità degli Svizzeri dell'estero. Restituzione e proroga del termine di partecipazione all'assicurazione facoltativa.

Un ressortissant suisse, né en 1897, hôtelier en France, s'est présenté en été 1961 au consulat de Suisse pour demander son adhésion à l'AVS. Il a prétendu ne pas avoir reçu la documentation envoyée à la colonie suisse en 1960 et a invoqué le mauvais fonctionnement des postes françaises. La caisse de compensation ayant refusé la déclaration d'adhésion formellement déposée le 15 janvier 1962 en statuant que les circonstances alléguées ne permettaient pas une prolongation du délai échu le 31 décembre 1960, l'intéressé s'adressa à la Commission de recours pour les Suisses à l'étranger. Cette juridiction, par un prononcé du 6 avril 1962, tint pour probable que le recourant n'avait pas reçu les envois du consulat; elle consentit une prolongation du délai, à opérer depuis le moment où le recourant avait été informé, ce qui lui permit de tenir la déclaration du 15 janvier 1962 pour déposée en temps utile.

Le TFA a admis l'appel de l'OFAS contre ce jugement, en énonçant les considérants suivants :

1. ...

2. Dans l'espèce, le recourant avait la possibilité, aux termes de l'article 2, 1^{er} alinéa, LAVS, de demander son inscription à l'assurance facultative « dans le délai d'une année » dès l'introduction de l'AI, soit jusqu'au 31 décembre 1960. Or, sa déclaration d'adhésion date du 15 janvier 1962 seulement, ou au plus tôt du 31 août 1961, si l'on veut admettre que la lettre du consulat à la caisse puisse valoir comme déclaration écrite d'adhésion au sens de l'article 12 de l'ordonnance du 26 mai 1961 concernant l'AVS facultative; la déclaration est donc tardive.

Les arguments invoqués par le recourant et intimé ne permettent pas de restituer ou — contrairement à l'avis du premier juge — de prolonger le délai légal d'adhésion.

Sauf disposition contraire, en effet, le délai d'adhésion à l'assurance ne peut être restitué qu'en cas d'impossibilité absolue et objective de s'annoncer dans le délai normal (p. ex. en cas de cataclysme naturel ou d'événements de guerre; voir ATFA 1955, p. 162 ss., et RCC 1956, p. 101). Une telle impossibilité n'existait manifestement pas en l'espèce.

Quant à l'article 11 de l'ordonnance du 26 mai 1961, il autorise une *prolongation* du délai d'une année au plus « en cas de circonstances extraordinaires dont le Suisse à l'étranger ne peut être rendu responsable ». S'il ne requiert pas nécessairement une impossibilité absolue et objective et n'interdit pas non plus de tenir compte de circonstances créées par une erreur d'un organe de l'assurance, tout au moins lorsque cette erreur est clairement causale et que l'intéressé a agi avec toute la diligence exigible, cet article n'en exige pas moins des circonstances dont la Cour de céans ne peut admettre l'existence en l'espèce. Dans sa jurisprudence constante, en effet, le TFA a prononcé que l'ignorance dans laquelle un intéressé pouvait se trouver de ses droits et obligations ne constituait pas, en soi, une circonstance extraordinaire permettant de prolonger le délai d'affiliation à l'assurance facultative. Si un ressortissant suisse à l'étranger entend profiter des avantages de sa législation nationale, il lui incombe de rester en relations avec les autorités de son pays, de manière à être informé en temps utile des facultés qui lui sont offertes; s'il néglige de se renseigner dans une mesure suffisante, il doit supporter lui-même la perte éventuelle de ces avantages. Le défaut d'information de la part d'une représentation suisse, notamment, ne peut être considéré comme motif de prolongation du délai; bien qu'usuelle, une telle information ne représente pas une obligation légale.

Sans doute le premier juge relève-t-il que le nouveau délai d'affiliation ouvert dès 1960 était d'une année seulement; mais même si l'intimé n'avait pas reçu la communication à lui adressée par le consulat en 1960 — ce que les documents produits laissent entendre, sans toutefois le prouver — il était ou avait été, selon ses propres dires, mêlé à la vie de la colonie suisse à un point tel qu'il ne pouvait ignorer l'existence de l'assurance et ses possibilités d'affiliation en faisant montre de la diligence que l'on est en droit d'attendre de tout ressortissant suisse. Il faut relever, d'ailleurs, que la prolongation possible serait d'une année au plus — à compter de l'échéance du délai légal, et non pas du moment où l'intéressé aurait eu connaissance de la possibilité offerte — et ne pourrait ainsi en aucun cas dépasser le 31 décembre 1961.

RENTES

Arrêt du TFA, du 28 juin 1962, en la cause J. G.

Article 6, 1^{er} alinéa, de la convention conclue entre la Suisse et l'Autriche en matière d'assurances sociales. Si, pour une certaine période, les cotisations n'ont pas été déduites du salaire et ne peuvent plus être exigées après coup en raison de la prescription, cette période ne peut plus être prise en compte comme période de cotisations.

Articolo 6, capoverso 1, della convenzione relativa alle assicurazioni sociali tra la Svizzera e l'Austria. Se per un certo periodo non sono stati dedotti i contributi dal salario e non possono nemmeno più essere riscossi a causa della

prescrizione, questo lasso di tempo non può più essere considerato come periodo di contribuzione.

Un ressortissant autrichien, né le 8 mars 1892, a habité en Suisse du 14 mai 1948 au mois de novembre 1952 et est ensuite retourné en Autriche. Il était fondé de pouvoir dans une société anonyme fondée en juin 1948 et touchait un salaire mensuel de 1000 francs. Le montant de ses cotisations AVS décomptées jusqu'à fin 1951 s'est élevé à 1680 francs. Au début de février 1961, il demanda à être mis au bénéfice d'une rente de vieillesse. La caisse de compensation refusa, vu que les cotisations avaient été payées pendant moins de cinq années entières, et transféra les 1680 francs de cotisations, conformément à l'article 6 de la convention conclue entre la Suisse et l'Autriche, à l'organe d'assurance sociale autrichien compétent. L'assuré recourut contre cette décision, en faisant valoir qu'il avait continué à toucher son salaire de janvier à octobre 1952 et que son contrat d'engagement n'avait pris fin qu'en janvier 1953, de sorte que 13 montants mensuels de 40 francs, soit 520 francs, devaient encore être payés après coup. Compte tenu de cette période de cotisations supplémentaire, la durée totale de cotisations s'élèverait à cinq ans et un mois (du 1^{er} janvier 1948 à fin janvier 1953). La commission cantonale de recours, comme le TFA, ont refusé l'octroi d'une rente ; le TFA invoque dans son arrêt les motifs suivants :

1. ...

2. Chez l'appelant, l'événement assuré s'est réalisé le 1^{er} avril 1957 (art. 21, 2^e alinéa, LAVS). Il peut prétendre une rente de vieillesse de l'AVS suisse pour autant que la durée des cotisations qu'il a versées dans notre pays soit de cinq ans au moins le 1^{er} avril 1957 (arrêts du TFA en la cause W., du 2 novembre 1956, considérant 3, ATFA 1956, p. 226, et en la cause J. K., du 21 avril 1961, considérant 2, RCC 1961, p. 331).

Cette condition n'est toutefois pas réalisée en l'espèce. Etant donné que la société anonyme a été fondée le 21 juin 1948 et inscrite le 8 juillet 1948 au registre du commerce, la durée de cotisations de l'appelant en Suisse n'a débuté qu'en juillet 1948. C'est pourquoi les cotisations paritaires inscrites sur son CIC pour 1948 ne se sont élevées qu'à 240 francs, soit à 4 pour cent du salaire de 6000 francs versé pour la demi-année. Ainsi, huit mois manqueraient encore pour que la condition de la durée minimum de cotisations de cinq ans, dont la convention fait dépendre le droit à une rente de vieillesse suisse, soit réalisée, même si le paiement du salaire — contrairement à l'affirmation de la société anonyme — n'avait pas pris fin le 31 décembre 1951 déjà, mais le 31 octobre 1952 seulement (en ce qui concerne la période allant de novembre 1952 à janvier 1953, l'appelant admet lui-même qu'il ne touchait plus de salaire). L'appelant ne peut donc prétendre une rente de vieillesse suisse, mais uniquement le transfert de ses cotisations AVS en Autriche (art. 6, 3^e alinéa, de la convention). Quant à savoir si l'appelant a déjà droit ou aura droit à une rente autrichienne majorée d'un montant progressif complémentaire, en fonction des cotisations versées en Suisse, ou si ces cotisations doivent lui être remboursées (art. 6, 4^e alinéa, de la convention), cette question devra être tranchée par les autorités autrichiennes.

3. C'est à bon droit que la caisse de compensation n'a transféré en Autriche que les 1680 francs de cotisations AVS qui sont inscrites sur le CIC de l'appelant. Seul ce montant a été « payé », au sens de l'article 6, 3^e alinéa, de la convention, à l'AVS suisse comme cotisation paritaire par l'assuré et son employeur. Tout paiement après coup d'autres cotisations est exclu en vertu de l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS. Même si l'on voulait admettre que l'appelant avait continué à toucher un salaire de janvier 1952

à janvier 1953, aucune cotisation ne pourrait plus être versée pour cette période, parce que le délai de péremption de cinq ans prévu à l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS (qui a pris fin, pour l'année de cotisations 1952, le 31 décembre 1957, et pour l'année de cotisations 1953, le 31 décembre 1958) est échu. La disposition d'exception (art. 138, 1^{er} alinéa, RAVS) invoquée par l'appelant ne permettrait de procéder à des inscriptions sur le CIC pour la période de janvier 1952 à janvier 1953 que si la cotisation d'employé avait été déduite jadis du salaire; même si tel avait été le cas, toutefois, on aurait dû se demander si de telles cotisations inscrites sur le CIC, mais non encore payées, pouvaient être transférées en vertu de la convention conclue entre la Suisse et l'Autriche. En l'espèce, les conditions prévues par l'article 138, 1^{er} alinéa, RAVS ne sont pas remplies. Étant donné que, comme directeur et comptable de la société anonyme, l'assuré devait savoir que les cotisations paritaires n'étaient pas versées à l'AVS suisse, il avait la possibilité de demander que les cotisations en question soient encore exigées après coup avant que le délai de péremption de cinq ans se soit écoulé. Voir à ce sujet ATFA 1953, p. 217 ss (notamment p. 219) = RCC 1953, p. 405; ATFA 1955, p. 196 = RCC 1955, p. 417; ATFA 1956, p. 181 = RCC 1957, p. 404; ATFA 1957, p. 46 = RCC 1957, p. 369; ATFA 1958, p. 48 = RCC 1958, p. 140; ATFA 1958, p. 190 = RCC 1958, p. 315; ATFA 1958, p. 199 = RCC 1958, p. 314, ainsi que ATFA 1960, p. 205, considérant 5 = RCC 1960, p. 360.

C'est donc à tort que la société anonyme a, le 25 octobre 1961, versé après coup les 520 francs de cotisations en question. Ce montant doit lui être remboursé, ainsi que la caisse de compensation le relève à juste titre dans son mémoire du 23 novembre 1961.

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 5 juin 1962, en la cause V. M.

Article 9, 3^e alinéa, LAI. Les ressortissants suisses mineurs dont le domicile civil est à l'étranger n'ont droit à la remise de moyens auxiliaires que s'ils résident en Suisse.

Articolo 9, capoverso 3, LAI. Gli svizzeri minorenni aventi domicilio civile all'estero hanno diritto alla fornitura di mezzi ausiliari soltanto se risiedono nella Svizzera.

L'assuré, atteint de poliomyélite en 1958, souffre depuis lors de paralysie des jambes et d'une partie du tronc. Le 4 juillet 1960, son père a requis pour lui des prestations de l'AI sous forme de mesures médicales, de subsides pour la formation scolaire spéciale et de moyens auxiliaires. La Commission AI ayant répondu que, selon l'article 9, 3^e alinéa, LAI, les mineurs avaient droit aux mesures de réadaptation à condition de résider en Suisse, le père déclara que son fils suivait un traitement et ne pouvait être séparé de sa famille; que, si l'AI ne contribuait pas aux frais de ce traitement à l'étranger, elle devrait à tout le moins verser une indemnité pour l'achat des appareils

orthopédiques et d'un fauteuil roulant nécessaires pour mener l'enfant à l'école. Après en avoir référé à l'OFAS, la commission AI a prononcé que la condition de résidence en Suisse posée à l'article 9, 3^e alinéa, LAI s'appliquait à toutes les mesures de réadaptation, y compris l'octroi de moyens auxiliaires, et que la demande de tels moyens devait donc être écartée. Le père de l'assuré a interjeté recours. La Commission de recours a considéré que l'article 9, 2^e alinéa, LAI, autorisant à titre exceptionnel l'application de mesures de réadaptation à l'étranger, devait pouvoir être invoqué également en faveur de mineurs, pour autant qu'un contrôle effectif des prestations soit assuré, et que la discrimination de l'article 9, 3^e alinéa, LAI était respectée dans le cas où seuls des moyens auxiliaires étaient accordés, à l'exclusion de toute autre mesure de réadaptation. Elle a ainsi admis le recours.

Le TFA a admis, pour les motifs ci-après, l'appel formé contre ce jugement par l'OFAS:

1. Les prestations de l'AI sont réservées en principe aux seuls assurés. Ce principe est posé à l'article 6, 1^{er} alinéa, LAI, aux termes duquel « les ressortissants suisses, les étrangers et les apatrides ont droit, s'ils sont assurés, aux prestations conformément aux dispositions ci-après ». Il est rappelé à l'article 9, 1^{er} alinéa, LAI, qui fixe les conditions générales d'octroi de mesures de réadaptation aux « assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente »; il découle enfin de l'exception même que lui apporte l'article 9, 3^e alinéa, LAI, lequel prévoit que « les ressortissants suisses mineurs dont le domicile civil est à l'étranger ont droit aux mesures de réadaptation comme les assurés, à la condition qu'ils résident en Suisse ».

Les motifs de cette condition, mise par la loi au droit aux prestations, sont exposés dans le rapport de la commission fédérale d'experts pour l'introduction de l'AI, du 30 novembre 1956 (p. 43-44). Le message du Conseil fédéral relatif au projet de loi sur l'AI, du 24 octobre 1958, précise à propos de cette condition que « le rapport d'assurance devra exister lors de la réalisation du risque et aussi longtemps que le droit aux prestations sera réalisé » (p. 29; FF 1958, II, p. 1189). Le rapport de la commission d'experts énumère de même les exceptions proposées à cette condition (p. 55). Reprenant ces propositions, le Conseil fédéral déclare dans son message précité qu'il est « indispensable de prévoir un régime particulier pour les enfants de ressortissants suisses à l'étranger, qui ne peuvent adhérer à l'assurance facultative » (p. 35; FF 1958, II, p. 1195); il relève que la règle spéciale de l'article 9, 3^e alinéa, LAI favorise ces enfants, qui sont ainsi, « quant aux mesures de réadaptation, assimilés à des assurés s'ils résident en Suisse » (p. 123; FF 1958, II, p. 1283).

Pour pouvoir bénéficier de mesures de réadaptation de l'AI, l'intimé devrait donc soit être assuré (art. 9, 1^{er} al., LAI), soit résider en Suisse (art. 9, 3^e al., LAI). Or, il ne remplit ni l'une ni l'autre de ces conditions.

2. L'article premier LAI reconnaît la qualité d'assurés, en matière d'AI, aux « personnes qui sont assurées à titre obligatoire ou à titre facultatif en vertu des articles premier et 2 de la loi du 20 décembre 1946 sur l'AVS. »

L'intimé n'est pas assuré à titre obligatoire: il n'a pas son domicile civil en Suisse ni n'exerce d'activité lucrative en Suisse ou pour le compte d'un employeur en Suisse (art. 1^{er} LAVS). Il n'est pas davantage assuré à titre facultatif: si son père a adhéré à l'assurance facultative dès le 1^{er} janvier 1959, après avoir été jusqu'alors obligatoirement assuré, la qualité d'assuré du père ne s'étend pas aux enfants (art. 2 LAVS). La pratique administrative, sanctionnée par la jurisprudence, admet sans doute que l'assurance d'un homme marié entraîne celle de son épouse. Cette pratique se fonde sur des dispositions légales particulières touchant l'unité du couple, mais ne s'appliquant pas

aux autres membres de la famille. L'exception du couple mise à part, seul est assuré celui qui remplit personnellement l'une ou l'autre des conditions des articles 1^{er} et 2 LAVS; il est alors assuré contre les risques de sa propre vieillesse, de son propre décès et — depuis le 1^{er} janvier 1960 — de sa propre invalidité. Certes, les enfants d'un assuré peuvent, en cas de décès de ce dernier, bénéficier de rentes d'orphelins; la loi, en effet, ne fait pas dépendre de l'assurance des ayants droit le bénéfice des rentes de survivants; mais elle n'attache pas non plus la qualité d'assuré à celle de bénéficiaire de telles rentes.

3. En tant que ressortissant suisse, mineur, dont le domicile civil est à l'étranger, l'intimé non assuré ne pourrait bénéficier de mesures de réadaptation qu'en vertu de l'article 9, 3^e alinéa, LAI, c'est-à-dire s'il résidait en Suisse. Or, il ne remplit pas cette condition.

Les premiers juges se sont fondés sur l'article 9, 2^e alinéa, LAI, aux termes duquel les mesures de réadaptation sont appliquées en Suisse, mais « peuvent l'être exceptionnellement à l'étranger aussi », pour estimer que la condition de la résidence en Suisse selon l'article 9, 3^e alinéa, LAI ne représentait qu'une règle générale, à laquelle il pouvait être dérogé lorsqu'un contrôle effectif des prestations était assuré, et notamment en cas d'octroi de moyens auxiliaires seulement. La Cour de céans ne saurait partager cet avis. Si l'article 9, 2^e alinéa, LAI indique les modalités d'octroi des mesures de réadaptation que peuvent prétendre les assurés selon l'article 9, 1^{er} alinéa, le 3^e alinéa du même article apporte au principe d'assurance une exception en faveur des ressortissants suisses, mineurs et non assurés, en mettant clairement à cette faveur une condition de résidence. Rien, d'ailleurs, ne permet d'admettre, comme l'ont fait les premiers juges, que le droit à des moyens auxiliaires — qui font partie des mesures de réadaptation au même titre que les autres mesures également énumérées à l'article 8 LAI — échapperait aux conditions de l'article 9, 1^{er} et 3^e alinéas, LAI.

Arrêt du TFA, du 4 juillet 1962, en la cause J. C.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. L'opération de la sinusite dans un cas d'asthme bronchique compliqué d'un emphysème pulmonaire représente un traitement de l'affection comme telle.

Articolo 12, capoverso 1, LAI. L'operazione della sinusite in caso di asma bronchiale con enfisema polmonare è considerata cura vera e propria del male.

L'assuré souffre depuis de nombreuses années d'asthme bronchique grave compliqué d'emphysème pulmonaire. En raison de cette affection, il dut abandonner sa profession de cuisinier, puis le commerce de blanchisserie qu'il avait repris. Depuis le 1^{er} décembre 1959, il exploite un commerce de tabacs. Il ne peut toutefois travailler dans son magasin qu'une à deux heures par jour et, pratiquement, c'est sa femme qui s'occupe du commerce. La commission AI le déclara invalide à 80 pour cent. La caisse de compensation lui alloua dès lors une rente entière simple d'invalidité, ainsi qu'une rente complémentaire entière pour son épouse. Le 17 juin 1961, le Dr L., médecin, informa la commission AI que l'assuré, atteint de sinusites bilatérales graves, s'était soumis à une cure chirurgicale des sinus en janvier 1961, et que cette intervention avait nettement amélioré sa dyspnée. « Il semble donc logique — écrivait-il — de mettre cette intervention sur le même plan qu'une réadaptation au travail, qui

serait à la charge de l'AI. On peut penser en effet que cette intervention diminuera dans une certaine mesure l'incapacité de travail de l'assuré, qui est actuellement totale, et que c'est précisément le but poursuivi par l'AI. »

Considérant que les mesures médicales préconisées par le médecin représentaient un traitement de l'affection comme telle, la commission AI refusa de les prendre en charge. L'assuré recourut contre cette décision. Le Tribunal cantonal des assurances procéda à l'audition du médecin et admit que le recourant avait droit à la prise en charge par l'AI de ces mesures médicales, dont les frais se sont élevés à 1597 francs.

Le TFA a admis pour les motifs ci-après l'appel formé contre ce jugement par l'OFAS :

1. Selon le diagnostic concordant des médecins, le patient souffre depuis de nombreuses années d'un asthme bronchique allergique et infectieux grave, qui a évolué vers la chronicité et s'est compliqué d'emphysème pulmonaire ; il a présenté en outre une sinusite chronique bilatérale grave. Son état s'étant aggravé, il fut mis en observation à l'hôpital. Sur la base des constatations faites pendant ce séjour, le médecin a « établi un programme thérapeutique comprenant l'élimination de tous les foyers infectieux, ainsi qu'une cure de désensibilisation », en précisant qu'« on pouvait attendre de cette mesure une amélioration notable de l'asthme bronchique » et que « par là même, on pouvait espérer restituer au malade une partie au moins de sa capacité de travail ». Cette intervention chirurgicale, qui fut pratiquée en janvier et février 1961, comportait certaines résections osseuses « pour améliorer le drainage des sinus et diminuer notablement l'infection de ceux-ci ».

Il ressort de ce qui précède, comme aussi des autres renseignements fournis par le dossier, que cette cure radicale des sinus ne représenterait pas seulement un traitement de la sinusite chronique, mais qu'elle doit également être regardée comme un traitement secondaire de l'asthme bronchique. Pareille intervention chirurgicale constituait donc un traitement typique de la maladie comme telle, mais non pas une mesure ayant principalement pour but de faciliter la réadaptation professionnelle de l'assuré. Celui-ci étant né en 1909, il a d'ailleurs atteint un âge où, de toute façon, on ne peut plus, en produisant l'argument de la durée moyenne de l'activité probable, considérer un traitement de ce genre avant tout comme une mesure de réadaptation. Les frais de l'intervention en cause ne sauraient, dans ces conditions, être pris en charge par l'AI dans les limites étroites fixées par l'article 12 LAI.

2. Vu la solution qui doit être donnée au présent litige, point n'est besoin d'examiner encore si les considérations suivantes ne conduiraient pas, elles aussi, à l'annulation du jugement cantonal.

a. D'une part, rien ne rend vraisemblable que l'intervention chirurgicale en question ait été « de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ». S'il y a eu amélioration, elle a été « essentiellement subjective », ainsi que l'a déclaré le D^r L., seul médecin qui s'est exprimé à ce sujet. Et celui-ci d'ajouter que, « sans vouloir en préjuger », la capacité de travail du patient « a quelque peu été améliorée » (déclarations faites lors de son audition par le juge cantonal). Le médecin n'a pas prétendu que l'invalidité de l'assuré allait maintenant diminuer sensiblement pour une longue période. (Si tel était le cas, l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, en lieu et place de la rente entière qui est allouée, devrait être envisagé ; la commission AI ayant fixé à 80 pour cent le taux de l'invalidité de l'assuré, il suffirait en effet d'une diminution de 13 pour cent de ce taux pour que l'assuré perde son droit à une rente entière.)

b. D'autre part, on ne peut admettre non plus que l'opération à laquelle s'est soumis le patient ait été de nature à « préserver la capacité de gain d'une diminution

notable». Comme le TFA l'a relevé dans un arrêt précédent, ne peut être préservée d'une telle diminution qu'une capacité de gain notable. La loi n'entend manifestement pas, en effet, accorder des mesures médicales pour conserver une capacité résiduelle aussi minime et précaire que celle de l'assuré, qui peut faire tout au plus deux heures de présence consécutives dans le magasin exploité par son épouse.

Arrêt du TFA, du 3 juillet 1962, en la cause H. S.

Article 18, 2^e alinéa, LAI. Pour obtenir une aide en capital, un assuré doit avoir non seulement les connaissances professionnelles, mais aussi les qualités physiques, psychologiques et commerciales qu'exige l'exercice d'une activité indépendante; en outre, il doit être prouvé que les bases financières de l'affaire sont saines et que, grâce à l'aide en capital, les conditions économiques sont remplies, qui garantissent de manière durable l'existence de l'assuré. Autant que les conditions mises à l'octroi d'une aide en capital ne peuvent être appréciées que d'une façon approximative, l'autorité de dernière instance se bornera à vérifier si la situation a été suffisamment examinée et si l'administration et l'autorité de première instance l'ont appréciée équitablement.

Articolo 18, capoverso 2, LAI. Per ottenere un aiuto in capitale, un assicurato deve avere non solo le conoscenze professionali, ma anche le qualità psichiche, psicologiche e commerciali necessarie all'esercizio di un'attività indipendente; inoltre, dev'essere provato che l'affare poggia su basi finanziarie sicure e che, grazie all'aiuto in capitale, sono dati i presupposti economici che garantiscono un'attività duratura sufficiente all'esistenza dell'assicurato. Fintanto che le condizioni richieste per l'assegnazione di un aiuto in capitale possono essere stabilite soltanto in modo approssimativo, l'autorità di ultima istanza si limiterà ad accertarsi che la fattispecie è stata sufficientemente esaminata e che l'amministrazione e l'autorità di prima istanza l'hanno equamente apprezzata.

L'assuré, né en 1920, souffre de neurasthénie grave et de psychonévrose, ainsi que l'a constaté le médecin. En 1952, il a été atteint en outre d'une hernie inguinale avec épiplocèle. Il s'est occupé, au cours des années 1957/1958, de la fabrication et de la vente de spécialités bio-pharmaceutiques et cosmétiques. En février 1960, il a demandé à l'AI l'octroi d'une aide en capital pour la reprise de son activité indépendante. La commission AI soumit l'assuré à un examen psychiatrique et demanda des rapports à l'office régional AI et à une société fiduciaire (et de cautionnement). La commission AI conclut de ces rapports que les conditions mises à l'octroi d'une aide en capital n'étaient pas remplies.

La commission cantonale de recours rejeta le recours formé par l'assuré, motivant que celui-ci n'avait pas les qualités exigées par la loi pour l'octroi d'une aide en capital.

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

Conformément à l'article 18, 2^e alinéa, LAI, une aide en capital pourra être allouée aux assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés, afin de leur permettre d'entreprendre une activité comme travailleurs indépendants; le Conseil fédéral réglera les modalités de cette prestation. Se fondant sur cette autorisation, le Conseil fédéral a

disposé en complément, à l'article 7 RAI, qu'une aide en capital peut être allouée si l'assuré 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.

Il est vrai que, dans les conditions particulières de ce cas, il serait souhaitable que l'assuré puisse utiliser ses capacités dans une entreprise propre. Cependant, les conditions mises à l'octroi d'une aide en capital ne sont pas encore remplies. L'assuré doit avoir non seulement des connaissances professionnelles, mais encore toutes les qualités requises pour diriger une entreprise indépendante. (C'est à elles que l'autorité de première instance pensait en parlant des qualités personnelles de l'assuré; la supposition de l'assuré, selon laquelle on douterait de son honnêteté, repose manifestement sur un malentendu). En outre, il doit être prouvé que les bases financières de l'affaire sont saines et que, grâce à l'aide en capital, les conditions économiques sont remplies, qui garantissent de manière durable l'existence de l'assuré.

Ces conditions sont-elles remplies ici, et dans quelle mesure? On ne pourra le constater que plus tard; pour le moment, on doit se contenter de quelques appréciations. Dès lors, le tribunal d'appel n'a qu'à vérifier si la situation a été suffisamment examinée et si l'administration et l'autorité de première instance l'ont appréciée équitablement. On répondra affirmativement à ces deux points. La commission AI a procédé à un examen approfondi des faits et a vérifié en particulier les perspectives économiques de l'entreprise projetée par l'assuré. La société fiduciaire est d'avis que l'assuré ne remplit guère les conditions essentielles d'ordre psychologique et commercial mises à la conduite d'une propre affaire. Le chef de l'office régional AI a la même impression: l'assuré est, selon lui, très crédule et sûr de son affaire, même s'il n'y a que très peu d'espoir; il devrait en tout cas se borner à la fabrication et s'occuper le moins possible d'affaires commerciales.

On peut se demander en outre si l'assuré supporterait, vu sa santé, les efforts qu'un travailleur indépendant doit fournir pour atteindre un résultat économique satisfaisant. Enfin, il est frappant de constater les écarts entre les diverses estimations qui ont été données du capital nécessaire. L'assuré parle d'abord de 6000 francs environ, puis de 3000 francs plus les instruments de travail. L'office régional AI estime le besoin en capital à plus de 9000 francs et la société fiduciaire à 15 000 francs, respectivement à 6000 francs si l'on applique un programme minimum. Dans son appel, en revanche, l'assuré demande une aide en capital de 3000 francs seulement. En cet état de choses, il n'est donc pas établi que les conditions mises à l'octroi d'une aide en capital soient remplies, d'où rejet de l'appel.

Il appartient, cependant, à l'assuré de s'annoncer de nouveau à l'AI pour un reclassement ou un placement, s'il renonce, ainsi qu'on le lui a conseillé de plusieurs côtés, à son projet de créer une entreprise propre.

Arrêt du TFA, du 2 juillet 1962, en la cause M. B.

Articles 19 LAI et 10, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI. Si un mineur apte à recevoir une instruction, mais empêché par son invalidité de fréquenter l'école publique, reçoit des leçons à domicile d'un personnel spécialisé, il a droit à une contribution aux frais d'école de deux francs par jour. En revanche, les leçons à domicile données par les parents rentrent dans le cadre des

devoirs pédagogiques de ces derniers et n'ouvrent pas un droit à une telle contribution. (Considérant 2.)

Article 8, 1^{er} alinéa, lettre b, et 11 RAI. Les frais de voyage de l'institutrice spécialisée qui donne des leçons à domicile à un mineur invalide ne sont pas pris en charge par l'AI. Sont réservées, toutefois, les subventions de l'AI aux institutions publiques ou d'utilité publique de l'aide aux invalides, selon l'article 73 LAI. (Considérant 3.)

Articolo 19 LAI e 10, capoverso 1, lettera a, OAI. Se un minorene idoneo a ricevere un'istruzione non può frequentare la scuola pubblica a ragione della sua invalidità e riceve delle lezioni a domicilio da personale specializzato, ha diritto ad un sussidio per le spese scolastiche di 2 franchi il giorno. Per contro, le lezioni impartite dai genitori a domicilio fanno parte dei doveri pedagogici di quest'ultimi e non danno diritto ad un tal contributo. (Considerando 2.)

Articoli 8, capoverso 1, lettera b, e 11 OAI. Le spese di viaggio di un'insegnante specializzata che dà lezioni a domicilio ad un minorene invalido non sono assunte dall'AI. Sono riservati tuttavia i sussidi dell'AI alle istituzioni pubbliche o d'utilità pubblica per l'aiuto agli invalidi, giusta l'articolo 73 LAI. (Considerando 3.)

L'assurée, atteinte d'athétose et de retard mental résultant d'une incompatibilité rhésus négligée, est suivie par un service éducatif itinérant, qui fait donner à des enfants arriérés des leçons à domicile par les parents ou, le cas échéant, par un tiers compétent; une institutrice spécialisée passe une fois par mois dans la famille, donne à la personne qui s'occupe de l'enfant les instructions nécessaires à cet enseignement, fournit le matériel scolaire et contrôle le travail de l'enfant. Saisie d'une demande de prestations, la Commission cantonale AI reconnut à l'enfant le droit, dès le 1^{er} janvier 1960, à un traitement anticonvulsif, puis éventuellement à un traitement physiothérapeutique ultérieur, ainsi qu'à un subside pour la formation scolaire par les soins du service éducatif itinérant, subside fixé à 30 francs par mois pour la visite de contrôle. En vertu des dispositions nouvelles du RAI, portant effet au 1^{er} janvier 1961, la Commission cantonale AI revisa son prononcé au début de l'année 1961 et ramena dès le 1^{er} janvier de cette année, le montant du subside pour la formation scolaire spéciale de 30 francs par mois à 2 francs par jour d'enseignement donné par l'institutrice.

Le père de l'assurée recourut contre la réduction du subside. Il fit valoir que l'OFAS avait admis la prise en charge par l'AI des frais effectifs de la formation scolaire spéciale, lesquels s'étaient élevés en 1960 à quelque 35 francs par visite mensuelle. Le Tribunal cantonal des assurances estima qu'il était justifié de considérer que l'enfant recevait en moyenne vingt leçons par mois et, admettant le recours, fixa par conséquent à 40 francs le subside mensuel pour la formation scolaire spéciale.

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

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 ». Le 2^e alinéa du même article dispose que ces subsides comprennent une contribution aux frais d'école et une contribution aux frais de pension.

Il n'est pas contesté que l'intimée remplit les conditions mises à l'octroi de subsides pour la formation scolaire spéciale. En effet, elle est apte à recevoir une instruction,

mais son état de santé l'empêche de suivre les cours d'une école publique. Il est évident, d'autre part, que seule entre en ligne de compte une contribution aux frais d'école, l'enfant vivant chez ses parents et n'ayant pas de frais de pension. La question litigieuse est ainsi uniquement celle du montant du subside auquel l'intimée a droit comme contribution aux frais d'école.

2. L'article 19, 3^e alinéa, LAI donne mandat au Conseil fédéral de fixer le montant des subsides pour la formation scolaire spéciale. L'article 10, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI, édicté en exécution de ce mandat et portant effet au 1^{er} janvier 1961 (art. 117, 1^{er} al., RAI), dispose que la contribution aux frais d'école est de 2 francs par jour. La réglementation particulière pour l'enseignement à domicile, que connaissaient les directives administratives antérieures, n'a donc pas été reprise par le Conseil fédéral. C'est à juste titre que la caisse de compensation a rendu une nouvelle décision en se fondant dès le 1^{er} janvier 1961 sur les dispositions désormais applicables, qui ne règlent plus l'octroi des subsides de manière différente selon que l'enseignement est donné dans un établissement ou à domicile.

Dans l'espèce, l'enseignement est donné à domicile par la mère de l'enfant. Une institutrice spécialisée passe une fois par mois dans la famille, contrôle le travail effectué, fournit à la mère les instructions utiles pour la suite de l'enseignement et remet le matériel scolaire nécessaire. Les organes de l'AI et l'OFAS soutiennent que seul l'enseignement donné une fois par mois par l'institutrice spécialisée ouvre droit au subside journalier; le juge cantonal, en revanche, estime qu'il doit en être de même de l'enseignement quotidien ou quasi quotidien donné par la mère et que la formation scolaire spéciale ouvre droit à des subsides s'étend dès lors en moyenne à 20 jours par mois. Malgré les particularités de ce système d'enseignement instauré par le service éducatif itinérant, la Cour de céans ne peut se rallier à l'avis du juge cantonal.

Sans doute l'enfant reçoit-il un enseignement quotidien ou quasi quotidien et le contrôle du service éducatif itinérant permet-il de penser que cet enseignement est approprié. On ne saurait néanmoins assimiler l'enseignement donné par la mère à celui prodigué par une personne spécialement formée. La collaboration de la mère à la formation scolaire spéciale de l'enfant invalide n'est qu'une forme de la surveillance des devoirs scolaires et fait donc partie, malgré son ampleur exceptionnelle, des obligations pédagogiques des parents. Dès lors, seule la visite mensuelle faite par l'institutrice spécialisée peut être considérée comme formation ouvrant droit à des subsides.

On ne saurait non plus tirer argument du coût de la visite de l'institutrice spécialisée et de l'intention du législateur pour admettre une lacune de la loi et accorder un subside supérieur. D'une part, en effet, l'article 19, 2^e alinéa, lettre a, LAI prévoit de manière impérative que la contribution aux frais d'école « tiendra compte d'une participation des cantons et des communes égale aux dépenses qu'ils engagent pour l'instruction des enfants valides ». D'autre part, le législateur a donné mandat au Conseil fédéral de fixer le montant de la contribution; l'article 10, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI, en exécution de ce mandat, et compte tenu de la prescription légale précitée, lie le juge aussi bien que l'administration. Si le montant forfaitaire a été fixé manifestement en vue d'une situation normale, où une formation régulière est donnée par un tiers, rien n'autorise à y déroger dans les cas où ce subside ne couvrirait qu'une partie seulement des charges supportées par les parents en raison de circonstances particulières.

3. Dans sa réponse à l'appel, le père de l'intimée demande à titre subsidiaire si, en appliquant par analogie les articles 8, 1^{er} alinéa, lettre b, et 11 RAI, l'AI ne peut prendre à sa charge les frais de déplacement de l'institutrice, qui s'élèvent à quelque 10 francs par visite. Ces dispositions ne prévoient cependant que la prise en charge,

jusqu'à un montant déterminé, de frais de transport entre le lieu de résidence de l'assuré et l'endroit où lui est donnée sa formation scolaire spéciale; elles n'autorisent pas le juge à étendre cette prise en charge aux frais de déplacement de l'institutrice se rendant auprès de son élève.

En revanche, comme le relève l'OFAS, les articles 73, 2^e alinéa, LAI et 105 RAI prévoient l'octroi, à certaines conditions, de subventions aux institutions s'occupant de la réadaptation des invalides, notamment lorsque les subsides pour la formation scolaire spéciale et les contributions des cantons et des communes ne couvrent pas entièrement les frais d'exploitation. Il incombe au service éducatif itinérant de présenter le cas échéant à l'OFAS une demande de telles subventions.

Arrêt du TFA, du 4 juin 1962, en la cause A. I.

Articles 20 LAI et 13, 2^e alinéa, RAI. Si un mineur inapte à recevoir une instruction est soigné à domicile, la contribution de l'AI aux frais qui en résultent est fixée sans tenir compte des frais médicaux et pharmaceutiques. (Considérant 1.)

Article 13, 2^e alinéa, RAI. Le montant maximum de 3 francs ne doit être accordé que lorsque les frais de soins à domicile sont particulièrement élevés. (Considérant 2.)

Articoli 20 LAI e 13, capoverso 2, OAI. L'importo del sussidio assegnato ad un minorenne inetto a ricevere un'istruzione che abbisogna di cura e custodia a casa, si stabilisce senza tener conto delle spese mediche e farmaceutiche. (Considerando 1.)

Articolo 13, capoverso 2, OAI. L'importo massimo di 3 franchi il giorno può essere assegnato soltanto eccezionalmente, qualora le spese di cura a domicilio sono particolarmente elevate. (Considerando 2.)

L'assurée, née en 1949, est atteinte d'« idiotie caractéristique » et est sujette à des « crises épileptiformes ». Plusieurs tentatives de traitement et d'éducation ont été entreprises, sans pourtant donner de résultat. L'enfant est soignée par ses parents. Avant de statuer sur la demande de prestations déposée par le père de l'assurée, la commission AI fit procéder à une enquête par Pro Infirmis. Sur la base des renseignements donnés par la sœur visitante qui effectua cette enquête, la commission AI fixa à 2 francs par jour la contribution aux frais de pension à domicile à verser dès le 1^{er} janvier 1960. La caisse de compensation prit une décision dans ce sens le 19 septembre 1961. Le Tribunal cantonal des assurances rejeta le recours formé contre cette décision.

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

1. Le but assigné aux prestations revenant aux mineurs inaptes à recevoir une instruction est clairement précisé par l'article 20 LAI, qui parle de « contributions aux frais de pension », et par l'article 13 RAI, qui parle de « contributions... aux frais de soins spéciaux et de garde ». Ces subsides sont donc destinés à couvrir une partie des frais de pension, d'entretien et de garde de ces enfants, mais non pas à couvrir les frais médicaux ou pharmaceutiques que nécessite le traitement de l'affection dont ils sont atteints ; de tels frais ne sont pris en charge par l'AI, dans le cas des mineurs, qu'en vertu des articles 12 (mesures médicales directement nécessaires

à la réadaptation professionnelle) ou 13 LAI (infirmités congénitales figurant dans la liste dressée par le Conseil fédéral).

Dans de précédents arrêts (ATFA 1961, p. 43, et arrêt non publié Sch. du 23 novembre 1961), le TFA a également précisé les conditions auxquelles est subordonné l'octroi de ces subsides : il doit s'agir d'un mineur inapte à recevoir une instruction et qui, bien que son invalidité justifie son placement dans un établissement spécialisé, est soigné à la maison ; il faut ensuite qu'il reçoive à la maison des soins appropriés, c'est-à-dire qu'il doit être soigné de la même manière qu'il le serait dans un établissement ; il faut enfin que les soins et la garde de ce mineur entraînent des frais spéciaux (notamment frais élevés de lessive et d'usure du linge lorsque l'infirmes est incontinent, qu'il se salit et que ses draps et son linge doivent être changés plusieurs fois par jour ; frais provoqués par l'achat ou la remise en état de linge, habits ou autres objets déchirés ou abîmés par l'infirmes). Il n'est donc pas question ici des frais médicaux et pharmaceutiques que les parents doivent supporter. Même si de tels frais atteignent un montant très élevé, cela ne saurait justifier l'octroi d'un subside et ne saurait non plus être regardé comme un élément déterminant pour fixer le montant du subside à allouer.

2. Les autorités cantonales ont considéré que les conditions d'octroi d'un subside étaient remplies dans l'espèce. Le seul point à examiner ici est celui de savoir si, ainsi que le voudrait le père de l'enfant, ce subside fixé à 2 francs par jour doit être porté à 3 francs par jour. L'appelant n'a toutefois produit aucune pièce de nature à démontrer l'inexactitude des chiffres indiqués dans le rapport de la sœur visitante, qui avait été déléguée pour examiner sur place le genre et l'importance des frais occasionnés par la présence de l'assurée au foyer de ses parents. La Cour de céans ne saurait, dans ces conditions, se départir de l'appréciation du juge cantonal. Il convient de relever d'ailleurs qu'une contribution de 3 francs par jour, montant maximum prévu par l'article 13, 2^e alinéa, RAI, ne doit être accordée qu'exceptionnellement, à savoir dans des cas où le mineur impose à ses parents des dépenses particulièrement élevées (arrêt du TFA, du 23 mars 1961, en la cause A. H., RCC 1961, p. 204). Or, sur la base des pièces déposées au dossier, il ne fait aucun doute que la contribution revenant à l'appelant ne saurait être augmentée.

3. Comme il l'avait déjà fait devant la juridiction cantonale, le père de l'assurée prétend à nouveau que l'enfant est invalide à la « suite d'un accident arrivé lors de l'accouchement à l'hôpital » et que des dommages-intérêts doivent lui être versés. Ainsi que le juge cantonal l'a précisé, les autorités chargées d'appliquer la LAI ne sont pas compétentes pour examiner cette question.

On peut se demander en revanche si l'appelant entend soutenir que son enfant a subi un traumatisme obstétrical grave (article 2, chiffre 206, de l'OIIC) et qu'elle doit donc être mise au bénéfice des prestations accordées aux mineurs atteints d'une infirmité congénitale (art. 13 LAI et 3 RAI). Il s'est borné cependant à invoquer l'opinion des médecins sans produire aucune pièce à l'appui de ses dires. La Cour de céans ne saurait, dans ces conditions, considérer comme établi que l'enfant est atteinte d'une infirmité congénitale. Si l'appelant estime être en mesure d'apporter cette preuve, il lui incombera de soumettre cette question à la commission AI.

RENTES

Arrêt du TFA, du 24 avril 1962, en la cause B. B.

Articles 4, 5 et 28, 2^e alinéa, LAI; article 27 RAI. L'invalidité d'une femme qui, outre la tenue de son propre ménage, aurait effectué des travaux de ménage rémunérés si elle n'était pas devenue invalide s'évalue en fonction des exigences d'un ménage de moyenne importance.

Articoli 4, 5 e 28, capoverso 2, LAI; articolo 27 OAI. L'invalidità di una casalinga che, oltre la propria attività usuale, avrebbe eseguito lavori domestici retribuiti se non fosse diventata invalida, si determina, di regola, basandosi sulle esigenze di un'economia domestica media.

L'assurée, née en 1908, mariée depuis l'âge de trente ans, fut victime en 1957 d'un accident. Une distorsion de l'articulation tibio-tarsienne droite provoqua une arthrodèse; au surplus, l'assurée souffre d'une spondylose (affection de la colonne vertébrale). En 1958, elle cessa d'effectuer des travaux de ménage rémunérés pour se consacrer uniquement à ceux de son propre ménage. Se conformant à un prononcé de la commission AI, la caisse de compensation lui attribua une demi-rente d'invalidité.

L'assurée recourut contre la décision de la caisse pour demander l'octroi d'une rente entière. Après avoir procédé à une enquête orthopédique et psychiatrique, la commission de recours rejeta cette demande. De son côté, le TFA en fit de même de l'appel interjeté contre ce jugement, 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 (50 pour cent) au moins; lorsqu'il est invalide pour moins des deux tiers (66 2/3 pour cent), le montant de la rente est réduit de moitié. L'invalidité, au sens de la LAI, est une diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée (art. 4 LAI). Les assurées 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 en premier lieu les ménagères et les membres de communautés religieuses, ainsi que le confirme l'article 27, 2^e alinéa, RAI.

2. Il est établi que, lors de la survenance légale de l'invalidité, le 1^{er} janvier 1960 (art. 85, 1^{er} al., LAI), l'assurée s'occupait exclusivement de son ménage. On ne saurait cependant en déduire que son invalidité doive être évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir les travaux de son ménage. Pour faire application de l'article 85, 1^{er} alinéa, LAI, il convient de se demander si l'assurée aurait exercé en outre une activité extérieure immédiatement avant le 1^{er} janvier 1960 si elle n'était pas en fait déjà invalide (ATFA 1961, p. 166 — RCC 1961, p. 337). Etant donné que, jusqu'en 1958, l'intéressée a régulièrement effectué des travaux d'intérieur chez des tiers, on peut en conclure qu'elle aurait continué à utiliser sa capacité de travail résiduelle de cette manière si elle n'était pas devenue invalide. En pareil cas, l'invalidité doit être évaluée en fonction des exigences d'un ménage de moyenne importance, que l'on se fonde sur l'article 4 ou sur l'article 5 LAI (Arrêt du TFA, du 22 juin 1961, en la cause B. P., RCC 1961, p. 386).

3. En l'espèce, il convient uniquement d'examiner si l'assurée pouvait prétendre, au moment de la notification de la décision litigieuse, une rente supérieure à celle qui lui

a été accordée. Si l'on tient compte des exigences d'un ménage de moyenne importance, on ne saurait admettre que l'assurée était alors invalide à 66 2/3 pour cent au moins, ce qui aurait justifié l'octroi d'une rente entière. En effet, à cette date, l'assurée était manifestement en mesure d'accomplir une part importante de ses travaux de ménage. Selon les psychiatres consultés, elle a une tendance marquée à présenter des revendications, alors que le diagnostic psychique n'indique aucune limitation de la capacité de gain. D'autre part, il convient de remarquer que l'intéressée est en traitement pour une dystrophie myotonique depuis mars 1961 seulement, alors que l'attestation du centre neurologique de la policlinique universitaire signalant l'évolution active de cette affection ne date que de décembre 1961. Si son état s'est sensiblement aggravé depuis la notification de la décision litigieuse, l'assurée pourra requérir de la commission AI une révision de la rente qui lui a été attribuée. En pareil cas, il importera d'examiner très exactement quels sont les travaux de ménage qu'elle peut encore accomplir.

Arrêt du TFA, du 20 juin 1962, en la cause A. B.

Articles 5, 1^{er} alinéa, LAI et 27 RAI. La maîtresse de maison qui, ayant la hanche droite ankylosée et la jambe droite raccourcie, peut effectuer la plupart des travaux de son modeste ménage et élever son enfant en bas âge est invalide pour moins de 40 pour cent.

Articles 41, 1^{er} alinéa, LAI et 87 RAI. Lorsque l'état de santé d'un assuré vient à s'aggraver, il importe de déterminer à nouveau le degré d'invalidité, mais en ordonnant au préalable l'exécution des mesures de réadaptation éventuelles que l'examen a révélées nécessaires.

Articoli 5, capoverso 1, LAI e 27 OAI. La casalinga sofferente di anchilosi all'anca destra e di retrazione alla gamba destra che è in grado di eseguire la maggior parte dei lavori della sua modesta economia domestica e allevare il suo bambino, è invalida meno del 40 per cento.

Articoli 41, capoverso 1, LAI e 87 OAI. Allorchè sussiste un notevole aggravamento del male, devesi, dopo l'accertamento dello stesso e l'eventuale esecuzione dei provvedimenti d'integrazione, nuovamente stabilire l'attuale grado d'invalidità.

L'assurée, née en 1937, a contracté une coxalgie dans son enfance, ce qui a conduit à une ankylose de la hanche droite et à un raccourcissement de la jambe droite. Elle s'est mariée en 1959 et est mère d'une fillette depuis 1960. Elle vit avec son mari chez ses parents, qui exploitent un petit domaine rural. Son mari travaille à l'extérieur comme mineur. L'assurée a présenté une demande de prestations AI, en déclarant qu'elle avait été traitée par deux médecins en 1949, puis en 1957 et 1958. Dans un rapport établi à l'intention de la commission AI, le premier médecin affirma que l'assurée était en mesure de tenir son ménage malgré son infirmité. La commission AI ayant reconnu l'intéressée invalide pour moins de 50 pour cent, la caisse prit une décision de refus de rente. L'assurée renouvela sa demande en alléguant qu'elle ne pouvait pas effectuer tous les travaux de ménage. Interrogé à nouveau par la commission AI, le médecin modifia quelque peu son premier rapport en précisant que l'assurée ne pouvait accomplir que les travaux légers et avait besoin, d'autre part, d'une prothèse, « afin de compenser le raccourcissement de la jambe ». De son côté, le deuxième médecin (spécialiste en orthopédie) fit savoir qu'il avait prescrit à l'assu-

rée, dont la jambe est raccourcie de 6 cm., le port d'un appareil de décharge ; l'assurée avait toutefois abandonné l'appareil ces derniers temps. En tant que ménagère, sa capacité de travail était entière, à la condition toutefois qu'elle porte une prothèse de compensation et soit suivie ambulatoirement chaque année.

Se conformant à un nouveau prononcé de la commission AI, la caisse accorda à l'assurée un appareil de compensation ainsi qu'un contrôle annuel ambulatoire jusqu'à fin décembre 1962. L'intéressée recourut pour demander l'octroi d'une rente. Consulté à son tour, le mari précisa que l'assurée ne portait pas l'appareil de compensation, qui l'entravait dans ses déplacements ; elle disposait d'ailleurs déjà d'un appareil de décharge. Un nouveau rapport médical, demandé par la commission de recours, faisait état d'une aggravation récente de l'état de l'assurée, rendant nécessaire une intervention chirurgicale. Le juge cantonal rejeta à son tour la demande de rente.

Dans son appel, l'assurée nia que son état se fût aggravé au cours des derniers temps, et refusa l'intervention chirurgicale proposée, dont nul ne pouvait lui garantir le succès. Elle se proposait, en revanche, de s'adresser à un nouveau spécialiste. Le TFA a rejeté 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. Lorsqu'il est invalide pour moins des deux tiers, le montant de la rente est réduit de la moitié ; dans les cas pénibles, cette demi-rente peut être allouée lorsque l'assuré est invalide pour les deux cinquièmes au moins. L'invalidité est une diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée (art. 4 LAI). Son ampleur est déterminée 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 après exécution éventuelle de mesures de réadaptation (art. 28, 2^e al., LAI). D'autre part, les personnes qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteintes dans leur santé et dont on ne saurait exiger qu'elles exercent une telle activité sont réputées invalides si l'atteinte à leur santé les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Pour une ménagère, on entend par là « son activité usuelle dans le ménage et, le cas échéant, dans l'entreprise de son mari, ainsi que l'éducation des enfants » (art. 5, 1^{er} al., LAI et 27 RAI).

2. Le juge cantonal a invité l'assurée à demander à l'AI d'assumer les frais de l'opération prescrite par le médecin. Il a jugé en outre qu'en application de l'article 31 LAI, elle n'avait pas droit à une rente, du fait qu'elle avait refusé l'appareil de compensation reconnu nécessaire et qu'elle portait ainsi la responsabilité de l'aggravation qui en est résultée.

Au moment où la caisse a pris sa deuxième décision, en avril 1961, il est vraisemblable que l'assurée était invalide pour moins de 40 pour cent et n'avait ainsi pas droit à une rente. Les époux ne cultivent pas le sol et n'élèvent pas de bétail. L'assurée n'est donc pas une paysanne et n'a à s'occuper que de son ménage et de son enfant (âgé de deux ans et demi). Il ressort des certificats médicaux de novembre 1960 et de février 1961, ainsi que du rapport de l'Association cantonale des invalides (du 13 juin 1961), que l'assurée était alors pratiquement en mesure d'assumer ces tâches, son infirmité l'empêchant tout au plus de cultiver son jardin, comme elle aurait aimé le faire.

Dans ces conditions, le refus d'une rente par la caisse et le juge cantonal paraît conforme aux prescriptions des articles 5, 1^{er} alinéa, LAI et 27 RAI. Il est dès lors superflu d'examiner encore si l'on peut justifier le refus de la rente en se fondant sur l'article 31 LAI, alors que — comme c'est le cas en l'espèce — l'intéressé n'a pas été, au préalable, rendue attentive par l'autorité administrative ou judiciaire aux

conséquences de son attitude (cf. éventuellement la sommation, munie d'un délai de réflexion, prévue par l'article 18, 3^e al., LAM pour le cas où un patient militaire refuse de se soumettre à une opération exigible). Il appartiendra à l'administration de se prononcer sur les conséquences résultant, pour l'assurée, de l'obligation de se soumettre aux mesures de réadaptation, qui se sont révélées nécessaires en cours de procès (art. 10 LAI).

3. Un rapport médical du 5 février 1962 relève qu'en moins d'une année, l'infirmité de l'assurée s'est à ce point aggravée qu'une opération devient nécessaire (arthrodèse de la hanche avec correction de la jambe). Toutefois, l'intéressée soutient qu'elle n'a pas noté d'aggravation, mais que son état est « exactement le même » qu'en février 1961.

Il importera donc de déterminer exactement ce qu'il en est du point de vue médical et de prendre position au sujet des mesures de réadaptation (art. 10 et 12 LAI et 2 RAI). A cet égard, l'OFAS estime que la commission AI devrait faire appel à un spécialiste en orthopédie qui ne se soit pas encore occupé du cas, et revoir à nouveau toute la question des mesures de réadaptation. La commission AI s'en tiendra donc à ces directives administratives, qui sont approuvées par la Cour de céans (art. 64, 1^{er} al., LAI et 92, 1^{er} al., RAI). Le droit à une rente ne pourra prendre naissance qu'à partir du moment où il sera établi que l'état de l'assurée s'est aggravé (art. 41 LAI et 87 RAI).

Arrêt du TFA, du 7 juin 1962, en la cause J. E.

Article 28, 2^e alinéa, LAI. Pour fixer le revenu déterminant dans l'évaluation de l'invalidité d'un agriculteur indépendant, il y a lieu de déduire du revenu fiscal l'intérêt du capital engagé dans l'entreprise et de tenir compte de la collaboration nécessaire des proches avant et depuis la survenance de l'invalidité. Ce faisant, il convient d'examiner plus spécialement dans quelle mesure l'assuré est capable de réduire le dommage économique en effectuant des travaux adaptés à son infirmité. S'il n'est pas possible de déterminer à coup sûr les revenus hypothétiques à prendre en considération, on évaluera l'invalidité d'après les répercussions économiques que l'atteinte à la capacité de travail entraîne dans le cas concret.

Articolo 28, capoverso 2, LAI. Volendo determinare il grado d'invalidità di un agricoltore indipendente fondandosi sul reddito fiscale, occorre dedurre da quest'ultimo l'interesse del capitale investito nell'azienda e tener conto della necessaria collaborazione dei familiari coadiuvanti prima e dopo la manifestazione dell'invalidità. In tal caso, bisogna esaminare in modo particolare in quale misura l'assicurato è in grado di ridurre il danno economico eseguendo lavori confacenti alla sua infermità. Se il calcolo di tali redditi ipotetici non può essere fatto in modo sicuro, si determinerà l'invalidità fondandosi sulle ripercussioni economiche causate dalla diminuzione della capacità lavorativa.

L'assuré, né en 1907, agriculteur montagnard, fut victime en 1951 d'une fracture de la cuisse droite, dont la consolidation, qui nécessita une greffe osseuse, fut longue et difficile. Depuis lors, la jambe est raccourcie et le genou pratiquement ankylosé ; en outre, la mobilité de la hanche est fortement réduite et suscite des douleurs continuelles.

Sur prononcé de la commission AI, la caisse de compensation, puis la commission de recours refusèrent la rente demandée par l'intéressé.

Sur appel, le TFA annula le jugement cantonal et renvoya la cause à la commission AI pour les motifs suivants :

1. ...

Si, pour déterminer l'invalidité d'un agriculteur conformément au principe posé à l'article 28, 2^e alinéa, LAI, on se fonde sur le revenu de la taxation fiscale, il importe de considérer que ce revenu comprend également l'intérêt du capital engagé dans l'entreprise et qu'il provient généralement du travail communautaire des membres de la famille. Il est donc nécessaire de déduire l'intérêt de ce capital ; pour cela, on fera application par analogie des règles servant à déterminer le revenu soumis à cotisations (art. 8 et 9 LAVS et 25, 1^{er} al., RAI), en prenant autant que possible comme base de calcul des éléments se rapportant à la période où s'est produit l'événement assuré. En outre, il convient de déduire la part du revenu correspondant à l'activité des membres de la communauté familiale. Il arrive très souvent dans l'agriculture que les proches du chef d'exploitation ne touchent dans l'immédiat aucune rémunération, ou qu'une rémunération partielle pour le travail fourni, celle-ci n'intervenant que plus tard, à l'occasion de la remise de l'exploitation, par exemple, ou lors du partage successoral. En ce qui concerne la collaboration des membres de la famille, il y a lieu de comparer la situation qui devait exister avant la survenance de l'invalidité du chef d'exploitation à celle qui est effectivement apparue depuis lors. Ceci prouve qu'il est souvent très difficile de déterminer les revenus hypothétiques dont parle l'article 28, 2^e alinéa, LAI lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un agriculteur.

2. En l'espèce, il est évident que l'assuré, dont la jambe droite est raccourcie, le genou ankylosé et la hanche partiellement bloquée (et douloureuse), est gêné pour exploiter son domaine de montagne, morcelé en trois parcelles séparées. Toutefois, on ne sait pas exactement quelles sont les répercussions économiques de son invalidité physique. La commission cantonale de recours a fixé le degré d'invalidité en considérant que le revenu net de 6400 francs sur lequel l'assuré avait cotisé en 1958 et 1959 correspondait à celui qu'il pourrait encore obtenir en tant qu'invalidé en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui. Sans doute, ce revenu ne comprend-il pas l'intérêt du capital. En revanche, la commission de recours n'a pas tenu compte du fait que les deux fils, la fille et l'épouse de l'assuré collaborent à l'exploitation du domaine. Or, comme seul l'aîné des fils paie des impôts sur son salaire, le revenu de 6400 francs provient pour une bonne part de l'activité des membres de la famille. En outre, il n'est pas prouvé qu'on ait déduit de ce revenu la part imposable du fils en question (ce qui semble n'avoir été fait qu'à partir de 1960). D'autre part, l'assuré soutient que la collaboration de ses proches dans la mesure actuelle n'a été rendue nécessaire que parce que lui-même n'est plus capable d'effectuer la plupart des travaux qu'implique son exploitation. Cette allégation est plausible. L'assuré fait également remarquer que son revenu imposable n'est pas de 10 648, mais de 4340 francs seulement). Dans ces conditions, il faut admettre que l'appréciation de la commission AI et de la commission de recours, qui ont jugé que l'invalidité de l'assuré était inférieure à 50 pour cent, n'est pas suffisamment étayée.

3. Pour évaluer l'invalidité d'agriculteurs atteints d'une infirmité physique, il convient de voir tout d'abord dans quelle mesure l'assuré est capable de réduire le dommage économique provenant de son infirmité en effectuant des travaux adaptés à son état. Dans les grands domaines de la plaine, un agriculteur dont la faculté de

se mouvoir est sensiblement restreinte pourra très souvent continuer à diriger son exploitation sans grande difficulté. Grâce à l'utilisation d'un véhicule à moteur adapté à son état, il sera généralement en mesure, comme auparavant, d'organiser le travail de son personnel et de veiller à la bonne marche de l'entreprise ; le cas échéant, il pourra encore utiliser lui-même certaines machines agricoles (telles que tracteur, faucheuse, machine à traire, etc.). Il n'aura également aucune difficulté pour continuer l'élevage du bétail. En pareil cas, il ne sera pas nécessaire de recourir à une comparaison de revenus selon l'article 28, 2^e alinéa, LAI, pour admettre que l'invalidité d'un tel agriculteur est inférieure à 50 pour cent.

En revanche, un petit paysan de la montagne — comme c'est le cas en l'espèce — se ressentira généralement plus vivement de la privation de la faculté de se mouvoir. Pour peu que ses fonds soient en pente et leurs voies d'accès peu commodes, il aura de grandes difficultés à prendre part personnellement aux divers travaux des champs et des bois. Les possibilités d'une occupation rationnelle et adaptée à l'état de l'invalidé sont également moins nombreuses en ce qui concerne les travaux d'étable, étant donné que le nombre de pièces de bétail est plus restreint en montagne (celui de l'assuré, qui s'élève à 11,5 pièces de gros bétail, dépasse la moyenne pour un domaine de montagne). En outre, lorsque les installations sont vétustes, l'entretien du bétail exige beaucoup de déplacements. Pour traire, une jambe ankylosée constitue un gros handicap ; il en est de même pour nourrir et abreuver le bétail. Un paysan dont la capacité de se mouvoir est fortement restreinte ne peut surveiller un alpage que s'il est en mesure d'y accéder au moyen d'un véhicule à moteur. La mesure dans laquelle un agriculteur de la montagne est encore capable de diriger l'exploitation en se rendant personnellement dans les diverses propriétés de son domaine et d'y effectuer certains travaux dépendra donc des circonstances particulières à chaque cas d'espèce. C'est pourquoi, lorsqu'il s'agit de fixer l'invalidité d'un paysan de la montagne, l'appréciation des répercussions économiques qu'entraîne l'atteinte à la capacité de travail dans le cas concret constituera un mode d'évaluation tout aussi sûr qu'une comparaison de revenus hypothétiques selon l'article 28, 2^e alinéa, LAI — comparaison qui, comme nous l'avons relevé, est souvent très difficile. Dans certains cas, il n'est même pas possible de déterminer à coup sûr lesdits revenus hypothétiques, en sorte qu'il est nécessaire d'apprécier l'invalidité d'après les données du dossier.

4. ...

Arrêt du TFA, du 8 mai 1962, en la cause I. J.

Articles 28, 2^e alinéa, et 5, 1^{er} alinéa, LAI ; article 27 RAI. Pour apprécier l'invalidité d'une assurée qui souffre des séquelles d'une poliomyélite et qui travaille dans le ménage de ses parents, on ne peut se fonder exclusivement sur l'évaluation médicale. Au contraire, il faut déterminer son incapacité de gain d'après la mesure dans laquelle elle est empêchée d'exercer son activité d'employée de maison. (Considérant 1.)

Article 28, 2^e alinéa, LAI. Même dans un pareil cas, la rente ne peut, toutefois, être accordée, en général, que si la question d'une meilleure réadaptation à la vie professionnelle a été préalablement examinée et si, le cas échéant, les mesures appropriées ont été prises. (Considérant 2.)

Article 5, 1^{er} alinéa, LAI ; article 27 RAI. L'invalidité d'une assurée qui va se marier et qui, jusqu'à présent, aidait au ménage de ses parents est, en

principe, évaluée d'après l'impossibilité d'accomplir les travaux d'une ménagère dans son nouveau champ d'activité. (Considérant 3.)

Articolo 28, capoverso 2, e articolo 5, capoverso 1, LAI; articolo 27 OAI. Per determinare l'invalidità di una assicurata che soffre dei postumi di una poliomielite e che lavora nell'economia domestica dei genitori, non si può fondarsi esclusivamente sulla valutazione medica. Devesi, invece, apprezzare la sua incapacità di guadagno, in via generale, dalla misura in cui essa è impedita di svolgere la sua attività quale domestica. (Considerando 1.)

Articolo 28, capoverso 2, LAI. Anche in un caso simile la rendita non può tuttavia venir accordata, in via di principio, che se la questione d'una migliore integrazione nella vita professionale è stata dapprima esaminata e se, all'occorrenza, i provvedimenti appropriati sono stati presi. (Considerando 2.)

Articolo 5, capoverso 1, LAI; articolo 27 OAI. Nel caso di un'invalida in procinto di sposarsi e che sino ad ora coadiuvava al governo della casa dei genitori, in generale, devesi valutare la sua invalidità secondo l'impossibilità in cui si trova di accedere alle faccende domestiche nella sua nuova attività. (Considerando 3.)

Née en 1929, l'assurée a fréquenté l'école primaire, puis, pendant deux hivers, une école ménagère. En 1947, à l'âge de 18 ans, elle fut atteinte de poliomyélite aux deux jambes. Actuellement, elle souffre des séquelles de cette affection, soit d'une paralysie presque totale des muscles des deux jambes, avec de graves troubles circulatoires ; en outre, elle boite très fort. Depuis son rétablissement partiel, elle aide sa mère au ménage et fait des raccommodages et des travaux de couture, en particulier la confection de mille sacs militaires par an, ce qui lui rapporte 350 francs.

La caisse de compensation lui refusa une rente AI, vu que la commission AI avait évalué son invalidité à moins de 50 pour cent. En revanche, une demi-rente lui fut octroyée par l'autorité cantonale de première instance.

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

1. L'autorité de recours s'est bornée à examiner si l'invalidité de l'assurée était suffisante pour justifier l'octroi d'une rente, et elle a admis que tel était le cas. Si elle est arrivée à cette conclusion, c'est parce qu'elle a estimé devoir s'en tenir à l'évaluation médicale de l'invalidité. Or, ce faisant, elle ne s'est pas conformée au mode d'évaluation fixé à l'article 28, 2^e alinéa, LAI et à la jurisprudence du TFA en cette matière.

Il ressort des pièces du dossier que l'assurée n'a pas reçu de formation professionnelle spéciale — sans que l'on puisse mettre ce fait sur le compte de son infirmité (art. 26, 1^{er} al., RAI) — mais qu'elle a néanmoins suivi un cours d'école ménagère pendant deux hivers. Comme le relève l'OFAS, on peut dès lors admettre que, si elle n'était pas devenue invalide, elle aurait selon toute vraisemblance consacré ses forces à une activité ménagère. Pour évaluer son invalidité, il importe donc de déterminer dans quelle mesure elle est empêchée d'accomplir les travaux propres à une ménagère, que ce soit dans l'exploitation agricole de ses parents ou comme employée de maison chez des tiers, et cela en se fondant sur l'article 5, 1^{er} alinéa, LAI, en corrélation avec l'article 27 RAI, ou sur l'article 28, 2^e alinéa, LAI (arrêt B. P. du 22 juin 1961, RCC 1961, p. 386).

Sur la base du rapport établi par l'office régional de réadaptation professionnelle, on peut se demander si la commission AI n'était pas fondée à considérer que l'infir-

mité de l'assurée, bien que non négligeable, n'atteignait pas le taux de 50 pour cent (ou de 40 pour cent dans les cas pénibles) fixé à l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI. Les pièces du dossier ne fournissent pas toutefois toutes les données nécessaires pour que la Cour de céans puisse évaluer le degré de l'invalidité. L'affaire doit par conséquent être renvoyée à la commission AI, qui procédera à une nouvelle détermination de l'invalidité en tenant compte des considérants énoncés ci-dessus. Etant donné les faits, pareil renvoi s'impose d'ailleurs pour les raisons indiquées plus loin.

2. La commission AI ne paraît pas avoir examiné d'une manière suffisamment approfondie les mesures de reclassement professionnel à envisager dans le cas de cette assurée. Quant à l'autorité cantonale de recours, elle ne s'est occupée que de l'octroi d'une rente d'invalidité. Or, comme le TFA l'a relevé plusieurs fois déjà (ATFA 1960, p. 255 = RCC 1961, p. 79 ; arrêt A. M. du 30 décembre 1960, RCC 1961, p. 73), les mesures de réadaptation ont la priorité sur les rentes car, en principe, une rente d'invalidité ne doit être allouée que si la réadaptation de l'invalidé n'est pas possible ou ne l'est que dans une mesure insuffisante.

Or, en l'état du dossier, on ne saurait affirmer qu'une réadaptation ne puisse intervenir dans le cas de cette assurée ou qu'une tentative de réadaptation apparaisse d'emblée vouée à un échec. Etant donné l'âge de l'assurée et la nature de son infirmité, il semble au contraire qu'une réadaptation devrait être possible. Le fait que le village où elle habite est éloigné de tout centre et mal desservi (une auto postale effectue le parcours de là au bourg voisin deux fois par jour seulement) ne constitue pas, d'autre part, un motif assez sérieux pour ne pas donner à cette assurée la possibilité de se réadapter. Même si l'assurée a déclaré à l'office régional qu'elle renonçait pour le moment à bénéficier d'une réadaptation — en faisant valoir pour l'essentiel qu'elle désirait rester au foyer de ses parents pour aider sa mère et qu'elle fréquentait un employé de gare avec l'intention de se marier — cela ne devait pas conduire les autorités cantonales à se désintéresser aussitôt de la question d'une réadaptation éventuelle ; cela d'autant moins que le rapport établi par le médecin, après la consultation orthopédique à l'Hôpital cantonal, proposait un changement d'activité, estimant que l'assurée pourrait ainsi augmenter son revenu. Le dossier doit, par conséquent, être renvoyé à la commission AI pour instruction et nouveau prononcé.

3. Le rapport de l'office régional mentionne que l'assurée a l'intention de se marier. Si ce projet de mariage s'est réalisé ou se réalise prochainement, la commission AI devra certes tenir compte de ce fait. En pareil cas, il sera probablement inutile d'envisager des mesures de réadaptation, et il faudra alors apprécier le degré d'invalidité selon l'article 5 LAI, en tenant compte des nouvelles conditions de vie de l'assurée.

Arrêt du TFA, du 27 août 1962, en la cause C. B.

Article 32 LAI. La femme mariée invalide a, de par la loi, un droit personnel à une rente d'invalidité dont elle peut, en principe, disposer librement. (Considérant 1.)

Articles 46 et 69 LAI, 66 RAI, 84 LAVS et 67 RAVS. En tant que représentant de l'épouse, le mari ne peut exercer les droits matériels de celle-ci et agir en justice à leur propos que dans la mesure où elle-même n'en a pas déjà disposé. (Considérants 2 et 3.)

Articolo 32 LAI. La donna sposata invalida ha per legge un diritto personale

ad una rendita semplice d'invalidità e può pertanto, in via di massima, liberamente disporre sul pagamento della stessa. (Considerando 1.)

Articoli 46 e 69 LAI, 66 OAI, 84 LAVS e 67 OAVS. Il marito come rappresentante della moglie può esercitare i diritti materiali e processuali di quest'ultima soltanto nei limiti in cui la moglie non li abbia già fatti valere. (Considerandi 2 e 3.)

Dans la demande de prestations AI, munie également de la signature de son mari, l'assurée invalide avait demandé que la rente AI lui revenant fût versée au service de l'assistance publique. En revanche, en procédure de recours et d'appel, le mari exigea que la rente fût versée à l'assurée, en alléguant qu'il était inexact que son épouse et lui ne fussent pas capables de faire un emploi conforme de la rente.

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

1. Aux termes de l'article 32 LAI, les invalides (hommes ou femmes) ont droit à la rente simple d'invalidité, à moins qu'une rente d'invalidité pour couple ne soit due. En matière d'assurances sociales, les femmes ont, de par la loi, un droit personnel à la rente dont elles peuvent disposer librement. Ceci vaut notamment pour l'assurée, dont le gain, provenant de l'activité lucrative qu'elle avait exercée avant d'être opérée, constituait un bien réservé selon l'article 191, 3^e alinéa, CCS, et dont la rente est destinée à compenser dans une certaine mesure la perte de ce gain.

2. En vertu des articles 46 LAI et 66 RAI, le conjoint de l'assuré a — en appliquant par analogie l'article 67 RAVS — un pouvoir légal de représenter l'assuré dans l'exercice du droit à la rente. Il est donc habilité à faire valoir les droits de l'assuré à l'égard de l'assurance en son propre nom ou (et) au nom de celui-ci (cf. le texte de l'article 66 RAI : « pour lui »). Toutefois, le droit fondamental de disposition dont jouit l'assuré n'est pas affecté par les prescriptions en matière de représentation. En d'autres termes, le conjoint ne peut exercer les droits matériels de l'assuré, à titre de représentant, que dans la mesure où l'assuré n'en a pas déjà disposé.

Les principes admis en matière d'exercice du droit à la rente sont également applicables en procédure de recours et d'appel. L'article 84 LAVS — qui est applicable par analogie en matière d'AI en vertu de l'article 69 LAI — doit être complété en ce sens que le conjoint de l'assuré est certes habilité à conduire un procès en son propre nom, mais son pouvoir est limité matériellement à la représentation des intérêts de l'assuré — dans la mesure décrite ci-dessus...

3. En l'espèce, l'assurée a demandé à la caisse de verser la rente lui revenant au service de l'assistance publique. Elle a agi, ce faisant, dans les limites de son pouvoir de disposition. Un malentendu sur la portée du mandat donné à la caisse, comme le soutient le mari, ne paraît pas vraisemblable ; déjà au moment où elle a rempli la demande de prestations, qui porte également la signature du mari, l'épouse désirait que la rente d'invalidité pouvant éventuellement lui revenir fût versée à un office d'assistance neutre...

Comme déjà relevé, le mari n'a qu'un droit de recours limité quant au fond (limitation qui affecte également le droit d'appel), et ne peut procéder en justice pour s'opposer à la volonté de son épouse, clairement exprimée. Or c'est précisément à quoi tendent les conclusions de l'appelant, qui demande que la rente soit versée directement à l'assurée. Il s'ensuit que le mandat de versement de la rente en mains de l'autorité d'assistance conserve toute sa portée.

Arrêt du TFA, du 27 avril 1962, en la cause R. T.

Article 36, 3^e alinéa, LAI ; article 33 RAI. Le supplément à la cotisation annuelle moyenne se détermine d'après l'âge de l'assuré au moment de la naissance du droit à la rente ; pour un ayant droit qui bénéficie de la rente depuis le 1^{er} janvier 1960 selon l'article 85, 1^{er} alinéa, LAI, est déterminant l'âge qu'il a atteint à cette date et non pas l'âge qu'il avait lors de la survenance effective de l'invalidité vérifiée antérieurement.

Articolo 36, capoverso 3, LAI ; articolo 33, OAI. Si stabilisce il supplemento al contributo annuo medio secondo l'età dell'assicurato al momento della nascita del diritto alla rendita ; per colui che gode di una rendita dal 1^o gennaio 1960 in virtù dell'articolo 85, capoverso 1, LAI, è determinante l'età ch'egli aveva a tale data e non quella che aveva al momento in cui si manifestò effettivamente l'invalidità anteriormente verificatasi.

Né en 1923, l'assuré, atteint de tuberculose pulmonaire en 1938 et incapable de travailler depuis 1953, a requis, le 21 mars 1960, des prestations de l'AI. La commission AI a reconnu son invalidité totale et la caisse de compensation lui a accordé la rente à laquelle il avait droit ; celle-ci était augmentée d'un supplément de 15 pour cent, calculé sur la cotisation annuelle moyenne en raison de l'âge qu'il avait atteint le 1^{er} janvier 1960.

L'intéressé a recouru par devant l'autorité cantonale. Celle-ci a admis que le supplément à la cotisation annuelle moyenne devait être de 35 pour cent au lieu de 15 pour cent, l'invalidité étant survenue en 1953, alors que l'assuré avait moins de 30 ans.

Sur appel de l'OFAS, le TFA a annulé le premier jugement pour les motifs suivants :

1. ...

Seule est litigieuse, dans la présente procédure, la question du taux du supplément dont la cotisation annuelle moyenne doit être majorée en raison de l'âge de l'assuré lors de la survenance de l'invalidité.

2. L'article 36, 3^e alinéa, LAI prévoit que « si l'assuré n'a pas encore atteint sa cinquantième année lors de la survenance de l'invalidité, la cotisation annuelle moyenne sera majorée d'un supplément. Ce supplément s'élève, selon un barème qu'établira le Conseil fédéral, à 40 pour cent au maximum et à 5 pour cent au minimum de la cotisation annuelle moyenne ». Selon le barème établi en exécution de cette disposition, et qui figure à l'article 33 RAI, le supplément s'élève à 40 pour cent lorsque l'invalidité survient avant l'âge de 25 ans révolus ; il est de 35 pour cent si l'invalidité survient entre 25 et 30 ans, de 25 pour cent entre 30 et 35 ans, de 15 pour cent entre 35 et 40 ans, de 10 pour cent entre 40 et 45 ans, de 5 pour cent entre 45 et 50 ans révolus.

Le taux du supplément est ainsi déterminé par l'âge de l'assuré « lors de la survenance de l'invalidité ». Le juge cantonal, sans motiver plus amplement son avis, a estimé qu'il fallait entendre par là la survenance de l'invalidité de fait ; constatant que l'assuré avait été frappé d'incapacité de travail entre 25 et 30 ans, il a admis que l'invalidité était survenue à ce moment et prononcé que le supplément à la cotisation annuelle moyenne devait être de 35 pour cent. L'OFAS, en revanche, soutient que seul est déterminant le moment où l'assuré est devenu invalide en droit, que l'article 85, 1^{er} alinéa, LAI fixe ce moment au 1^{er} janvier 1960, que l'assuré avait alors

36 ans révolus et que le supplément est par conséquent de 15 pour cent, comme l'a retenu la caisse de compensation dans la décision attaquée. L'intimé combat cette thèse et partage l'avis du juge cantonal, en invoquant la genèse et le but de l'article 36, 1^{er} alinéa, LAI, ainsi que l'inégalité que créerait l'application en cette matière de l'article 85, 1^{er} alinéa, LAI. Nonobstant les arguments avancés par l'intimé, la Cour de céans ne peut que faire sienne la solution retenue par l'office appelant.

L'article 4 LAI définit l'invalidité comme étant la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé. A cette définition générale de la condition première de tout droit à des prestations de l'assurance (sous réserve des cas spéciaux prévus à l'art. 5 LAI), les articles 28 et 29 LAI ajoutent, pour l'ouverture du droit à la rente, des exigences particulières de degré et de temps. Le risque assuré ouvrant droit à la rente est par conséquent la survenance d'une invalidité répondant tant aux conditions générales de l'article 4 (ou de l'art. 5 dans des cas spéciaux) qu'aux conditions particulières des articles 28 et 29. Les articles 36 et suivants LAI fixent les modalités d'octroi et de calcul des rentes ordinaires, d'une part, et des rentes extraordinaires, d'autre part. Ils présupposent la réalisation du risque assuré, et leur application est liée à cette réalisation. Aussi la « survenance de l'invalidité » au sens de l'article 36 LAI ne saurait-elle être définie hors du cadre de cette disposition et ne peut-elle dès lors signifier que la réalisation de ce risque assuré. Aucun doute n'est possible à cet égard pour ce qui concerne l'exigence — comme condition du droit à la rente ordinaire — d'une année entière de cotisations « lors de la survenance de l'invalidité » selon l'article 36, 1^{er} alinéa ; les règles de la LAVS déclarées applicables par l'article 36, 2^e alinéa fondent également le calcul de la rente sur la situation existant au moment de la réalisation du risque assuré, et l'identité des termes exclut toute solution différente pour fixer le taux du supplément prévu à l'article 36, 3^e alinéa, LAI. Ce taux est ainsi déterminé par l'âge de l'assuré au moment de la réalisation du risque ouvrant droit à la rente d'invalidité.

Le risque assuré ouvrant droit à la rente ne peut se réaliser que sous l'empire de la loi qui en introduit couverture ou conformément aux règles légales de droit transitoire. L'article 85, 1^{er} alinéa, LAI dispose à ce propos que les assurés déjà invalides lors de l'entrée en vigueur de la loi, le 1^{er} janvier 1960, ont eux aussi droit aux prestations et que leur invalidité est réputée survenue au moment de l'entrée en vigueur de la loi. Il en découle que, pour les assurés invalides en fait déjà précédemment, et qui remplissaient à cette date les conditions d'invalidité tant de l'article 4 (ou de l'art. 5 dans des cas spéciaux) que des articles 28 et 29 LAI, le risque ouvrant droit à la rente se réalise le 1^{er} janvier 1960. Rien n'autorise à déroger à cette règle légale pour déterminer le taux du supplément apporté à la cotisation annuelle moyenne selon l'article 36, 3^e alinéa, LAI lors du calcul de la rente ordinaire : l'assuré invalide en fait déjà avant l'introduction de l'assurance voit le taux de ce supplément déterminé par l'âge atteint le 1^{er} janvier 1960.

L'intimé relève que cette solution ne correspond pas au but visé par le législateur, qui était d'améliorer la situation des jeunes assurés frappés d'invalidité avant d'avoir atteint un plein revenu, et défavorise les assurés devenus invalides en fait avant l'introduction de l'assurance. Sans doute en ira-t-il ainsi dans certains cas ; mais ce phénomène n'est pas propre à la solution retenue. La norme de l'article 36, 3^e alinéa, LAI, en effet, se fonde uniquement sur l'âge, sans tenir compte du niveau effectif du revenu de l'assuré et, même abstraction faite de toute situation transitoire, n'atteint pas nécessairement dans chaque cas particulier l'objectif proposé ; il suffit de penser par exemple aux assurés que leur santé empêchait de gagner un plein revenu bien avant que leur invalidité atteigne le degré donnant droit à la rente. Quel que soit d'ailleurs

le poids des arguments avancés par l'intimé, ces arguments ne sauraient l'emporter sur les principes du texte légal, ni faire admettre une lacune dans une disposition de droit transitoire dont les termes ne contiennent aucune obscurité.

3. Dans l'espèce, le risque assuré ouvrant droit à la rente s'est réalisé le 1^{er} janvier 1960, date à laquelle l'intimé avait 36 ans révolus. Selon l'article 36, 3^e alinéa, LAI, l'article 33 RAI et les considérants ci-dessus, le supplément dont la cotisation annuelle moyenne doit être majorée s'élève donc à 15 pour cent, comme l'a retenu la caisse de compensation dans la décision attaquée et comme l'a requis l'OFAS dans son appel. Aussi l'appel doit-il être admis.

Allocations familiales

Arrêt du TFA, du 27 août 1962, en la cause F. B.

Article 7 RFA. Une exploitation agricole accessoire, rattachée à un établissement pénitentiaire, est assujettie à la LFA.

Article premier, 1^{er} alinéa, LFA. N'est pas réputé travailleur agricole le gardien d'un établissement pénitentiaire qui exécute des travaux agricoles avec les détenus.

Articolo 7 OFA. Un'azienda agricola accessoria, connessa con uno stabilimento penitenziario, è assoggettata alla LFA.

Articolo 1, capoverso 1, LFA. Non è considerato lavoratore agricolo il guardiano di uno stabilimento penitenziario che eseguisce lavori agricoli con i detenuti.

1. L'établissement pénitentiaire de S., auquel est rattachée une entreprise agricole importante, est une exploitation assujettie à la LFA selon l'article 7, 1^{er} alinéa, RFA. Les conditions de cet assujettissement sont remplies en l'espèce, puisque l'on a affaire à une entreprise qui pratique la culture des céréales et des plantes sarclées et, en particulier, la garde et l'élevage du bétail. On ne saurait invoquer, à l'encontre de cette manière de voir, l'article 7, 2^e alinéa, lettre a, RFA, aux termes duquel la LFA n'est pas applicable « aux exploitations agricoles qui sont en rapport étroit avec une exploitation des arts et métiers, du commerce ou de l'industrie, si l'exploitation non agricole constitue l'exploitation principale ». Certes, il s'agit, en l'occurrence, d'une exploitation mixte, mais l'entreprise principale, à savoir l'établissement pénitentiaire, n'a pas un caractère artisanal, commercial ou industriel; il sert à l'accomplissement de tâches qui ressortissent au droit public. Dans ces conditions, l'exploitation agricole accessoire rattachée à l'établissement est assujettie au régime fédéral des allocations familiales (voir ATFA 1957, p. 233 et 267 = RCC 1958, p. 168 et 169).

2. On doit se demander, en revanche, si l'appelant qui travaille, en qualité de gardien, dans l'entreprise agricole avec les détenus qui lui sont soumis exécute « des travaux agricoles » au sens de l'article premier, 1^{er} alinéa, LFA. Aux termes de l'arrêt cité plus haut (ATFA 1957, p. 268 = RCC 1958, p. 170), ce qui est déterminant, c'est le fait que le travailleur exécute des travaux agricoles d'une manière prépondérante. Il se peut, certes, qu'un maître-vacher exécute, même comme gardien, exclusivement des travaux agricoles; mais sa situation offre cette particularité qu'il exécute ces travaux

avec les détenus tout en exerçant une surveillance sur eux. Le côté éducatif de sa tâche consiste précisément à inciter les détenus à accomplir avec persévérance et conscience les travaux agricoles qui leur sont assignés.

Il s'ensuit que le gardien, à la différence d'un travailleur agricole ordinaire, exerce une activité agricole moins pour elle-même qu'en raison de son caractère éducatif. Grâce à ses connaissances professionnelles et à l'exemple qu'il donne en exécutant sa tâche, le gardien exerce une action éducative. Dans de telles conditions, il n'exécute plus des « travaux agricoles » au sens de l'article premier, 1^{er} alinéa, LFA. De même, un professeur d'école d'agriculture n'acquiert pas la qualité de travailleur agricole lorsqu'il exécute des travaux agricoles avec ses élèves; l'infirmier, au service d'une maison de santé, ne cesse pas non plus d'accomplir sa tâche spécifique lorsqu'il travaille dans le secteur agricole de l'établissement avec les patients dont il a la charge. Pour trancher le cas d'espèce, l'on ne peut également faire le départ entre le temps consacré à l'activité agricole et celui requis pour les tâches de surveillance. L'intéressé a été nommé gardien par l'autorité cantonale et il est rémunéré en conséquence; on doit donc considérer que la question de la qualification du travail a, en principe, été tranchée, quand bien même l'activité agricole ne se distingue guère, extérieurement, du travail de surveillance. En refusant les allocations familiales pour travailleurs agricoles, on évite en outre de créer des inégalités de traitement choquantes entre gardiens d'établissements. Sinon, seuls les gardiens occupés dans le secteur agricole recevraient ces allocations, tandis que les autres, bien qu'étant rétribués selon des normes identiques, en seraient privés parce qu'ils ont à exécuter et à surveiller des travaux de caractère artisanal.

Arrêt du TFA, du 21 décembre 1961, en la cause W. Ue.

Article 5, 1^{er} alinéa, LFA; article 4 RFA. Les allocations familiales ne font pas partie du revenu au sens de l'article 5, 1^{er} alinéa, LFA.

Articolo 5, capoverso 1, LFA; articolo 4 OFA. Gli assegni familiari non vanno inclusi nel reddito ai sensi dell'articolo 5, capoverso 1, LFA.

Table des matières pour l'année 1962

A. L'ASSURANCE-VIEILLESSE ET SURVIVANTS

Généralités	Pages
Les comptes d'exploitation de l'AVS, de l'AI et du régime des APG en 1961	217
Le régime fiscal des cotisations et des prestations AVS, AI et APG	230, 342
L'assistance publique alléguée par l'AVS et l'AI	372
Vers la sixième révision de l'AVS	411
Un cinquantenaire: celui de la première intervention parlementaire en faveur de l'AVS	454
Quelques aspects de l'exercice 1961 vus par les caisses de compensation	456
Les personnes assurées	
Jurisprudence	465
Les cotisations	
<i>Les salariés</i>	
L'adaptation au coût de la vie des taux du salaire en nature	4
La situation dans l'AVS des personnes participant à l'encouragement de la culture fruitière	25
La nouvelle circulaire sur le salaire déterminant	101, 143, 190
L'argent de poche des invalides en stage de réadaptation	462
<i>Les indépendants</i>	
Les directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs	321
De la disparition d'une source de revenu (art. 23, lettre b, RAVS)	377
Jurisprudence	281, 385, 386
<i>Les personnes sans activité lucrative</i>	
Jurisprudence	284
<i>La perception des cotisations</i>	
Concordat et créances de cotisations	376
Jurisprudence	30, 390
<i>La restitution de cotisations</i>	
Jurisprudence	249
	491

Généralités et droit aux rentes

Statistique des rentes AVS de l'année 1961	419
Jurisprudence	247, 388

Les rentes ordinaires

La formule de rentes dans l'AVS	57
Jurisprudence	466

Divers

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	26
L'argent de poche des assistés rentiers	61
Versements à double de rentes de l'AVS et de l'AI	114
Versement de rentes à double	194
Liste de rentes et chiffres-clés à indiquer lorsque des rentes de survivants sont portées en diminution	335

L'organisation

Subsides et contributions aux frais d'administration dans l'AVS	10
Nom de famille des ressortissants espagnols	25
Rapports annuels 1961 des caisses de compensation, des commissions AI et des offices régionaux AI	69
AVS/AI/APG — Affranchissement à forfait: champ d'application	115
Numéro de la branche économique	162
Suite des inscriptions de CIC sur une seconde ou sur plusieurs formules	336
La mise en sûreté des CIC grâce au microfilmage	374
Formule « CIC »	383

Les revisions

Deux problèmes actuels du contrôle des employeurs	141
---	-----

La juridiction et les dispositions pénales

L'activité du TFA en 1961	261
Appels et préavis de l'OFAS	434
Jurisprudence	117, 163, 251, 284, 390

Divers

Chronique mensuelle	1, 45, 132, 175, 215, 259, 321, 363, 364, 407, 451
Initiative populaire de l'« AVIVO »	340
Initiative populaire du « Beobachter »	341

<i>Interventions parlementaires</i>	Pages
Postulat Schuler, du 22 juin 1961	29
Interpellation Schütz, du 14 mars 1962	160, 381
Motion Schuler, du 21 mars 1962	160, 381
Postulat Weber Max, du 21 mars 1962	161, 381
Interpellation Gnägi, du 6 juin 1962	279, 381
Motion Malzacher, du 21 juin 1962	339
Postulat Munz, du 18 septembre 1962	380, 381
Postulat Schmid Phil., du 18 septembre 1962	380, 381
Postulat Dafflon, du 25 septembre 1962	381
L'Union syndicale et le Parti socialiste demandent l'amélioration de l'AVS/AI .	382
Fonds de compensation de l'AVS	69, 197, 341, 433
Bibliographie	28, 160, 195, 196, 338, 339

B. L'AIDE COMPLÉMENTAIRE À LA VIEILLESSE ET AUX SURVIVANTS

Chronique mensuelle	215, 259
-------------------------------	----------

Interventions parlementaires :

Question écrite Dafflon, du 22 juin 1962	339
Postulat Dafflon, du 4 octobre 1962	432
L'aide à la vieillesse et aux survivants dans les cantons	104, 146, 116
L'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants en 1961, d'après les rap- ports annuels	373
Le legs « von Smolenski »	419

Petites informations sur l'aide à la vieillesse et aux survivants dans les cantons

Zurich	246
Bâle-Ville	246
Zoug	342
Fribourg	342
Bibliographie	195, 196, 246, 278, 338, 339

C. L'ASSURANCE-INVALIDITÉ

Généralités

La psychopathie et la débilité mentale dans l'AI	46
La marche des affaires dans l'AI en 1960 et 1961	90
La prise en charge par l'AI de prestations des caisses-maladie	98
Les comptes d'exploitation en 1961	217

	Pages
Les rapports annuels 1961 des offices régionaux AI	266, 458
Les conséquences de l'alcoolisme en matière d'AI	370
L'assistance publique allégee par l'AVS et l'AI	372
L'exercice 1961 vu par les commissions AI	424, 458

Les prestations

Les conditions donnant droit aux prestations

Jurisprudence	35, 199
-------------------------	---------

La réadaptation en général

La jurisprudence dans le domaine des mesures de réadaptation pour invalides	223
Droit des bénéficiaires de rentes AI aux mesures de réadaptation	245
La statistique des mesures de réadaptation de l'AI en 1961	327
Jurisprudence	74, 201, 468

Les mesures médicales

L'épilepsie et l'AI	5
Mesures médicales en cas d'épiphyséolyse (décollement de l'extrémité du fémur)	113
Opération de la cataracte	114
Frais de traitement dans un établissement hospitalier	159, 378
Le traitement complémentaire de la paralysie et l'AI	185
Séjour au bord de la mer	245
Infirmités congénitales : La hernie du cordon ombilical	378
Mesures médicales en cas d'aphasie (perte de la voix)	336
Infirmités congénitales : la cryptorchidie	462
Jurisprudence	39, 72, 118, 164, 252, 255, 286, 289, 343, 345, 393, 395, 442, 470

Les mesures d'ordre professionnel

L'aide en capital dans l'AI	66
Les prestations de l'AI pour la formation professionnelle initiale	92
Jurisprudence	121, 122, 205, 348, 396, 435, 437, 472

La formation scolaire spéciale et les mesures en faveur des mineurs inaptes à recevoir une instruction

La reconnaissance d'écoles spéciales dans l'AI	62
Mesures permettant la fréquentation de l'école publique	430
La formation scolaire spéciale doit être entreprise assez tôt	429
Jurisprudence	36, 124, 206, 288, 345, 351, 399, 468, 473

Les moyens auxiliaires

La remise de moyens auxiliaires dans l'AI	94
Les véhicules à moteur comme moyens auxiliaires dans l'AI	96
Remise et renouvellement de pneus des véhicules à moteur	194
Droit aux moyens auxiliaires	379
Jurisprudence	210, 211, 435

<i>Les indemnités journalières</i>	Pages
Le calcul des indemnités journalières	139
Droit à une indemnité journalière en cas de séjour pour cures	337
Jurisprudence	167

Les rentes

L'évaluation de l'invalidité des agriculteurs	7
Calcul de la rente AI dans les cas de demande tardive	27
Versements à double de rentes de l'AVS et de l'AI	114, 194
Garantie d'un emploi conforme des rentes AI	158
La jurisprudence en matière de prestations en espèces de l'AI	176
Versement de rentes à double	194
De la notion de « cas pénible » pour l'octroi d'une rente AI	265
Événement assuré déterminant dans les cas où le droit à la rente AI reprend naissance ultérieurement	337
Jurisprudence 77, 80, 125, 169, 256, 291, 353, 356, 402, 404, 439, 441, 470, 478, 479, 481, 483, 485, 487	

L'allocation pour impotent

Jurisprudence	42, 81, 82, 128, 171
-------------------------	----------------------

L'organisation et la procédure

Généralités

Rapports annuels 1961 des caisses de compensation, des commissions AI et des offices régionaux AI	69
L'appel aux services sociaux de l'aide aux invalides dans les cas de réadaptation professionnelle	54
Le rôle de la Centrale de compensation dans l'AI	99
AVS/AI/APG — Affranchissement à forfait : champ d'application	115
La collaboration entre les commissions AI et les offices régionaux	138
La reconnaissance de services sociaux de l'aide aux invalides en qualité d'offices d'orientation professionnelle et de placement	227
Création d'un office régional AI à Aarau	433

La procédure de demande et d'instruction

Prestations devant être fournies par la CNA ou l'assurance militaire	113
Procès-verbal des séances de la commission AI	113
Demandes de renseignements des offices régionaux AI aux médecins	158
Les mandats d'examen remis aux établissements de réadaptation	462

La décision

La signature sur les copies des décisions remises à la Centrale de compensation	463
Jurisprudence	289

La facturation et le remboursement des frais

La circulaire concernant le paiement des mesures de réadaptation de l'AI	229
Couverture des frais d'observation dans un établissement de pédagogie curative et psychiatrique	338

La prise en charge subséquente par l'AI de mesures de réadaptation qui n'avaient point été ordonnées	428
Honoraires pour les rapports de pédagogie curative	430
Jurisprudence	442

La juridiction

Le contentieux de l'AI	133
L'activité du TFA en 1961	261
L'exécution, dans l'AI, de décisions de caisses non encore passées en force	366
La rectification de décisions durant la procédure de recours	426
Appels et préavis de l'OFAS	434
Jurisprudence	206, 358, 359, 399, 446, 448

L'obligation de garder le secret

Consultation des dossiers par l'assurance militaire fédérale	158
La communication de renseignements et de dossiers aux caisses-maladie	379

Divers

Chronique mensuelle 1, 45, 89, 132, 175, 215, 216, 259, 260, 321, 363, 364, 407, 451
--

Interventions parlementaires

Question écrite Furgler, du 20 décembre 1961	67, 116
Postulat Guisan, du 28 septembre 1961	381
Postulat Fuchs, du 28 septembre 1961	381
Postulat Landolt, du 26 septembre 1962	431
Question écrite Primborgne, du 3 octobre 1962	432
Question écrite Gnägi, du 4 octobre 1962	433
Bibliographie	28, 160, 195, 196, 338, 463, 464

D. L'AIDE AUX INVALIDES

L'aide des cantons aux invalides	236, 269
Fondation « Milchsuppe »	464

Petites informations sur l'aide aux invalides dans les cantons

Zoug	342
Neuchâtel	342

E. LES ALLOCATIONS AUX MILITAIRES
POUR PERTE DE GAIN

	Pages
Régime des APG et protection civile	52, 132, 190, 279, 464
Les comptes d'exploitation en 1961	217
L'activité du TFA en 1961	261
Calcul de l'allocation revenant à des militaires qui auraient entrepris une activité lucrative s'ils n'avaient pas dû entrer au service	277
 <i>Interventions parlementaires</i>	
Postulat Schütz, du 5 juin 1962	278
Postulat Kurmann, du 3 octobre 1962	432
Jurisprudence	359

F. LES ALLOCATIONS FAMILIALES

Chronique mensuelle	2, 89, 131, 216, 260, 363, 451
La révision de la législation genevoise sur les allocations familiales	12
L'activité du TFA en 1961	263

Interventions parlementaires

Postulat Klingler, du 13 décembre 1961	116
--	-----

Petites informations sur les allocations familiales dans les cantons

Glaris	68
Fribourg	68
Grisons	68, 161
Valais	68
Neuchâtel	68
Uri	434
Bâle-Campagne	434
Schaffhouse	434
Jurisprudence	84, 489, 490

G. LES CONVENTIONS SUR LES ASSURANCES SOCIALES

Chronique mensuelle	1, 132, 259, 407, 451
Les pensions de veuve au Danemark	364
Jurisprudence	388, 466

H. DIVERS

	Pages
Chronique mensuelle	1, 132, 175, 215, 321
Bienvenue à notre nouveau directeur, M. Frauenfelder	2
La « RCC » fait peau neuve	3
La législation, les conventions internationales et les instructions de l'OFAS en matière d'AVS, d'AI et d'APG	17, 71
Organisation de la subdivision AVS/AI/APG	29
M. Robert Bratschi, conseiller national, quitte la présidence du conseil d'administration du Fonds de compensation de l'AVS	45
Correspondance avec l'OFAS	162
L'information en matière d'AVS, d'AI et d'APG	235
Le cinquantenaire de l'OFAS	295
M. Joseph Studer, chef de la Centrale de compensation, prend sa retraite	408
Regards sur 1962 et perspectives de l'an nouveau	452
Nouvelles personnelles	29, 70, 162, 175, 279, 364
Répertoire d'adresses AVS/AI/APG	70, 162, 198, 280
Supplément au catalogue des imprimés AVS/AI/APG	70, 197, 383
Bibliographie	28, 160, 196, 278, 339, 431, 464