

Die heutigen Erfahrungen mit der eidgenössischen Invalidenversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Rehabilitation

Beiträge der zweiten wissenschaftlichen Sitzung der Jahresversammlung
der Schweizerischen Gesellschaft für physikalische Medizin und Rheumatologie
in Bad Schinznach am 14. Oktober 1961

La réhabilitation des handicapés dans le cadre d'une commission cantonale A. I.

Conditions actuelles et problèmes d'exécution

Par *R. Chapuis*¹

Introduction

La mission qui nous avait été initialement confiée était de présenter une sorte de bilan provisoire des expériences acquises jusqu'ici, au sein de la Commission cantonale vaudoise A. I., en matière de réadaptation, singulièrement des handicapés locomoteurs articulaires. Nous pensions pouvoir donner à cet exposé quelque caractère scientifique en faisant l'analyse statistique des données que nous avons et en en tirant de prudents commentaires. Mais par suite, croyons-nous, d'un certain malentendu, peut-être d'un excès de prudence administrative, l'Office fédéral des Assurances sociales – en termes d'ailleurs fort courtois – ne nous a pas donné accès aux dossiers, craignant apparemment qu'on en tirât des conclusions prématurées. Il est vrai d'ailleurs que, de toute manière, il est trop tôt pour juger des réalisations proprement dites. A notre avis toutefois un travail préliminaire devra être entrepris sans trop tarder, comme il l'a d'ailleurs été déjà, dans ses grandes lignes, par les soins des Caisses de compensation de Bâle et de Schaffhouse; seuls en effet des sondages de cet ordre, répétés périodiquement, permettront de juger peu à peu, sur le plan médical, avec toute la circonspection voulue, des résultats d'application de la loi.

Dans ces conditions, nous en avons donc été réduit à modifier le sens du thème qui nous était proposé et à préparer, si l'on peut dire, une sorte de reportage sur les conditions pratiques de la réadaptation des handicapés dans le cadre de la Commission Cantonale Vaudoise, ainsi que sur les difficultés et certains problèmes généraux qui se posent dans ce domaine. Nous tenons ici à remercier entre autres *Me Detmers*, Président de la Commission Cantonale Vaudoise, le *Dr Stalder*, Directeur de l'Office Régional Romand ainsi que MM. *Thiébaud* et *Monnier*, spécialistes de la réadaptation, de leurs aimables et précieux conseils; nous remercions encore très particulièrement notre collègue, *Madame Bloch*, dont les informations nous ont été très utiles.

Nous diviserons cet exposé en quatre chapitres: 1. dans un bref préambule, nous tenterons de situer l'activité de la Commission cantonale par rapport à celle des deux autres organes d'exécution de la loi, cela à titre de rappel. – 2. Nous dirons quelques mots de l'équipement actuel dont dispose la Commission vaudoise en vue de la réadaptation ainsi que des projets d'institutions nouvelles susceptibles de promouvoir la réintégration des handicapés locomoteurs. – 3. Nous citerons quelques chiffres permettant d'apprécier en gros l'activité de la Commission vaudoise. – 4. Nous discuterons enfin de quelques

¹ Adresse: Dr E. Chapuis, 2 avenue de Gare, Lausanne

problèmes généraux qui se posent aux commissions quant à l'estimation des possibilités du requérant à être réadapté.

1. Organes d'exécution

Bien que les divers organes d'exécution prévus par la loi soient actuellement bien connus nous tenons à rappeler brièvement l'essentiel de leurs fonctions respectives, ne serait-ce que pour situer les compétences et les obligations des commissions cantonales.

La Caisse cantonale de compensation AVS est chargée des tâches administratives; c'est à elle qu'il incombe de prendre les décisions de prestations sur la base des prononcés de Commission A.I. A part les caisses professionnelles, c'est elle qui notifie ces décisions au requérant et qui verse les diverses prestations en argent (rentes, indemnités journalières, etc.). C'est elle enfin, ainsi que ses agences communales, qui reçoit les demandes d'invalides.

Le Secrétariat de la Commission cantonale A.I. est géré par la direction de la Caisse Cantonale de Compensation: il instruit la demande et, sur mandat de la commission, réunit les premières pièces du dossier, en particulier certificat médical, renseignements sur la situation économique et sociale du requérant; il prépare les séances de la Commission, tient les procès-verbaux et la correspondance, etc.

C'est sur le dossier ainsi préparé que le deuxième organe d'exécution de la loi, soit la *Commission cantonale* – formée du médecin, du spécialiste de la réadaptation, du spécialiste du marché du travail et de la formation professionnelle, de l'assistant ou de l'assistante sociale et du juriste – va devoir fonder son préavis; au besoin, elle demandera des compléments d'enquête médicale, sociale ou économique. Elle examine si le requérant est susceptible d'être réadapté et détermine les mesures à prendre; elle évalue d'autre part le degré d'invalidité en vue de l'octroi d'une rente – éventuellement d'une allocation pour impotent – et surveille l'exécution des mesures de réadaptation.

Les tâches des commissions sont bien entendu pratiquement les mêmes partout et ne diffèrent de canton à canton que par quelques détails. Pour la Commission cantonale vaudoise, formée de trois sections, la règle est de faire circuler les dossiers auprès de chacun des membres, en partie avant, en partie pendant la séance, chacun ayant pour mission d'inscrire son préavis sur une fiche annexée à chaque dossier. Les cas sont ensuite passés en revue et un prononcé est rendu à l'unanimité ou tout au moins à la majorité, sauf si un complément d'enquête est nécessaire.

Les cas déclarés réadaptables – éventuellement les malades à placer dans un atelier protégé – sont alors soumis à l'Office Régional, soit en vue d'un placement s'il est immédiatement possible, soit en vue d'une étude sur les modalités d'un reclassement ou d'une formation.

L'Office Régional A.I. (O.R.) est commun aux trois cantons de Vaud, Neuchâtel et Valais. Sans nous étendre beaucoup sur les activités des offices régionaux, puisqu'on en parlera encore tout à l'heure, nous les résumerons rapidement pour l'intelligence de ce qui va suivre. Rappelons ici le très clair exposé qu'en a fait *Schweingruber* au 22ème Cours pédagogique de l'Université de Fribourg. Ces tâches multiples sont en général à la fois celles d'un orienteur professionnel et d'un intégrateur. Il s'agit en effet d'évaluer les capacités résiduelles physiques et psychiques du requérant et cela dans un temps limité vu l'affluence des demandes. Simultanément, le même office doit prévoir dans quelle institution une rééducation fonctionnelle ou un reclassement professionnel, s'ils sont nécessaires, seront possibles. D'autre part, il doit se tenir au courant de la situation sur le marché du travail.

Sur le plan des programmes de réadaptation, il joue donc un rôle d'une importance extrême, véritable plaque tournante située entre les organismes qui décident des mesures à prendre et les institutions chargées de réaliser ces mesures.

C'est de l'équipement dont dispose actuellement la Commission Cantonale Vaudoise en vue de la réintégration sociale et professionnelle des handicapés que nous aimerions maintenant dire quelques mots.

2. Instruments de la réadaptation

Un programme de réadaptation ayant donc été établi par la Commission – s'il y a lieu avec l'aide de l'O.R. –, sa réalisation dépendra de plusieurs éventualités. Il est des cas dont le reclassement dépendra avant tout ou exclusivement d'une intervention unique strictement médicale (par exemple une opération correctrice d'une malformation cardiaque congénitale); sous réserve d'un éventuel stage de réentraînement à l'effort et au travail et d'un placement ultérieur, le programme de réintégration n'exigera pas d'autres mesures si le cas est favorable.

Ou bien la prescription de moyens auxiliaires (par exemple prothèse après amputation) sera suffisante; là encore, dans les circonstances les plus favorables, le rôle de l'O.R. se limitera éventuellement à un simple placement après rééducation, l'invalidé pouvant, par hypothèse, reprendre son ancien métier.

A propos de moyens auxiliaires, il y a lieu ici de faire une remarque de principe: dans la confection des appareils, la tendance a longtemps été de tenir compte avant tout des gestes et besoins quotidiens que l'appareil peut faciliter, d'où une certaine standardisation; cela reste juste d'ailleurs pour un appareil de marche par exemple. Dans beaucoup de cas, on tend aujourd'hui à appareiller l'invalidé de telle sorte qu'il soit adapté au mieux à un poste de travail bien précis que l'on a prévu d'avance; il serait donc souhaitable que des techniciens spéciaux, connaissant bien à la fois les problèmes des invalides et les problèmes industriels, la nature des handicaps de l'invalidé ainsi que les divers appareillages, puissent donner leurs conseils aux fabricants.

Mais il arrive souvent qu'une intervention chirurgicale correctrice ou des moyens auxiliaires, si perfectionnés soient-ils, ne suffisent pas pour permettre la réintégration rapide de l'invalidé à un poste de travail. Toute une série d'handicapés locomoteurs en particulier, qu'ils soient d'origine rhumatologique, neurologique ou traumatique, doit bénéficier tout d'abord d'une rééducation fonctionnelle; par la suite, la simple reprise de l'ancien métier étant exclue, il est nécessaire d'offrir à l'invalidé une nouvelle formation professionnelle qui ne sera possible que dans un centre spécialisé. A cet égard, nous nous référons aux travaux d'*Oppikofer* qui a bien analysé ces deux stades de la réadaptation, sous son aspect médical d'une part, sous son aspect professionnel d'autre part.

En pays romand, nous ne manquons certainement pas d'instituts de physiothérapie, mais ces derniers ne peuvent bien entendu pas être considérés comme *centres de rééducation fonctionnelle* au sens où nous l'entendons. La Commission Vaudoise n'a disposé jusqu'ici que d'un centre de cet ordre, soit celui de Neuchâtel «Centre de réadaptation fonctionnelle du Jura et de la Suisse Romande» créé et dirigé par le Dr *de Montmollin* depuis 1959. Il dispose de 21 lits et peut traiter en outre cinq à six ambulatoires. Il est équipé d'une piscine rééducative et d'installations de mécanothérapie; des ateliers d'ergothérapie donnent aux invalides l'occasion d'exécuter des travaux de tissage et de menuiserie.

Un centre nouveau est en voie de création à Lausanne, c'est celui de l'Hôpital Orthopédique de la Suisse Romande dirigé par le Professeur *Nicod*. Il comprendra 60 lits de rééducation fonctionnelle à ajouter aux 50 lits d'orthopédie chirurgicale. Il pourra en outre recevoir trente à quarante malades ambulatoires par jour. Les installations prévues permettront tous les modes des traitements physiques (électrothérapie sous ses diverses formes, mécanothérapie, fangothérapie, etc.). Une grande piscine et un trèfle offriront les diverses possibilités de rééducative dans l'eau. Divers ateliers d'ergothérapie donneront aux invalides l'occasion d'effectuer des travaux de menuiserie, de métallurgie ou de tissage, sans compter ceux du secrétariat (machines à écrire) et de la cuisine rééducative. Un centre spécial pour infirmes moteurs-cérébraux est également prévu.

A ce propos, il convient de signaler, à titre de comparaison et d'exemple, les réalisations très remarquables qui ont été faites en Angleterre. L'étude de Melle *Epprecht*, consacrée à huit centres anglais de rééducation fonctionnelle d'handicapés locomoteurs montre à quel point chacun de ces centres est spécialisé et quelle précision est apportée aux divers programmes thérapeutiques. L'auteur en dégage bien les caractères généraux: tendance à remplacer les techniques artisanales par des procédés industriels (avantage de la spécialisation du geste), recherche de l'autonomie de l'handicapé, simplicité et efficacité des

moyens employés. Melle *Epprecht* insiste sur le fait qu'il s'agit bien de centres *thérapeutiques* d'où le malade sort pour être directement placé dans un poste de travail si cela est possible ou pour entrer dans un centre de reclassement professionnel. La rééducation fonctionnelle et la réadaptation à un nouveau métier ne peuvent en effet être effectuées que dans des centres différents, même si les liens qui les unissent méritent d'être extrêmement serrés.

C'est maintenant les *centres de réadaptation professionnelle* en pays romand que nous voulons évoquer. Auparavant, rappelons l'effort très ancien fourni dans ce domaine par toute une série d'institutions privées; nous pensons entre autres à toutes les œuvres qui, bien avant l'entrée en vigueur de la loi, se sont consacrées à l'éducation ou à la rééducation des insuffisants mentaux ou à l'aide aux divers handicapés physiques, les aveugles et les sourds par exemple. Ici, comme d'ailleurs dans le reste de la Suisse, la nouvelle loi a l'avantage de susciter une meilleure coordination de ces efforts privés, d'apporter des fonds indispensables, de favoriser l'agrandissement d'institutions anciennes et la création d'institutions nouvelles.

En ce qui concerne les handicapés locomoteurs ou les invalides dont la capacité d'effort est limitée (insuffisants respiratoires ou cardiaques par exemple), la Commission cantonale vaudoise dispose jusqu'ici de trois centres principaux de formation: il s'agit de celui de Morges, de celui de Courtepin près de Morat et de celui d'Uvrier en Valais.

Le centre de Morges forme des spécialistes dans le domaine de la mécanique de précision; fraiseurs, tourneurs, ajusteurs, etc., de même que des dessinateurs industriels. Sa capacité est de trente à trente-cinq personnes qui sont nourries et logées sur place. Cette institution qui a été créée il y a déjà plusieurs années s'est constamment développée. Dès janvier 1960 jusqu'en août 1961, 26 invalides ont pu être ainsi remis dans le circuit économique; vingt-trois d'entre eux avaient été adressés au centre par les soins de la Commission Vaudoise.

Le centre de Courtepin s'occupe de l'industrie du bois et forme des machinistes, ébénistes, polisseurs et monteurs; il prépare également aux métiers de sellier-tapissier et de poseur de sols. Sa capacité est d'une quarantaine de personnes.

L'atelier-pilote d'Uvrier (en attendant le centre de Sion) est spécialisé dans le rééquilibrage des compteurs électriques et peut former une dizaine de personnes par an.

Comme vous le savez peut-être, il existe d'autre part un projet de création, à Bienne, d'un centre suisse de formation dans le domaine de l'horlogerie. Un autre centre sera créé à La Chaux-de-Fonds pour la fabrication de cartes perforées. Enfin, au printemps 1962, s'ouvrira à Grandson près d'Yverdon un nouveau home-atelier.

Il faut ajouter ici que, dans pratiquement chacun des ateliers de formation, l'invalidé fait un stage préparatoire d'observation et d'entraînement à l'effort – stage allant jusqu'à trois mois à Morges – avant que ne commence la formation proprement dite.

Outre ces centres de véritable reclassement professionnel, signalons l'existence de toute la série des *ateliers dits protégés* dans lesquels peuvent être placés un certain nombre d'invalides qui ont encore une capacité de travail résiduelle, inférieure cependant à 50%. Il s'agit souvent, parmi ces invalides, de personnes dont le handicap est aggravé, sur le plan économique, par des troubles caractériels. Ces ateliers dont la capacité moyenne est de dix places sont assez nombreux; ce qui leur manque en revanche souvent sont les places de logement. Nous citerons ici surtout la série des ateliers qui appartiennent à l'œuvre «Le Lien» (Lausanne, Yverdon, Leysin, Montana) et qui sont chacun spécialisés dans une activité particulière (gainerie, couture, petits montages mécaniques, etc.); signalons aussi la «Clinique Manufacture» à Leysin, le Sanatorium Valaisan à Montana, la maison du Repuis près de Grandson, etc.

Nous présenterons maintenant quelques chiffres concernant l'activité de la Commission vaudoise, en particulier en ce qui concerne la réadaptation.

3. Activité de la Commission vaudoise

Pour les raisons que nous avons évoquées au début de cet exposé, nous ne pouvons donner ici que quelques chiffres globaux et approximatifs concernant l'activité de la

Commission vaudoise depuis le début de 1960. Voici tout d'abord quelques données générales que nous tirons d'un travail non publié de Me *Detmers*: en 18 mois, la Commission vaudoise a reçu environ 8500 demandes de prestations. A la fin de janvier 1961, environ 4500 prononcés avaient été établis. Les prestations fournies à cet ensemble d'invalides sont au nombre de 5000, soit 1000 pour des mineurs et 4000 pour des majeurs, qui se répartissent en 3500 rentes et 500 prestations de réadaptation. Au 30 septembre 1961, le nombre total des demandes s'élevait à 10510 dont 8091 avaient été liquidées par prononcé.

En complément de ces données, nous pouvons encore fournir quelques renseignements chiffrés que nous avons obtenus grâce à l'obligeance du Dr *Schneider*, médecin de la section II, qui a bien voulu nous prêter ses notes de séances. Nous ne présentons d'ailleurs ces documents que sous toutes réserves et qu'à titre d'illustration d'un collectif non représentatif de l'ensemble: en effet, il ne s'agit que des cas de la section II – et la Commission en compte trois et en a même compté quatre un certain temps –, seuls les dossiers examinés à domicile ont été retenus, le secrétariat a opéré un certain tri des dossiers et avait en particulier confié à la section II les cas d'invalides exerçant une profession indépendante, entre autres les agriculteurs; enfin, il est encore trop tôt pour se faire une idée des résultats des mesures de réadaptation professionnelle proposées; à cet égard, nous sommes donc entièrement d'accord avec ce que nous disait l'OFAS.

Nous n'avons tenu compte ici que des adultes et avons laissé de côté 65 demandes de prestations pour mineurs. En effet, nous n'aborderons pas l'important problème des infirmités congénitales.

Ces réserves faites, voyons ce que nous donne l'analyse non détaillée du collectif en question (tableau 1): il s'agit d'environ 1200 demandes (1176) dont une centaine (103) ont fait l'objet d'un refus motivé. Le sexe masculin est nettement prédominant (environ $\frac{3}{5}$ d'hommes pour $\frac{2}{5}$ de femmes); la majorité de ces invalides sont âgés de plus de 50 ans (717 sur 1176).

Sexe		Age	
♂	739	< 30 ans	77
		30 à 50 ans	382
♀	437	> 50 ans	717
		Total	1176

Tableau 1 Collectif partiel de la section II

Rentes	781	917
$\frac{1}{2}$ Rentes	136	
orientation formation reclassement professionnels	53	224
Placements	13	
Mesures médicales	52	
Moyens auxiliaires	106	
Total	1141	

Tableau 2 Prestations selon prononcés de la section II dans 1176 — 103 refus = 1073 cas

Le nombre des prestations (tableau 2), soit 1141, dépasse bien entendu un peu celui des demandes, puisqu'un seul invalide peut bénéficier de plusieurs prestations. Comme dans les chiffres fournis par le travail de Me *Detmers*, le nombre des rentes allouées est largement prédominant (917 dont 781 rentes entières). Le reste, soit les 224 mesures dites de réadaptation (mesures médicales, mesures d'ordre professionnel et moyens auxiliaires) peut concerner à l'occasion – sous réserve des mesures d'ordre professionnel – certains

rentiers chez qui on a l'espoir de conserver une capacité de travail résiduelle ou de prévenir une impotence; il est toutefois entendu que la plupart de ces mesures ont eu pour but la récupération d'un rendement économique de plus de 50%.

Sans vouloir trop insister sur cette statistique dont la valeur, nous l'avons dit, est limitée, relevons l'importance des troubles locomoteurs (d'origine rhumatologique, orthopédique, traumatique ou neurologique) comme cause de l'invalidité (figure 1): soit 478 sur un collectif d'environ 1200 cas, les rhumatologiques groupant à eux seuls 163 cas, à égalité à peu près avec les neurologiques. Les invalides mentaux et les épileptiques forment presque un cinquième de l'ensemble (263 cas); les autres causes d'invalidité, un peu moins fréquentes, sont d'ordre respiratoire, cardio-vasculaire ou sensoriel, à quoi il faut ajouter un groupe d'affections diverses (digestives, rénales, les cancers, etc.).

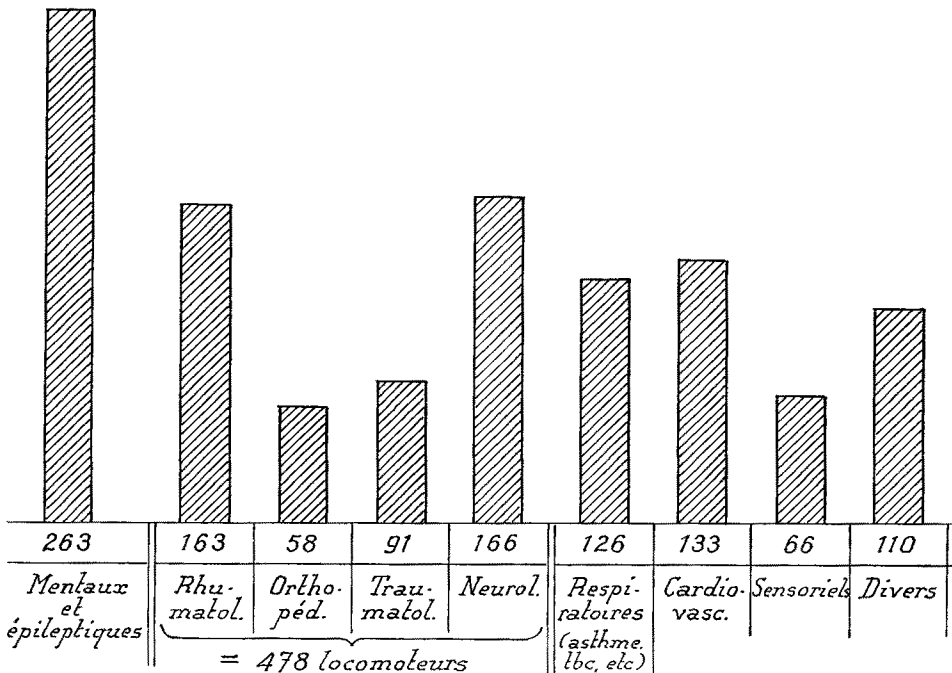


Figure 1 Fréquence des causes d'invalidité

Comme nous nous intéressons particulièrement aux cas rhumatologiques, nous avons dénombré, parmi ces 163 cas, 35 P.C.E. et 78 coxarthroses. En matière de réadaptation, les résultats sont ici assez décevants: la plupart des P.C.E. étaient extrêmement avancées et le plus qu'on ait en général pu faire a été d'accorder des moyens auxiliaires.

Une comparaison n'est donc pas sans autre possible avec les conclusions de *Mannheimer* et *Benton*, lors du Symposium sur les aspects sociaux des maladies rhumatismales à Amsterdam en 1959. Ces auteurs font état d'un collectif de 332 invalides (surtout des P.C.E.) dont 40% ont pu retrouver un emploi après réalisation d'un programme de réadaptation. Ils ne précisent cependant pas la valeur économique de ces emplois, bien qu'il semble s'agir d'activités à plein temps. Quoi qu'il en soit du caractère peut-être trop optimiste de ce rapport, il n'en constitue pas moins un encouragement aux efforts de réhabilitation des polyarthritiques.

Nous reviendrons plus loin sur la question des mesures médicales – soit des interventions d'orthopédie chirurgicale – dans les coxarthroses; sur nos 78 cas, ces mesures ont

été assez peu souvent accordées (âge, espoir insuffisant de récupération du rendement économique, etc.).

Le journal de l'ASKIO a publié des statistiques élaborées par les autorités de l'A.I. dans les cantons de Bâle et de Schaffhouse. Il en ressort que le contingent des troubles mentaux est extrêmement important: 22,5% à Bâle, 39,6% à Schaffhouse, alors que dans notre petit collectif il est d'environ 22%; pour ces deux cantons, les affections dites rhumatismales forment environ 10% de l'ensemble (environ 14% pour notre collectif).

A titre de complément et de comparaison, citons enfin les chiffres fournis par l'OFAS pour l'ensemble de la Suisse dans la « Revue à l'intention des Caisses de Compensation »: jusqu'à fin 1960, un peu plus de 90000 demandes sont parvenues aux autorités de l'A.I. Plus de la moitié a fait l'objet d'un prononcé des commissions A.I. D'autre part, les offices régionaux ont reçu, en 1960, 7500 mandats dont ils ont pu exécuter le 62,4%.

Ces chiffres, tout disparates qu'ils soient, appellent quelques remarques générales. En ce qui concerne tout d'abord les refus, observons qu'il s'agit en général de cas dont l'invalidité *économique* est inférieure à 50% et dans lesquels on ne peut pas envisager de mesures véritables de réadaptation propres à augmenter le rendement (par exemple un asthmatique qui continue à recevoir un gain complet ou presque). Il arrive aussi que l'invalidité soit déjà reclassé au moment où sa demande est étudiée. Il arrive enfin que les mesures qui sont proposées constituent un traitement de la maladie comme telle et ne peuvent donc pas être prises en charge par l'assurance.

Vous aurez probablement été frappés, d'autre part, comme d'une sorte d'échec, par la très forte proportion des rentes. Mais les chiffres actuels ne sont probablement pas l'expression suffisante de la réalité: ainsi que le fait remarquer Me *Detmers*, les prononcés de rentes étant plus faciles, dans les cas indiscutablement irrécupérables, c'est eux que l'on a eu tendance à liquider tout d'abord, par gain de temps; il ne faut pas oublier non plus que le degré d'invalidité n'est pas le même pour tous les cas de rentiers et qu'il peut varier de 50 à 100%. Autrement dit, il peut arriver que, au gré des fluctuations de l'état de santé de l'handicapé, une rente ne soit allouée que temporairement et puisse faire place ultérieurement à des mesures de reclassement véritables; il en est ainsi par exemple d'un certain nombre de cas de « longue maladie ».

Nous terminerons cet exposé en évoquant quelques-uns des problèmes importants qui se posent aux commissions, soit l'évaluation de l'invalidité en général et des raisons principales qui limitent les possibilités de réadaptation, l'estimation de l'invalidité, en particulier chez les ménagères et, enfin, les limites qu'il convient d'apporter à la notion de « mesures médicales ».

4. Quelques problèmes d'exécution

a) Evaluation du degré d'invalidité

Devant chaque nouveau dossier, le premier souci de chacun des membres de la Commission est bien entendu de se demander si le cas est économiquement récupérable, c'est-à-dire si l'application d'une ou de plusieurs mesures de réadaptation permettra avec une vraisemblance suffisante de redonner à l'invalidité un plein emploi et un plein salaire ou du moins d'obtenir une capacité de travail qui dépasse nettement le 50%. En principe, il n'importe donc guère de connaître le degré initial précis d'invalidité.

Il en est tout autrement lorsque l'invalidité, exprimée en termes économiques, limite définitivement, à vues humaines, la capacité de travail du malade à 50% au moins ou, dans les cas pénibles, à 60%.

Une pratique judicieuse de la Commission Vaudoise a été de chercher à déterminer, dans chaque cas, avec autant de précision que possible, le pourcentage d'invalidité situé entre 40 et 100%. En effet, comme nous l'avons fait observer tout-à-l'heure, un certain nombre de malades qui atteignaient juste le degré exigé par la loi pour l'allocation d'une rente ou d'une demi-rente pourront ultérieurement, si l'état de leur santé est favorablement modifié, bénéficier de mesures de réadaptation; rappelons en effet qu'un prononcé de rente peut être révisé en tout temps durant les trois premières années et, ensuite, à l'expiration de chaque période de trois ans.

A part les cas de longue maladie qui représentent une situation spéciale, l'estimation est aisée lorsque l'invalidité est, à l'évidence, totale ou presque totale (cas rhumatologiques grabataires, cas de troubles mentaux graves et chroniques par exemple). Mais nombreux sont aussi les cas qui offrent de grandes difficultés d'appréciation et où les opinions, suivant la spécialité de l'expert, peuvent différer du tout au tout: tel handicapé qui, aux yeux du médecin, semble être invalide à moins de 50% sera considéré par l'orienteur professionnel par exemple comme invalide à 70 ou même à 80%; nous avons ainsi été frappés par un certain nombre de lombalgies chroniques que la Commission a été obligée de tenir pour non reclassables et a dû mettre au bénéfice de rentes complètes. Dans les cas de ce genre, la notion de perte de la capacité de concurrence sur le marché du travail revient souvent, alors que sur le plan purement médical l'atteinte de la santé ne paraissait pas si considérable.

A cet égard, il convient bien entendu de tenir compte de tous les facteurs mis en évidence par l'examen physique et psychotechnique par rapport aux possibilités de travail. Quelques-uns de ces facteurs ont une valeur prééminente dans l'impossibilité où l'on se trouve de prévoir un reclassement: il s'agit ici bien entendu tout d'abord de *la nature et de l'étendue des causes d'invalidité*; l'âge du sujet revêt également une grande importance: tel malade, par exemple, tenu pour invalide depuis plusieurs années et qui atteint ou dépasse la cinquantaine peut n'être plus réadaptable alors qu'il l'aurait été encore dix à quinze ans plus tôt. L'existence de l'assurance-invalidité permettra sans doute, dès lors, d'éviter un certain nombre de ces mécomptes.

La qualité de la formation professionnelle antérieure à l'invalidité joue un rôle qu'il n'est guère nécessaire de commenter: un manoeuvre d'un certain âge, par exemple, étant moins facilement réadaptable qu'un sujet qui a bénéficié d'une information nuancée. Enfin, comme nous le relevons plus haut, des *troubles caractériels*, même s'ils ne sont pas extrêmement marqués, peuvent venir aggraver les conséquences économiques d'une invalidité physique qui a elle seule n'atteindrait pas le 50%.

b) *Problèmes de la réadaptation et de l'estimation de l'invalidité chez les ménagères.*

Parmi les invalides qui n'avaient pas auparavant une activité lucrative, le lot des ménagères constitue sans doute une des catégories les plus vastes. Comme il n'existe dans ces cas aucun salaire de base qui permette de chiffrer le pourcentage d'invalidité, l'estimation doit forcément se fonder sur des renseignements d'ordre qualitatif. Jusqu'ici, la Commission Vaudoise s'est servie à cet effet des réponses à un questionnaire portant essentiellement sur les possibilités de l'invalidité à se déplacer et à exécuter certaines besognes ménagères: à savoir si la requérante est alitée une partie de la journée, peut se déplacer seule ou avec l'aide d'un tiers, ou grâce à un moyen auxiliaire, etc., si elle peut exécuter de gros travaux, faire les lits, faire la lessive, préparer les repas, etc., enfin si elle participe au travail de son mari; suivent quelques questions concernant le nombre de personnes qui composent le ménage, les conditions de logement.

Ainsi conçu, ce questionnaire n'a donné que très partiellement satisfaction: on s'est avisé en effet qu'il ne fournissait pas une image suffisante des handicaps fonctionnels dont souffre l'invalidité. Si l'on sait par exemple que tel travail (faire les lits, préparer les repas, etc.) peut être exécuté, on ignore en revanche à quel point ces actes sont faciles ou difficiles et avec quelle rapidité, et à quel rythme ils peuvent être accomplis.

La Commission Zurichoise a élaboré un questionnaire selon un mode de cotations chiffrées grâce auxquelles il est possible de déduire avec beaucoup plus de précision le degré réel d'invalidité; la Commission Vaudoise en fait actuellement l'essai, mais il est encore trop tôt pour en tirer des conclusions.

c) *Limites de la notion de «mesures médicales».*

A ce sujet, les limites tracées par la loi sont bien précisées dans les art. 12 LAI et 2 RAI; mais la jurisprudence étant encore modeste, il est apparu d'emblée que les interprétations

étaient parfois malaisées et les malentendus fréquents. Selon que l'on s'attache à l'esprit de la loi en en négligeant les limites formelles ou qu'inversement on soit fidèle à la lettre de manière pointilleuse, il se dégage schématiquement deux attitudes extrêmes : soit dans un sens abusivement extensif – ce qui est parfois, mais pas toujours, l'attitude du médecin –, soit dans un sens exagérément restrictif – ce qui peut être, mais également pas toujours, l'attitude du juriste –.

De fait, comme le déclarait récemment un arrêt du Tribunal Fédéral des Assurances, il importe avant tout d'examiner si ces actes ont pour objet le *traitement de l'affection comme telle* ce qui les exclut de l'A.I.; si tel n'est pas le cas, il s'agit alors de considérer si ces mesures sont *directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain*.

Ce n'est pas en effet le caractère plus ou moins invalidant de la maladie qui est ici un critère décisif.

Il n'en reste pas moins difficile parfois de juger si tel acte médical ou chirurgical doit ou ne doit pas être considéré comme traitement de l'affection comme telle; ainsi que le relève l'Office Fédéral des Assurances Sociales dans la « Revue à l'intention des Caisses de Compensation », le traitement chirurgical de la coxarthrose constituerait à cet égard un cas limite. Pour beaucoup de médecins dont nous sommes, les interventions de ce type ne paraissent guère être un traitement véritable de la maladie; d'autres toutefois répondent que, en cas d'arthroplastie par exemple, les tissus malades ayant été enlevés dans la mesure du possible, l'intervention viserait l'affection comme telle. Il est bien évident que seule la jurisprudence tranchera le problème.

Il est intéressant également de constater que, selon l'OFAS (Bull. de l'A.I. No 22), la maladie de Perthes, l'épiphyseolyse, la maladie de Scheuermann, étant des affections acquises et non pas des infirmités congénitales, les prestations de l'A.I. n'entrent pas en ligne de compte dans ces cas. Par conséquent, bien que ces maladies puissent déterminer une invalidité, leur traitement n'incombe pas à l'A.I.

Sans vouloir allonger la liste de ces exemples, notons que les opérations sur le cœur sont admises à titre de mesures médicales s'il s'agit d'affections congénitales. En revanche, le traitement chirurgical d'une cardiopathie acquise (Bull. de l'A.I. No 21) est considéré comme traitement de l'affection comme telle et ne peut donc pas être mis à la charge de l'A.I.

Selon la loi, la seule limite d'âge aux prestations est déterminée par la date d'ouverture du droit à l'AVS. Dans ces conditions, un de nos amis, parlant du traitement chirurgical de la coxarthrose, estimait qu'il fallait ici être très large et mettre cette mesure à la charge de l'assurance jusqu'à la dernière limite. Mais il est évident que, ce faisant, on omettrait l'exigence légale qui veut que la « mesure médicale » soit nécessaire à la réadaptation professionnelle et susceptible d'améliorer de façon durable et importante la capacité de gain; or ce n'est souvent pas le cas et c'est pourquoi nous avons enregistré des prononcés de rente dans toute une série de coxarthroses chez des malades ayant dépassé la cinquantaine et chez lesquels on ne pouvait pas raisonnablement, avec ou sans opération, espérer une reprise de l'activité lucrative.

Conclusions

Ce rapport, malheureusement très lacunaire, fait d'impressions et de renseignements recoltés ici et là, ne comporte bien entendu pas de conclusions au sens vrai. Si l'on peut considérer avec satisfaction les résultats d'efforts déjà anciens et d'une coordination légale récente de ces efforts, il ne faut pas se dissimuler que les tâches sont encore immenses et que, sur bien des points, nous sommes en retard sur certains pays étrangers. Cela dit, il convient ici de rendre hommage à ceux, très nombreux dans ce pays, qui mettent toutes leurs forces, leur bonne volonté et leur ingéniosité à réaliser ce programme de réhabilitation, à la fois passionnant dans son ensemble, mais ardu et parfois ingrat dans le détail. C'est là, nous semble-t-il, une mystérieuse et belle compensation à l'ingéniosité que les hommes mettent à se meurtrir les uns les autres.

Bibliographie

- Anonyme*: « Ursachen der Invalidität » (« ASKIO-Nachrichten » No 3, mars 1961, p. 4, et No 5, mai 1961, p. 3).
- Detmers K.E.*: « Un an d'assurance-invalidité » (« Pro-Infirmis », janvier 1961, p. 216).
- Detmers K.E.*: « L'assurance-invalidité et son application dans le Canton de Vaud » (travail non publié).
- Epprecht E.*: « Beschäftigungstherapie im Dienste der Rehabilitation » – « Ein Bericht aus England » (« Beschäftigungstherapie », No 2, 1961, Bâle).
- Mannheimer R.H.* et *I.G. Benton*: « Vocational rehabilitation of arthritis patients in metropolitan and suburban areas » (« I.S.R.A. » symposium, 1959, Excerpta Medica, International Congress series No 23, p. 55).
- Office fédéral des assurances sociales*: « Une année d'assurance-invalidité » (« Revue à l'intention des caisses de compensation », No 1, 1961).
- « Les mesures médicales dans l'A.I. » (« Revue à l'intention des caisses de compensation », No 3, 1961).
 - « Mesures médicales: exclusion du traitement de l'affection comme telle » (Bulletin de l'A.I., No 26, paragraphe 161).
 - « Mesures médicales » (Bulletin de l'A.I., No 22, paragraphe 144).
- Oppikofer K.*: « Die Aufgaben einer Eingliederungsstätte » (in « Invalidität und Rehabilitation in ärztlicher Sicht », A. Wernli-Hässig, p. 35, Karger, Basel/N. Y., 1961).
- Oppikofer K.*: « Eidgenössische Invalidenversicherung und Arzt » (in « Invalidität und Rehabilitation in ärztlicher Sicht », A. Wernli-Hässig, p. 166, Karger, Basel/N. Y., 1961).
- Schweingruber W.*: « Die Aufgaben der Regionalstellen und Eingliederungsstätten » (in « Die Eingliederung der behinderten Menschen in die Kulturgemeinschaft », p. 124, Universitätsverlag, Freiburg-Schweiz, 1959).