



OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES

RCC

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



ANNÉE 1963

Abréviations

ACF	Arrêté du Conseil fédéral
AI	Assurance-invalidité
AIN	Arrêté fédéral concernant la perception d'un impôt pour la défense nationale
AM	Assurance militaire
AO	Arrêté fédéral concernant l'organisation du TFA et la procédure à suivre devant ce tribunal
APG	Allocations aux militaires pour perte de gain
ATF	Arrêts du Tribunal fédéral
ATFA	Arrêts du TFA
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CCS	Code civil suisse
CIC	Compte individuel des cotisations
CNA	Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents
CPS	Code pénal suisse
DO	Decreto federale concernente l'organizzazione e la procedura del TFA
FF	Feuille fédérale
IDN	Impôt pour la défense nationale
INSAI	Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni
LAI	Loi sur l'assurance-invalidité
LAM	Loi sur l'assurance militaire
LAMA	Loi sur l'assurance-maladie et accidents
LAPG	Loi sur les APG
LAVS	Loi sur l'AVS
LFA	Loi sur les allocations familiales dans l'agriculture
LIPG	Legge sulle indennità ai militari per perdita di guadagno
LP	Loi sur la poursuite pour dettes et la faillite
OAI	Ordinanza di esecuzione della legge su l'assicurazione per l'invalidità
OAVS	Ordinanza d'esecuzione sull'AVS
OFA	Ordinanza di esecuzione della LFA
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OIC	Ordonnance concernant les infirmités congénitales
OIPG	Ordinanza d'esecuzione della LIPG
OR	Ordonnance sur le remboursement aux étrangers et aux apatrides des cotisations versées à l'AVS
RAI	Règlement d'exécution de la LAI
RAPG	Règlement d'exécution de la LAPG
RAVS	Règlement d'exécution de la LAVS
RFA	Règlement d'exécution de la LFA
RO	Recueil officiel des lois et ordonnances
RS	Recueil systématique des lois et ordonnances
TFA	Tribunal fédéral des assurances

CHRONIQUE MENSUELLE

La *sous-commission du bilan technique* de la commission fédérale AVS/AI a siégé les 7 et 20 décembre 1962 sous la présidence de M. W. Saxer, professeur. Elle a fixé les directives à appliquer pour le bilan technique de l'AVS au 1^{er} janvier 1963. Dès que ce bilan sera établi, la sous-commission sera informée des résultats.

*

Le *groupe de travail pour la perception des cotisations et la comptabilité* du groupe d'étude des problèmes techniques a tenu sa première séance le 11 décembre 1962 sous la présidence de M. Oberli, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a discuté, pour commencer, les principales questions de procédure posées par la communication des périodes d'assurance et de cotisations des étrangers.

*

En date du 14 décembre 1962, la nouvelle *Convention en matière de sécurité sociale entre la Suisse et l'Italie* a été signée à Rome par M. A. Saxer, préposé aux conventions internationales en matière d'assurances sociales, pour la Suisse, et par M. G. Lupis, sous-secrétaire d'Etat aux affaires étrangères, pour l'Italie.

L'accord s'applique, du côté suisse, à la législation fédérale en matière d'AVS, d'AI, d'accidents professionnels et non professionnels et de maladies professionnelles et au régime fédéral d'allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans ; du côté italien, aux assurances invalidité, vieillesse et survivants, accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi qu'aux allocations familiales.

La Convention institue, en principe, l'égalité de traitement complète entre ressortissants suisses et italiens dans l'application de la législation de sécurité sociale des deux Etats. Avant d'entrer en vigueur, elle doit être ratifiée de part et d'autre.

*

Le nouveau chef de la Centrale de compensation

Le Conseil fédéral a nommé M. *Aloïs Imbach* chef de la Centrale de compensation à partir du 1^{er} janvier 1963 (cf. RCC 1962, p. 364). M. Imbach, qui a fait un doctorat à l'Université de Berne, a obtenu en outre le brevet d'avocat de son canton d'origine, Lucerne, et a eu sa propre étude à Berne pendant plusieurs années ; il est bien préparé pour son nouveau poste lourd de responsabilités.

En été 1940, M. Imbach entra, en qualité de collaborateur juridique, dans l'administration du Fonds central de compensation, qui gérât le régime des allocations pour perte de salaire et de gain créé au début du service actif. Il devint chef de section II en 1945 et chef de section I en 1949. Comme suppléant de M. Joseph Studer, qui vient de prendre sa retraite, il a dirigé en outre la caisse suisse de compensation et l'organe de liaison qui y est rattaché et assure le contact avec les institutions étrangères d'assurances sociales.

Devenu chef de la Centrale de compensation, M. Imbach assume désormais de nouvelles tâches, puisque cette administration comprend, outre la Caisse suisse de compensation et l'organe de liaison, les services centraux de l'AVS, de l'AI et des APG pour le registre des assurés et la comptabilité, le service des prestations AI en nature, le service des placements du Fonds de compensation AVS et la gestion du secrétariat du Conseil d'administration de ce Fonds. La rédaction de la RCC présente à M. Imbach ses vœux les meilleurs pour sa nouvelle activité.

Les caisses de compensation AVS au service d'autres œuvres sociales

I. Les faits jusqu'à ce jour

L'article 63, 4^e alinéa, LAVS confère aux cantons et aux associations fondatrices de caisses professionnelles de compensation le droit de confier des autres tâches à leurs caisses de compensation, particulièrement en matière de soutien des militaires et de protection de la famille. Il a été fait largement usage de cette possibilité. Nous en avons déjà donné des aperçus (la dernière fois dans

la RCC 1956, p. 79 ss). Les propos qui suivent montrent le développement de la situation depuis lors.

A fin 1955, 63 caisses de compensation AVS avaient charge d'autres tâches; à fin 1961, leur nombre était de 76, soit 13 de plus. Ainsi, des autres tâches ont été confiées à plus des deux tiers des 104 caisses de compensation existant à cette date.

La plupart de ces 76 caisses de compensation s'occupent simultanément de plusieurs autres tâches, diverses ou du même genre (p. ex. d'une caisse d'allocations familiales et d'une caisse de vacances ou de plusieurs caisses d'allocations familiales à la fois). Les autorisations de gérer d'autres tâches, qui étaient au nombre de 257 en 1955, ont passé depuis lors à 438. Le nombre des autorisations accordées aux Caisses cantonales de compensation a augmenté de 19, passant de 41 en 1955 à 60 en 1961. Durant le même laps de temps, le nombre des autorisations accordées aux caisses professionnelles de compensation a presque doublé; il y a eu 162 nouvelles autorisations, ce qui porte leur nombre total à 378.

II. La nature des autres tâches

En vertu de l'article 130, 2^e alinéa, RAVS, il ne peut être confié aux caisses de compensation AVS que des tâches se rattachant aux assurances sociales ou aux domaines apparentés. Ainsi défini, l'objet des autres tâches admissibles est fort étendu. Dans la pratique, l'OFAS a considéré chacune des autres tâches décrites ci-après comme appartenant au domaine des assurances sociales ou aux domaines apparentés, et a donné des autorisations en conséquence.

Dans 17 cantons, la gestion de l'aide à la vieillesse conformément à la législation cantonale et à l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948 sur l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants a été confiée à la caisse cantonale de compensation. 23 caisses cantonales de compensation collaborent à l'application du régime cantonal des allocations familiales; la plupart gèrent la caisse des allocations familiales de leur canton. Dans deux cantons, la caisse AVS gère les affaires de la caisse de compensation des vacances. En outre, 14 caisses cantonales de compensation exécutent certains travaux en rapport avec l'application de l'assurance-accidents dans l'agriculture. Enfin, trois caisses cantonales AVS s'occupent, dans un cas, de l'assurance-vieillesse cantonale, dans le second cas de l'encaissement de primes en faveur d'une caisse-maladie, ainsi que de la gestion d'une institution cantonale d'aide aux invalides et, dans le dernier cas, du versement des allocations de renchérissement aux maîtres d'école primaire.

Des 51 caisses professionnelles de compensation qui ont charge d'autres tâches, 37 exécutent des travaux pour le compte d'une ou de plusieurs caisses régionales d'allocations familiales et 6 pour le compte d'une caisse nationale d'allocations familiales. Depuis notre dernier exposé, datant de 1956, le nombre des caisses professionnelles de compensation AVS qui gèrent des caisses d'allocations familiales a augmenté de 11. Aujourd'hui, 10 caisses professionnelles de compensation s'occupent de l'aide privée complémentaire à la vieillesse et aux survivants; elles n'étaient encore que 3 en 1955. Aux 19 caisses professionnelles de compensation, qui fonctionnaient alors comme bureaux

d'encaissement pour le compte de caisses d'allocations familiales cantonales ou professionnelles, sont venues s'ajouter 12 autres caisses. Ces 31 caisses professionnelles perçoivent des cotisations et certaines d'entre elles versent des allocations pour le compte de caisses d'allocations familiales qui sont elles-mêmes gérées par d'autres caisses de compensation AVS ou par des tiers. Ainsi, les employeurs ont la possibilité de ne décompter qu'avec une seule caisse de compensation. Le nombre des caisses professionnelles de compensation auxquelles on a confié l'encaissement de primes, voire parfois le versement de prestations pour le compte de caisses-maladie, a passé de 6 en 1955 à 8 en 1961. Enfin, 8 caisses professionnelles continuent à gérer une caisse de vacances et de jours fériés, comme déjà en 1955.

III. Le chiffre d'affaires des autres tâches

Ces dernières années, l'Office fédéral des assurances sociales a demandé aux caisses de compensation AVS de fournir, dans les feuilles annexes des rapports annuels, des renseignements sur le montant des cotisations perçues et des prestations versées pour le compte des autres tâches.

En 1961, les caisses cantonales et professionnelles de compensation AVS ont encaissé pour plus de 202 millions de francs de cotisations et versé pour 173 millions de francs de prestations, réalisant ainsi un chiffre d'affaires de 375 millions de francs. Les caisses cantonales ont à elles seules encaissé pour 32 millions de francs de cotisations et versé pour 44 millions de francs de prestations. Les caisses professionnelles ont, pour leur part, encaissé quelque 170 millions et versé 129 millions en prestations. Dans ce dernier cas, la grande différence que l'on constate entre les cotisations et les prestations est due principalement au fait que diverses caisses de compensation AVS ne font qu'encaisser les cotisations pour le compte d'autres institutions.

Il est intéressant de savoir de quelle façon ce chiffre d'affaires se répartit entre les divers genres d'autres tâches. Les caisses cantonales de compensation AVS ont encaissé pour des caisses d'allocations familiales quelque 30 millions de francs de cotisations et ont versé quelque 25 millions en prestations. Au titre de l'assistance aux vieillards, survivants et invalides (aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants), 16 millions de francs ont été versés. Pour diverses autres tâches, telles que les caisses de vacances, les caisses-maladie, l'assurance-accidents dans l'agriculture, etc., le chiffre d'affaires s'élève à 2 millions de francs de cotisations et 3 millions de francs de prestations.

Les autres tâches gérées par les caisses professionnelles de compensation donnent des chiffres beaucoup plus importants. Ces dernières ont encaissé 67 millions de francs et versé 43 millions pour le compte de caisses d'allocations familiales. Un chiffre d'affaires très important, de 146 millions, concerne les caisses de vacances et de jours fériés: les cotisations encaissées à ce titre s'élèvent à 75 millions de francs et les prestations à 71 millions. Les caisses professionnelles de compensation ont en outre encaissé 8,5 millions en primes et versé plus de 2 millions en prestations pour le compte de différentes caisses-maladie. Les sommes encaissées ou versées au titre de l'AVS complémentaire des associa-

tions professionnelles ont été de 5,5 et 1 millions de francs. Quelque 14 millions concernent des cotisations et 12 millions des prestations se répartissant entre diverses autres tâches. Il est également intéressant de constater que dans certaines caisses professionnelles, le chiffre d'affaires des autres tâches a dépassé sensiblement celui de l'AVS/AI/APG. Dans un cas extrême, le chiffre d'affaires AVS/AI/APG de la caisse s'est monté à 92 millions de francs en 1961, tandis que celui de ses autres tâches a atteint 187 millions.

Si l'on compare ces montants globaux au chiffre d'affaires réalisé la même année, pour l'AVS, l'AI et les APG, par les caisses cantonales et professionnelles de compensation, voici ce qu'on peut constater: le chiffre d'affaires global des autres tâches représente en moyenne le 19 pour cent (arrondi) du chiffre d'affaires AVS/AI/APG; cette proportion est en matière de cotisations, sensiblement la même qu'en matière de prestations. En revanche, il existe entre les caisses cantonales et les caisses professionnelles une différence considérable dans les rapports résultant de la comparaison entre le chiffre d'affaires des autres tâches et celui de l'AVS/AI/APG. Si, pour les autres tâches, les caisses cantonales ont réalisé un chiffre d'affaires d'environ 8 pour cent du chiffre d'affaires AVS/AI/APG, cette proportion est de 30 pour cent chez les caisses professionnelles. Ainsi, chez ces dernières, les autres tâches prennent une place qui équivaut presque au tiers de leurs attributions fédérales.



Pour terminer, voici encore quelques renseignements sur les frais de gestion des autres tâches et l'indemnisation des caisses de compensation qui en sont chargées. Celles-ci ont le droit d'être rétribuées de façon appropriée pour les frais résultant de cette gestion. Elles ont touché une indemnité globale de 3,2 millions de francs. Comparé au chiffre d'affaires total de 375 millions que représentent les autres tâches, ce montant équivaut au 0,85 pour cent du montant total des cotisations perçues et des prestations versées à ce titre.

L'analyse des données comptables et statistiques de 1961 révèle de façon saisissante la place toujours plus considérable que les autres tâches occupent dans l'organisation des caisses de compensation AVS. Elle montre aussi dans quelle mesure importante l'appareil administratif de l'AVS se met au service d'autres institutions sociales, et fait apparaître les avantages non négligeables qu'en retirent celles-ci, notamment en matière de frais d'administration.

L'aide de l'AI est efficace

De nombreuses associations et institutions de l'aide aux invalides signalent, dans leur rapport, que les prestations de l'AI ont eu d'heureux effets sur leur œuvre ou sur tel établissement créé en faveur des invalides. Voici quelques extraits de ces rapports.

Rapport sur l'exercice 1961 du Don national suisse

Les commissions cantonales AI sont parvenues de plus en plus à traiter les demandes qui leur parviennent. A l'heure actuelle, on se rend nettement compte que bon nombre de nos protégés bénéficient des prestations AI. Dans plusieurs cas, nous avons pu nous abstenir totalement d'intervenir, dans d'autres nous avons réduit nos subventions. C'est d'ailleurs essentiellement grâce à ces circonstances que les comptes du Don national ont abouti à un résultat si favorable.

Rapport annuel d'un important centre de réadaptation pour infirmes mentaux

Des 335 élèves de notre home, 18 seulement ne bénéficient pas d'une prestation de l'AI.

Divisions des enfants aptes à recevoir une formation pratique et une formation scolaire

Cas de formation scolaire spéciale avec décision de l'AI	195
Cas de formation scolaire spéciale, décision de l'AI attendue	7
Cas de formation scolaire spéciale, mais quotient d'intelligence trop élevé	16
Cas de formation scolaire spéciale, étrangers	2
Total	220

Divisions des arriérés libérés des écoles

	Ecole ménagère	Ateliers d'apprentissage
Cas de formation professionnelle initiale avec décision de l'AI	34	32
Cas de formation professionnelle initiale, déci- sion de l'AI attendue	6	7
Mineurs spécialement peu doués	2	6
Elèves partiellement capables de gagner leur vie, élèves peu doués (touchant une rente ou une demi-rente)	8	20
Total	50	65

Les expériences récentes prouvent que l'introduction de l'AI a modifié les bases financières de ce home, dont l'avenir est désormais assuré et qui ne pourrait plus se passer des secours apportés par cette nouvelle œuvre sociale. En 1959, donc avant son introduction, les recettes du home pour la nourriture et l'instruction de ses pensionnaires s'élevaient à 500 421 francs; grâce à l'AI, elles ont atteint 735 600 francs au cours de l'exercice écoulé.

Rapport annuel d'une association en faveur des aveugles

Le reclassement est moins difficile désormais, car ses frais sont supportés en bonne partie par l'AI. La réadaptation d'un aveugle, surtout lorsqu'il s'agit d'un assuré qui a perdu la vue relativement tard, est grandement facilitée par ces possibilités de reclassement. On peut citer ici l'exemple d'une demoiselle D. à laquelle on avait appris, compte tenu de sa formation antérieure, le métier de sténotypiste. Elle ne put terminer les divers stages pratiques, car ses nerfs ne supportaient pas ce métier. Il fut décidé alors de lui donner une formation de téléphoniste, dont l'AI assumait les frais. M^{lle} D. travaille maintenant à la centrale téléphonique d'une grande maison zuricoise, et ses chefs sont parfaitement contents d'elle.

Rapport annuel d'un centre de réadaptation pour aveugles

Deux tiers environ des cas de réadaptation examinés proviennent de l'AI; ceci montre, une fois de plus, la collaboration étroite entre l'AI et l'aide privée aux invalides. Le tableau ci-dessous précise le nombre des réadaptés et le genre d'occupation qui leur a été procuré.

Placement d'invalides avec l'aide de l'AI

Genre d'activité	Hommes	Femmes	Ensemble
Téléphoniste	1	5	6
Employé de bureau	1	1	2
Atelier pour aveugles	2	—	2
Agriculture	—	1	1
Industrie	7	6	13
Total	11	13	24

Ces 24 réadaptés obtiennent un salaire annuel total de 133 000 francs. La moyenne mensuelle est de 462 francs par personne.

Remarques concernant la revision des rentes selon l'article 41 LAI

Les rentes de l'AI sont des prestations périodiques, allouées généralement pour une longue durée. Cela ne signifie pas, cependant, qu'une fois accordées elles ne sauraient plus être augmentées ou, au contraire, réduites, voire supprimées ; bien au contraire, de telles modifications peuvent intervenir, notamment et en premier lieu, lorsque le degré d'invalidité de l'ayant droit vient à se modifier, ce qui entraîne une nouvelle évaluation de l'invalidité.

Les considérations qui suivent ont trait à la procédure de revision prévue à l'article 41 LAI. Cette procédure, qui s'inspire de la réglementation régissant l'assurance-accidents obligatoire et l'assurance militaire (art. 80 LAMA et 26 LAM), est complétée par les articles 87 et 88 du RAI. Elle a fait l'objet d'une circulaire que l'Office fédéral des assurances sociales a adressée aux organes d'exécution de l'AI le 26 novembre 1962. Nous relevons ici les points les plus importants de la réglementation en question.

*

L'article 41, 1^{er} alinéa, LAI prévoit la possibilité de reviser la rente si l'invalidité du bénéficiaire se modifie de manière à influencer le droit à la rente. La cause de cette modification importe peu ; ainsi, de nouvelles perspectives de réadaptation justifient une revision de la rente. De même, il y aura également lieu de procéder à une revision si le mode d'évaluation vient à changer ; ainsi, il faudra évaluer à nouveau l'invalidité d'un étudiant qui entre dans la vie active, en faisant application de la règle générale de l'article 28, 2^e alinéa, LAI, et non plus du mode particulier prévu par l'article 5 LAI. Inversement, il se peut que ce mode particulier d'évaluation devienne applicable à un assuré qui, par suite de mariage, cesse d'exercer une activité lucrative. Il existe ainsi tout une série de motifs qui justifient une revision et qui peuvent entraîner selon les cas soit une augmentation, soit une diminution, voire une suppression de la rente, ou qui n'amènent parfois aucune modification de la situation antérieure.

La revision peut être provoquée par l'assuré lui-même, à la condition qu'il présente une demande en ce sens et qu'il rende pour le moins plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87, 1^{er} et 3^e al., RAI). Il n'est pas possible de préciser d'une manière générale les conditions auxquelles cette demande doit satisfaire pour être valable. On se contentera en principe de vérifier si elle contient des faits nouveaux, en exigeant le

cas échéant de l'assuré qu'il prouve l'exactitude de ses allégations au moyen des pièces usuelles (certificat médical, attestation de salaire, etc.).

De leur côté, les organes de l'AI agiront d'office dans les cas où la situation est susceptible de se modifier — à l'avantage ou au désavantage de l'assuré — en usant du contrôle périodique institué par le législateur pour garantir une application aussi uniforme que possible des dispositions légales, ou en adaptant la rente à la situation nouvelle. Il y a lieu de procéder à une revision d'office lorsqu'un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou lorsque les organes de l'AI ont connaissance de faits susceptibles de modifier le degré d'invalidité admis précédemment. Une revision du cas s'impose également si des mesures d'ordre médical ou professionnel doivent être appliquées (art. 87, 2^e al., RAI).

*

Lorsque la revision rend nécessaire une nouvelle évaluation de l'invalidité, les règles déterminantes lors de la première évaluation demeurent en principe applicables. Toutefois, la comparaison prévue par l'article 28, 2^e alinéa, LAI sera faite en adaptant les revenus hypothétiques à la situation existant au moment de la revision. On tiendra compte ainsi de l'évolution générale des salaires pour évaluer l'invalidité d'une personne de condition dépendante. D'autre part, il importe de ne pas perdre de vue les règles nouvelles introduites par la jurisprudence et la pratique administrative en matière d'évaluation de l'invalidité. Enfin, il est possible de procéder à une nouvelle évaluation dans un cas ayant fait l'objet d'une décision judiciaire si l'état de fait s'est modifié entre-temps.

*

La procédure de revision prévue par l'article 41 LAI présente la particularité d'être soumise à des délais ; ceux-ci ont été introduits afin de garantir une certaine stabilité des prestations périodiques, ce qui est dans l'intérêt tant de l'assurance que des assurés. Il convient toutefois de relever qu'une telle garantie ne joue pas durant la première période qui suit l'octroi de la rente. Ceci s'explique notamment par le fait qu'une rente peut être allouée non seulement en cas d'invalidité permanente, mais aussi en cas de maladie de longue durée, soit lorsque l'assuré présente une incapacité totale de travail de 360 jours consécutifs (cf. art. 29, 1^{er} al., LAI), même s'il recouvre ensuite rapidement sa capacité de gain. C'est pourquoi l'article 41, 2^e alinéa, LAI prévoit que l'évaluation de l'invalidité peut être revue en tout temps durant les trois années qui suivent la première fixation de la rente, par quoi il faut entendre « à plusieurs reprises » si besoin est.

A l'expiration du délai de trois ans, les possibilités d'une revision sont fortement réduites : elle ne peut généralement avoir lieu, pour cause de modification du degré d'invalidité, qu'à l'expiration d'une nouvelle période de trois ans. Il en résulte une grande stabilité du droit à la rente. Toutefois, la loi prévoit, à certaines conditions strictes, la possibilité d'une « revision intermédiaire » avant la fin de cette nouvelle période ; une telle possibilité existe

lorsque l'assuré prouve que son état de santé s'est sensiblement aggravé ou lorsque des mesures de réadaptation sont susceptibles d'être appliquées.

Le délai de revision de trois ans, ainsi que les délais suivants, qui expirent à la fin de la sixième, de la neuvième année, etc., commencent à courir, selon les termes de la loi, à partir de la « fixation de la rente ». Il faut entendre par là — pour des raisons évidentes, notamment à cause de la situation particulière existant durant la période d'introduction de l'AI — la date de la notification de la première décision administrative. En revanche, le début du droit à la rente, de même que la date du prononcé de la commission AI, ne jouent en l'occurrence aucun rôle.

Ainsi compris, l'article 41, 2^e alinéa, LAI permettra, si besoin est, de reviser les rentes accordées aux bénéficiaires de la génération d'entrée jusqu'en 1965, selon les cas. Si, en revanche, on adoptait pour point de départ le début du droit à la rente, beaucoup de rentes, allouées avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1960, n'auraient pu être révisées que jusqu'à la fin de l'année 1962. Une telle réglementation aurait limité les possibilités de revision offertes tant aux assurés qu'aux organes de l'assurance dans une mesure manifestement incompatible avec la volonté du législateur. Au surplus, elle aurait obligé les organes de l'AI, déjà fortement mis à contribution par le travail courant, à effectuer une tâche supplémentaire inconsiderée, en revisant déjà en 1962 un grand nombre de rentes, dont plusieurs étaient fixées depuis peu.

*

Il convient finalement d'examiner les effets de la revision, et plus particulièrement la date à partir de laquelle la nouvelle évaluation sanctionnant une modification importante du degré d'invalidité sortit ses effets. A cet égard, l'article 41, 1^{er} alinéa, LAI fixe en principe que la rente est « pour l'avenir » augmentée, réduite ou supprimée. De ce principe légal, dont la portée a été mise en évidence lors des délibérations parlementaires, il est possible de déduire la réglementation suivante, qui s'inspire de la pratique bien établie de la CNA et de l'assurance militaire, et qui tient équitablement compte des intérêts des assurés :

Lorsque la revision a lieu sur demande expresse (ou sur requête valant demande de revision) et qu'elle sanctionne une augmentation de la rente, celle-ci prend effet à partir du mois dans lequel l'assuré a agi si, à cette date, la modification déterminante de l'invalidité s'est déjà produite. Pour le surplus, notamment lorsque la revision intervient d'office, l'augmentation, la diminution ou la suppression de la rente en cours prend effet à partir du mois qui suit la notification de la décision administrative. Une exception n'est prévue que pour les cas où la revision révèle que l'assuré a touché indûment la rente (art. 49 LAI) en violant l'obligation de renseigner prévue à l'article 77 RAI ; en ce cas, la revision sortit ses effets dès la date à laquelle elle aurait dû normalement intervenir si l'assuré s'était conformé à l'avis obligatoire.

Du fait que la revision ne déploie en principe ses effets que pour l'avenir, la caisse ne saurait suspendre le versement de la rente dès l'ouverture de la

procédure en revision, même s'il lui paraît fort probable que la rente subira une diminution ou une suppression ; elle devra, au contraire, continuer à verser la rente jusqu'à la clôture de la procédure en revision. En revanche, et plus particulièrement dans les cas où les organes de l'AI ont connaissance de motifs de revision « évidents », il importe de tout mettre en œuvre pour que la revision soit menée à bien le plus vite possible.

*

Pour le surplus, l'exécution des diverses phases de la revision s'effectue selon la procédure applicable lors de la première fixation de la rente. Elle prend fin également par la notification d'une décision de la caisse compétente. Des motifs de sécurité juridique et d'information générale exigent que les assurés, dont le cas a fait l'objet d'une revision d'office, aient connaissance des résultats de celle-ci, même si, en définitive, elle n'entraîne aucune modification du droit à la rente.

Malgré les particularités relevées ci-dessus, la procédure prévue à l'article 41 LAI, qui est applicable par analogie en matière d'allocations pour impotents (art. 86 RAI), ne présente pas de problèmes d'importance fondamentale. Néanmoins, elle exige des organes de l'AI, conscients de l'importance des intérêts en jeu, un soin particulier et, lorsqu'il s'agit de réduire ou de supprimer une rente, du tact et de l'objectivité. Il ne faut pas oublier non plus que les assurés doivent, de leur côté, faire preuve de la compréhension nécessaire lorsque leur rente subit une modification, quitte à recourir, s'ils se sentent lésés, aux moyens de droit dont ils disposent.

Les cotisations des filles d'agriculteur travaillant dans l'exploitation familiale

Le salaire en espèces et en nature des filles d'agriculteur travaillant dans leur famille (le salaire en espèces seulement, jusqu'au 31 décembre de l'année pendant laquelle elles ont atteint l'âge de vingt ans) fait partie, en principe, du salaire déterminant. Peu importe que ce salaire leur soit versé en raison des travaux qu'elles accomplissent dans l'exploitation agricole ou de ceux qu'elles font au ménage. Le TFA a déjà déclaré expressément dans un arrêt rendu en 1956: « Dans l'AVS, cette distinction (fiscale) entre l'activité dans l'exploitation agricole et l'aide au ménage ne joue aucun rôle ». La question déterminante est bien plutôt celle-ci: Existe-t-il, entre la fille et l'exploitant (père, mère ou frère), un rapport de services comportant l'octroi d'un salaire, ou bien les relations établies sont-elles uniquement d'ordre familial? La réponse peut être malaisée,

notamment, lorsque la fille adulte ne reçoit pas de salaire en espèces à proprement parler. La nourriture et le logement, éventuellement aussi un argent de poche, peuvent représenter un salaire, mais peuvent aussi être accordés en raison des relations de famille.

Pour établir la délimitation voulue, on adoptera la règle selon laquelle un rapport de services n'existe que si un salaire a été accordé.

Un premier indice permet d'admettre l'existence d'un rapport de services: c'est le fait que la fille déclare un salaire aux impôts. Dans ce cas, il n'importe pas de savoir si les autorités fiscales reconnaissent ce salaire comme frais généraux de l'exploitation ou si, au contraire, elles ne le reconnaissent pas, parce qu'elles le considèrent non comme faisant partie des frais d'exploitation, mais comme une dépense privée, comme un salaire pour un travail effectué dans le ménage privé. Le n° 239 des Directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs doit être complété dans ce sens. Inversement, le fait que les autorités fiscales comptent au titre des frais généraux de l'exploitant le salaire versé à la fille fait conclure, selon la jurisprudence en la matière, qu'un salaire de ce montant a été payé (cf. arrêts du 22 mai 1953 en la cause J. M., RCC 1953, p. 271; du 30 novembre 1959 en la cause J. et A. H., ATFA 1959, p. 241 = RCC 1961, p. 67).

S'il n'est pas établi qu'un salaire a été payé, il faut admettre que la fille remplit simplement un devoir familial en travaillant dans l'exploitation et qu'il n'existe pas de rapport de services entre elle et l'exploitant; c'est l'idée de base du numéro 239 des Directives susmentionnées. On peut se référer à ce propos à l'arrêt du 15 mars 1956 en la cause H. T., RCC 1956, p. 233, dans lequel le TFA refuse d'admettre, contrairement à ce qu'avait fait la caisse de compensation, l'existence d'un salaire pour le travail de la fille dans le ménage paternel.

Problèmes d'application de l'AVS

Cadeaux pour ancienneté de service ou salaire ?

Pour s'attacher leurs employés et lutter ainsi contre la pénurie de main-d'œuvre, certains employeurs allouent une prestation spéciale à leur personnel, après quelques années de service. Voici un exemple: Une administration publique verse à ses employés, au bout de dix ans de service, puis tous les cinq ans, une allocation d'un montant égal au salaire mensuel. Un autre employeur accorde tous les cinq ans une prestation supplémentaire qui équivaut à 3 pour cent du traitement annuel. Ces gestes visent à récompenser les employés pour leur fidélité et les encouragent à conserver leur emploi.

De telles allocations sont souvent dénommées « cadeaux pour ancienneté de service » ou d'une manière analogue. Il n'en faut pas déduire qu'il s'agit là de cadeaux pour ancienneté de service, exceptés du salaire déterminant par l'article 8, lettre c, RAVS et par le n° 91 de la circulaire sur le salaire déterminant. De par leur nature, ces versements ont au contraire le caractère de gratifications et font par conséquent partie du salaire soumis aux cotisations paritaires.

Les cotisations des personnes qui travaillent pour le compte des centrales cantonales pour la culture fruitière

Afin de garantir l'assujettissement uniforme à l'assurance des personnes qui travaillent pour le compte des centrales cantonales pour la culture fruitière, des enquêtes ont été effectuées, dont le résultat a été exposé dans la RCC 1962 (p. 25).

La Régie fédérale des alcools a indiqué depuis lors aux dites centrales, par une circulaire, dans quels cas les intéressés doivent être considérés comme salariés des centrales (et par conséquent du canton) et des cotisations paritaires payées aux caisses cantonales de compensation. Il s'agit des dirigeants de cours et des arboriculteurs qui se voient confier leurs tâches par une centrale et sont rétribués au moyen d'*indemnités journalières*.

Il a été admis, après entente avec l'OFAS, que *25 pour cent de cette indemnité représentent un dédommagement pour les frais encourus*. Les frais remboursés séparément (frais de déplacement, de téléphone, etc.) ne sont pas soumis à cotisations.

Les centrales cantonales ont été rendues attentives aux dispositions concernant les cotisations dues sur les rémunérations occasionnelles de minime importance pour des activités accessoires. Pour plus de détails, elles s'adresseront aux caisses cantonales de compensation. En outre, elles ont été invitées à entrer en rapports avec les caisses de compensation compétentes pour établir la procédure de décompte.

BIBLIOGRAPHIE

Gerber Marianne: **Die Eingliederung Poliomyelitis-Behinderter im Kanton Bern.** 68 p., ill. (polygr.) Travail de diplôme de l'Ecole d'Etudes sociales, Genève, 1962.

Lindemann, K.: **Die Aufgaben der Rehabilitation in einer orthopädischen Anstalt.** — Löchner W.: **Das Berufsförderungswerk Heidelberg.** — Seifriz, A.: **Die Rehabilitation als Schlüssel zum Dauerarbeitsplatz.** — Tönnis W.: **Forderungen für eine wirksame Rehabilitation nach ärztlichen Erfahrungen.** (Publié dans «Bundesarbeitsblatt», Stuttgart, 1962, n° 7, p. 245-260.)

Schaller R.: **Die Invalidenversicherung. Erste Erfahrungen und Revisionspostulate.** Conférence donnée à l'assemblée générale de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés dans la vie économique (FSIH). Publié dans « Die Milchsuppe », Hôpital des bourgeois, Bâle, 1962, n° 10, p. 2 à 18.

Catalogue des institutions spécialisées pour déficients physiques et mentaux, ainsi que pour mineurs caractériels : Traitements, éducation, enseignement, soins et aide générale. Publié par le Secrétariat central de Pro Infirmis. 39 pages. Zurich 1962.

PETITES INFORMATIONS

Nouvelles interventions parlementaires

Postulat Roggo
du 5 décembre 1962

M. Roggo, conseiller aux Etats, a présenté au cours de la session d'hiver 1962 le postulat suivant :

« En dépit des rentes de l'AVS et des prestations supplémentaires des cantons et des communes, nombreuses sont encore les personnes âgées qui ne disposent pas des ressources nécessaires pour s'assurer une existence paisible au soir de la vie. Pour leur venir en aide, l'arrêté fédéral du 24 mars 1947 a créé un fonds destiné au versement d'allocations complémentaires à des vieillards et survivants.

La vie ayant renchéri d'une manière beaucoup plus forte que prévu depuis la dernière amélioration des rentes de l'AVS, la situation de ces personnes s'est encore aggravée. C'est pourquoi il est urgent d'améliorer leur sort peu enviable.

En attendant la prochaine révision de l'AVS, qui permettra, espérons-le, de trouver dans le cadre de la loi une solution pour ces personnes, le Conseil fédéral est prié d'examiner s'il ne serait pas possible d'augmenter dans une mesure appropriée les subventions à verser aux cantons et aux fondations « Pour la vieillesse » et « Pour la jeunesse » conformément à l'article 2, 2^e alinéa, de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948 concernant l'aide complémentaire fédérale à la vieillesse et aux survivants. »

Interventions parlementaires traitées aux Chambres fédérales

Postulat Berger -
Neuchâtel
du 20 septembre 1961

Postulat Schütz
du 5 juin 1962

Postulat Kurmann
du 3 octobre 1962

Le Conseil national a étudié, le 11 décembre 1962, trois postulats demandant l'augmentation des taux des APG: le postulat Berger - Neuchâtel (RCC 1961, p. 409), le postulat Schütz (RCC 1962, p. 278) et le postulat Kurmann (RCC 1962, p. 432). Les trois postulats furent brièvement développés et, conformément à l'avis du Conseil fédéral, transmis à celui-ci sans discussion. Il s'agira d'examiner si et dans quelle mesure les taux des APG peuvent être augmentés.

Les rapports annuels 1962 des organes AVS/AI/APG

Ces rapports doivent être présentés conformément aux instructions données par l'OFAS en avril-mai 1962. Les questions posées ont été réduites au strict minimum; les organes d'exécution se borneront à signaler les faits présentant un intérêt général et exposeront aussi brièvement que possible les événements particuliers de l'année.

Les rubriques du rapport annuel doivent correspondre au schéma établi par l'OFAS. On pourra toutefois laisser de côté les points qui n'appellent aucune remarque; en outre, les organes d'exécution sont libres d'ajouter d'autres rubriques, qui ne peuvent être insérées dans un schéma. Il devrait être possible de renoncer à présenter des rapports spéciaux pour les autorités cantonales de surveillance, les comités de direction des caisses ou les organes de contrôle, parce que les informations demandées à ces organes peuvent figurer dans le rapport destiné à l'OFAS.

Les caisses de compensation doivent envoyer, avec leur rapport annuel, les feuilles annexes. Celles-ci seront remplies avec un soin particulier; on vérifiera, notamment, les reports de l'ancienne sur la nouvelle feuille annexe (chiffres 5 et 6). Les caisses cantonales de compensation voudront bien veiller à ce

que le « Total chiffre 10 » à la page 3 se rapporte uniquement aux indications demandées sous la rubrique b.

Les caisses de compensation, les secrétariats des commissions AI et les offices régionaux AI enverront leur rapport jusqu'au 30 avril 1963. Les rapports des commissions AI complétant éventuellement ceux des secrétariats seront présentés jusqu'au 31 mai 1963.

Nouvelles personnelles Les fonctionnaires suivants de la subdivision AVS/AI/APG de l'OFAS ont été promus pour le 1^{er} janvier 1963 au rang d'adjoints II :

— M. Maurice Aubert

— M. Fritz Möll.

Erratum RCC
octobre 1962

A la page 390, l'arrêt du Tribunal fédéral en la cause H. S.A. est du 20 *juin* 1962.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 1^{er} octobre 1962, en la cause professeur X

Article 4 LAVS. Sont réputés gains du travail tous ceux que l'assuré obtient par l'exercice d'une quelconque activité, celle-ci fût-elle scientifique, artistique, religieuse ou eût-elle d'autres fins lucratives. (Considérant 1.)

Article 4 LAVS. L'inventeur occasionnel n'est réputé actif que s'il concourt dans une certaine mesure à l'exploitation commerciale de son invention. Pour l'inventeur professionnel, en revanche, tout effort ou recherche est une activité lucrative, quelle que soit l'ampleur ou la portée des résultats économiques obtenus. (Considérant 1.)

Articles 4 et 9 LAVS. Le chercheur qui, contre rétribution, s'oblige par contrat à céder à une entreprise industrielle (à charge pour celle-ci d'en assurer l'exploitation commerciale) tout résultat de ses recherches qui pourrait être utilisé commercialement doit être considéré comme un inventeur professionnel, et son gain comme le produit d'un travail et non comme le rendement d'un capital. (Considérant 2.)

Articolo 4 LAVS. E' considerato reddito proveniente da attività lucrativa quello che l'assicurato consegue svolgendo qualsiasi attività, sia essa scientifica, artistica, religiosa, o con altri scopi economici. (Considerando 1.)

Articolo 4 LAVS. L'inventore occasionale non è considerato esercitante un'attività lucrativa se collabora soltanto in una certa misura allo sfruttamento della sua invenzione. Per contro, ogni studio e lavoro di ricerca dell'inventore professionale costituisce attività lucrativa, qualunque ne sia l'entità e il risultato economico ottenuti. (Considerando 1.)

Articoli 4 e 9 LAVS. Il ricercatore che per contratto si impegna a cedere, verso compenso, i risultati commercialmente utilizzabili delle sue ricerche ad un'azienda industriale affinché essa ne tragga un profitto economico, dev'essere considerato inventore professionale e la remunerazione assegnatagli reddito proveniente da attività lucrativa e non reddito di capitale. (Considerando 2.)

En 1937, le professeur X passa un contrat avec une maison Y, par lequel il s'engageait à céder à cette maison, aux fins d'exploitation commerciale, les résultats de ses recherches. En contrepartie, la maison lui alloua une indemnité mensuelle fixe pour

le coût des travaux de laboratoire et lui promet une participation aux bénéfices qu'elle tirerait de l'exploitation des procédés de fabrication inventés par le professeur. La caisse de compensation invita le professeur à payer des cotisations personnelles sur les « royautés de licence » touchées par lui en 1951 et en 1952 et considérées comme le gain d'une activité indépendante.

Le professeur forma recours et fit valoir que les « royautés » ne constituaient pas le revenu d'une activité lucrative, mais le rendement d'un capital. L'autorité juridictionnelle de première instance a admis le recours. En revanche, le TFA a favorablement accueilli l'appel interjeté par l'OFAS contre ce jugement. Il a émis les considérants suivants:

1. Par « revenu de l'activité lucrative », la LAVS entend tous les gains qu'un assuré tire d'une activité, que celle-ci soit exercée professionnellement ou à titre occasionnel seulement. Ceci découle des articles 4, 9, 1^{er} alinéa, et 5, 2^e alinéa, de la loi, d'après lesquels les cotisations doivent être perçues sur tout revenu provenant d'une activité lucrative dépendante ou indépendante (ATFA 1949, p. 156 à 158 = RCC 1950, p. 110; ATFA 1953, p. 43 = RCC 1953, p. 102). Exerce, en particulier, une activité lucrative quiconque accomplit certains travaux, que cela soit à des fins scientifiques, artistiques, religieuses ou à d'autres fins non commerciales, et se voit rétribué d'une manière ou d'une autre pour ces travaux (ATFA 1951, p. 107 = RCC 1951, p. 237; ATFA 1954, p. 18 ss = RCC 1954, p. 293).

Si le bénéfice est tiré de l'exploitation commerciale d'une invention, il convient, dans l'AVS, de faire une distinction entre l'inventeur occasionnel et l'inventeur professionnel. L'inventeur occasionnel n'est considéré comme exerçant une activité lucrative que s'il travaille — seul ou en concours avec des tiers — dans une certaine mesure à l'exploitation commerciale de son invention (ATFA 1952, p. 105 = RCC 1953, p. 98; ATFA 1953, p. 42 = RCC 1953, p. 102; ATFA 1954, p. 179 ss = RCC 1954, p. 413; ATFA 1957, p. 178 = RCC 1958, p. 26). En revanche, pour l'inventeur professionnel, tout effort ou recherche est une activité lucrative au sens de l'AVS, quelle que soit l'ampleur ou la portée des résultats économiques obtenus (ATFA 1954, p. 180 ss = RCC 1954, p. 413; ATFA 1957, p. 180 = RCC 1958, p. 26; ATFA 1958, p. 107 = RCC 1958, p. 350).

2. Les royautés que la maison Y lui a versées en 1951 et en 1952 ou lui a fait verser durant ces années, l'intéressé les a touchées en sa qualité d'inventeur professionnel. Ces revenus représentent — comme les appointements qui lui sont alloués pour son enseignement à l'Université — le fruit d'un travail scientifique et doivent donc être regardés comme les gains d'une activité lucrative au sens des articles 4 et 9, 1^{er} alinéa, LAVS. Ce n'est pas seulement en vue de progrès scientifiques, mais c'est aussi pour assurer de nouvelles sources de gain à l'industrie pharmaceutique que la maison Y encourage les recherches du professeur X depuis plus de vingt ans. Et c'est aussi à cette fin qu'elle s'est assuré la licence exclusive des « résultats économiquement positifs » que le professeur espère obtenir grâce à ses recherches. Les montants aujourd'hui litigieux ont été versés au professeur en vertu du contrat de licence; ils sont sa part annuelle à des bénéfices industriels dont la distribution a été rendue possible par le résultat (important en médecine) de ses recherches. De tels revenus ne sont en rien le produit d'une fortune.

L'assuré le laisse d'ailleurs lui-même entendre en écrivant que seules deux de ses inventions ont présenté un intérêt économique et ont été, de ce fait, exploitées par la maison Y « à son bénéfice ». S'il ajoute qu'en matière d'inventions chimico-pharmaceutiques, seul 1 pour cent environ des résultats des travaux effectués aboutit à des médicaments lancés dans le commerce, cela signifie seulement que dans ce

domaine — et aussi pour les travaux du professeur — il faut de nombreuses recherches pour obtenir éventuellement un succès commercial. Dans l'industrie pharmaceutique, l'ensemble de l'activité est néanmoins et en définitive exercée à des fins lucratives. La fréquence ou la rareté des succès commerciaux obtenus n'est donc pas un critère juridique que l'on puisse ici retenir. En étant durablement lié par contrat à l'entreprise, l'intimé concourt pour une part essentielle à la recherche du profit matériel ambitionné par l'entreprise et participe ensuite au résultat positif de ses recherches. La collaboration de chacun des partenaires en présence est donc ici une activité lucrative au sens de la LAVS. D'ailleurs, le contrat lui-même prévoit qu'il incombe au chercheur d'effectuer le travail scientifique et à l'industrie d'exploiter les résultats de ce travail.

Ainsi que la caisse de compensation en a décidé avec raison, l'intéressé doit, pour 1955, la cotisation personnelle AVS sur les royautés de licence qu'il a touchées.

RENTES ET REMBOURSEMENT DE COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 30 avril 1962, en la cause G. K.

Article 18, 3^e alinéa, LAVS ; article 4 OR. L'équité commande de limiter le remboursement des cotisations AVS à la valeur actuelle de l'ensemble des prestations futures de l'AVS qui pourraient revenir à un rentier placé dans les mêmes circonstances.

Articolo 18, capoverso 3, LAVS ; articolo 4 dell'OR. L'equità esige di limitare il rimborso dei contributi AVS al valore attuale di tutte le prestazioni future dell'AVS che spetterebbero ad un assicurato trovantesi nelle medesime circostanze.

L'assuré, ressortissant des Etats-Unis, a travaillé en Suisse du 1^{er} janvier 1958 au 20 octobre 1960 ; à cette date, il a quitté définitivement notre pays, son engagement prenant fin le 31 décembre 1960. Pendant cette période, le total des cotisations qu'il a versées personnellement à l'AVS s'est élevé à 6333 francs. Par suite d'une demande de remboursement de l'assuré, la caisse de compensation, sur préavis de l'OFAS, fixa à 3400 francs le montant des cotisations à rembourser à l'intéressé. L'autorité de première instance rejeta le recours formé contre cette décision.

Sur appel de l'assuré, le TFA confirma le premier jugement en rappelant l'arrêt qu'il avait rendu le 24 août 1961 dans un cas analogue (ATFA 1961, p. 219 — RCC 1962, p. 249), notamment pour les motifs suivants :

Il n'existe aucune convention relative aux assurances sociales entre la Suisse et les Etats-Unis. L'appelant ne saurait donc bénéficier du traitement qui est réservé aux ressortissants d'un pays avec lequel une convention a été conclue. On ne saurait non plus tirer argument de l'inégalité de traitement pouvant exister entre étrangers, suivant que leur pays a conclu ou non une convention, pour soutenir que le remboursement partiel des cotisations tel qu'il est instauré par la pratique administrative constitue un moyen de rétorsion inconciliable avec l'équité. Les conventions internationales sont en règle générale inspirées du principe de la réciprocité. Si certains étrangers ont droit, à certaines conditions, au remboursement intégral de leurs coti-

sations, cette mesure s'explique par le fait que l'Etat étranger en cause reconnaît également ce droit aux Suisses ayant cotisé dans ce pays ou qu'il leur accorde, sur d'autres points, certains avantages. D'autre part, sur le plan des conventions internationales, la règle générale n'est pas le remboursement, mais bien le transfert des cotisations aux assurances sociales des pays contractants.

En outre, il est inexact de prétendre que selon l'interprétation des textes légaux et la pratique administrative suivie jusqu'en 1960, « le principe qui régit la question est celui du remboursement total... ». Il ressort au contraire des travaux préparatoires, notamment du message du Conseil fédéral du 9 juin 1950 (page 12) et des débats parlementaires (Bulletin sténographique du Conseil national, 1950, pages 611 et 617), que le remboursement des cotisations AVS devait constituer une mesure exceptionnelle « destinée à supprimer les rigueurs intolérables ». Ce caractère exceptionnel du remboursement ressort également de l'article 18, 3^e alinéa, LAVS et de l'article 4 de l'ordonnance du 14 mars 1952. D'autre part, dès le début, l'OFAS a voulu éviter que le remboursement des cotisations conduisît à des abus. Dans sa circulaire n° 57, du 17 mars 1952, il prescrivait déjà que le remboursement des cotisations devait être refusé dans la mesure où il avantagerait sensiblement l'ayant droit par rapport à un bénéficiaire de rente placé dans les mêmes conditions. Jusqu'au 1^{er} janvier 1960, date de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales relatives au calcul des rentes, l'application de cette règle ne s'imposait pas. Avant cette date, en effet, les taux des rentes, même de celles qui devaient être calculées d'après les échelles inférieures, étaient relativement élevés. Le montant à rembourser n'atteignait donc pas, dans la presque totalité des cas, la valeur actuelle des prestations AVS auxquelles ce montant aurait pu donner droit. La situation s'est entièrement modifiée depuis 1960, lorsque fut introduit le système des rentes dites pro rata, car avec ce système la « valeur actuarielle » d'une rente a fortement baissé. Il se justifiait dès lors de tenir compte de ce changement pour fixer équitablement le montant des cotisations à rembourser.

Pour calculer la valeur actuelle des prestations futures, l'administration se fonde sur les taux de rentes en vigueur au moment du remboursement. Cette manière de faire — que l'appelant ne manque pas de critiquer — présente certes des inconvénients. C'est ainsi que le montant des cotisations à rembourser ne sera pas nécessairement le même : suivant la date du dépôt de la demande de remboursement, les prestations futures seront calculées sur la base de tables de rentes plus favorables, qui viennent d'être mises en vigueur, ou sur la base des anciennes tables encore applicables. Ainsi, dans le cas particulier, le montant à rembourser à l'assuré a été déterminé au moyen des tables de rentes valables jusqu'au 30 juin 1961. Or ce montant est inférieur à celui qui aurait dû être fixé en utilisant les tables de rentes plus favorables qui sont applicables depuis le 1^{er} juillet 1961, date de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales en la matière. Dans certains cas, l'intéressé aura donc la possibilité de modifier à son avantage un élément du calcul du montant à rembourser, en choisissant le moment opportun pour déposer sa demande de remboursement. Or, cela est contraire au principe applicable en cette matière, d'après lequel ni le droit aux prestations de l'assurance, ni le moment auquel ce droit prend naissance, ni le montant des prestations à servir à l'ayant droit ne peuvent dépendre de la volonté de l'assuré. Comme il est impossible de prévoir l'évolution de la législation et l'ampleur des prestations qui, en cas de révision des dispositions légales, reviendront à un assuré, on peut comprendre toutefois que l'OFAS ait adopté ce système. Malgré les inconvénients qu'il présente, la Cour de céans estime ne pas avoir de motif sérieux de modifier la pratique administrative adoptée en la matière.

Il convient de relever d'ailleurs, comme le fait l'OFAS dans sa réponse à l'appel, que les diverses révisions qui sont intervenues visaient essentiellement à maintenir

la valeur initiale des rentes par rapport à l'évolution des prix et des salaires et que, nonobstant les revisions ultérieures qui seraient décidées, les prestations de l'AVS conserveront très probablement leur valeur intrinsèque initiale. D'autre part, le fait de calculer le montant à rembourser d'après la valeur actuelle de toutes les prestations qui pourraient revenir un jour à l'intéressé constitue une mesure de faveur, car il n'est nullement établi que lors de la réalisation de l'événement assuré, l'intéressé aurait eu droit à ces diverses prestations.

Arrêt du TFA, du 29 janvier 1962, en la cause L. G.

Article 42 LAVS. Le bénéficiaire d'une rente extraordinaire AVS qui s'absente de la Suisse pour une durée prolongée n'a plus droit à la rente dès son départ, même s'il conserve son domicile en Suisse pendant un certain temps encore, et quelles que soient les raisons de son départ pour l'étranger.

Articolo 42 LAVS. Il beneficiario di una rendita straordinaria AVS che lascia la Svizzera per un lungo periodo, non ha più diritto alla rendita dal momento della sua partenza, anche se conserva ancora per un certo tempo il suo domicilio in Svizzera e qualunque siano i motivi della sua partenza per l'estero.

L'assurée, née en 1906, est veuve depuis 1954 d'un ressortissant danois. Réintégrée dans la nationalité suisse en 1953, elle vint s'établir en Suisse à fin octobre 1955 et toucha depuis le 1^{er} novembre de la même année une rente extraordinaire de veuve. En octobre 1959, elle informa la caisse de compensation qu'elle allait quitter la Suisse pour se rendre un certain temps à Athènes et demanda de consigner sa rente durant son absence. La caisse suspendit d'abord la rente, puis, considérant que l'assurée était partie définitivement pour l'étranger le 14 novembre 1959, elle décida de supprimer la rente avec effet au 1^{er} novembre 1959.

Sur recours de l'intéressée, la commission de recours, considérant que l'assurée avait conservé son domicile en Suisse jusqu'au 31 janvier 1961, jugea qu'elle avait droit à la rente jusqu'à cette date.

Sur appel de l'OFAS, le TFA a rétabli la décision de la caisse de compensation pour les motifs suivants :

1. Le TFA a eu l'occasion à plusieurs reprises déjà de préciser le sens à donner à l'article 42, 1^{er} alinéa, LAVS, et d'examiner si tel requérant remplissait ou non les conditions légales pour être mis au bénéfice d'une rente transitoire (appelée rente extraordinaire depuis l'entrée en vigueur de la loi du 19 juin 1959). S'il a déclaré d'abord que par « habiter en Suisse » — termes qui figuraient à l'article 42, 1^{er} alinéa, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 1960 — il fallait entendre « avoir son domicile en Suisse » (ATFA 1949, p. 206 = RCC 1949, p. 435), il a précisé par la suite, dans l'arrêt Sch. du 8 novembre 1952 (ATFA 1952, p. 258 = RCC 1952, p. 430), que, eu égard au but assigné aux rentes transitoires, le droit à la rente était subordonné non seulement à l'existence d'un domicile, mais encore à la résidence effective en Suisse. Il a reconnu toutefois que les bénéficiaires de rentes transitoires conservaient leur droit à la rente même s'ils s'absentaient pendant un certain temps de leur résidence de fait, mais qu'une absence prolongée de la Suisse, indépendamment du maintien du domicile en Suisse, était une cause d'extinction du droit à la rente et qu'en aucun cas cette absence ne pouvait dépasser une année...

La nouvelle réglementation en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1960 n'a pas subordonné à de nouvelles conditions l'octroi des rentes extraordinaires de l'AVS ; mais, alors que, dans sa teneur antérieure à cette date, l'article 42, 1^{er} alinéa, LAVS parlait de « ressortissants suisses habitant en Suisse » et de « rente transitoire », il parle maintenant des « ressortissants suisses domiciliés en Suisse » et de « rente extraordinaire »...

2. Le 1^{er} janvier 1960, la loi sur l'AI du 19 juin 1959 est également entrée en vigueur. Or cette loi, à l'article 39, statue que les « ressortissants suisses domiciliés en Suisse ont droit aux rentes extraordinaires de l'AI dans les conditions prévues pour les rentes extraordinaires de l'AVS ». Dans un arrêt M. E. du 7 juillet 1961 (ATFA 1961, p. 257 = RCC 1961, p. 389), le TFA a été saisi d'un litige portant sur la question de savoir si une personne domiciliée en Suisse mais résidant à l'étranger, dans un établissement hospitalier, pouvait ou non être mise au bénéfice d'une rente extraordinaire de l'AI. Tenant compte des conditions propres à l'AI et considérant qu'il ne se justifiait pas que des requérants domiciliés en Suisse perdent le bénéfice de leur rente extraordinaire du seul fait de leur résidence prolongée à l'étranger, il a tranché cette question par l'affirmative. Nonobstant leur résidence à l'étranger — a-t-il relevé dans l'arrêt précité — ces personnes continuent à avoir droit à une telle rente lorsque les faits de la cause font apparaître que les facteurs suisses prédominent, c'est-à-dire que, du point de vue des assurances sociales, le centre de tous leurs intérêts se trouve en Suisse.

3. La question peut rester indécise de savoir si, afin de tenir compte des circonstances particulières d'un cas, il serait indiqué d'interpréter d'une manière plus large l'article 42 LAVS et de mettre au bénéfice d'une rente extraordinaire de l'AVS une personne domiciliée en Suisse, mais résidant pendant plus d'une année à l'étranger. Rien ne permet d'admettre en effet que, dans l'espèce, les facteurs suisses prédominent et que, malgré l'absence de la requérante, le centre de tous ses intérêts soit toujours en Suisse. Il ressort au contraire des pièces du dossier, notamment des explications que la requérante a fournies dans ses lettres, qu'elle n'a aucun lien qui l'attache à la Suisse, qu'elle n'a manifesté à aucun moment son intention véritable de revenir en Suisse, mais qu'elle s'est efforcée de trouver une activité stable en Grèce afin de pouvoir continuer à y demeurer.

Il semble qu'à l'heure actuelle, le seul motif qui l'incite à ne pas perdre tout contact avec la Suisse est de pouvoir continuer à bénéficier de la rente extraordinaire de l'AVS qui lui avait été versée avant son départ (désir que l'on peut comprendre de la part d'une personne qui s'est trouvée dans une situation financière très précaire pendant de longs mois après son arrivée à Athènes). Du fait de son absence prolongée de la Suisse, son droit à une rente extraordinaire de l'AVS s'est donc éteint. Peu importe qu'elle ait conservé son domicile en Suisse pendant un certain temps, et point n'est besoin non plus de rechercher à quel moment elle l'a abandonné pour s'en constituer un nouveau à Athènes, puisqu'il est établi qu'elle a vécu en Grèce depuis le mois d'octobre 1959 et qu'elle ne remplissait plus la condition relative à l'existence d'une résidence effective en Suisse, conformément aux principes posés dans les arrêts précités (considérant 1 ci-dessus).

Selon l'article 23, 1^{er} alinéa, CCS, le domicile d'une personne est au lieu où elle réside avec l'intention de s'y établir. En revanche, la notion de résidence effective dans un lieu ne dépend que d'éléments objectifs, mais non pas de facteurs subjectifs, notamment de l'intention de la personne, confirmée ou non par son attitude, de limiter au strict minimum son séjour à l'étranger et de rentrer dès que possible en Suisse. Les raisons pour lesquelles une personne abandonne son lieu de domicile et de résidence habituelle pour aller s'établir dans un autre lieu ne jouent en effet aucun rôle.

Dès le moment de son départ pour l'étranger, une personne ne peut plus être considérée comme ayant encore sa résidence effective au lieu de son domicile, même si elle a dû le quitter pour des raisons de santé et si elle entend le conserver.

Après avoir appris que l'assurée était définitivement partie pour Athènes (motif indiqué dans la décision attaquée), la caisse de compensation devait considérer que l'intéressée n'avait plus de résidence effective en Suisse et qu'elle ne remplissait donc plus les conditions légales pour obtenir une rente extraordinaire de l'AVS à partir du 1^{er} novembre 1959. Lorsqu'il est établi que l'absence d'un bénéficiaire de rente dépassera la durée maximum d'une année, la caisse de compensation doit en effet supprimer la rente dès le départ, car c'est à ce moment-là que s'éteint le droit à la rente de ce bénéficiaire, mais non pas à l'expiration du délai maximum d'une année applicable aux personnes qui ont été contraintes de prolonger leur séjour à l'étranger et qui, dès qu'elles pourront le faire, rentreront en Suisse.

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 10 juillet 1962, en la cause E. K.

Article 13 LAI. L'application rétroactive du RAI et de l'OIC aux demandes non encore liquidées lors de l'entrée en vigueur de ces textes légaux est conforme à la loi. Dès lors, les frais d'une opération de la hernie ombilicale demandée et effectuée en 1960 ne sont pas à la charge de l'AI quand la décision n'a été rendue qu'en 1961. Confirmation de la jurisprudence antérieure.

Articolo 13 LAI. L'applicazione retroattiva dell'OAI e dell'OIC alle richieste di prestazioni presentate ma non ancora risolte al momento dell'entrata in vigore di detti testi legali è conforme alla legge. Le spese per l'operazione di un'ernia del cordone ombelicale chiesta e eseguita nel 1960 non sono pertanto assunte dall'AI, se la decisione è stata emanata soltanto nel 1961. Conferma della precedente giurisprudenza.

L'assuré, né en 1955, souffrait d'une hernie ombilicale, qui fut opérée en décembre 1960. Son père demanda des prestations de l'AI en sa faveur avant cette opération. Le 24 avril 1961, la commission AI décida de refuser la prise en charge des frais occasionnés, vu qu'il n'y avait pas d'infirmité congénitale au sens de l'OIC. La commission cantonale de recours admit le recours formé par le père de l'assuré contre ce refus et chargea la caisse de compensation d'assumer les frais de la mesure médicale appliquée. Les principaux motifs du jugement sont les suivants: Le TFA a admis jusqu'ici, il est vrai, que l'OIC, où, au contraire de la liste contenue dans les directives précédentes de l'OFAS, il n'est plus fait mention de la hernie ombilicale (à ne pas confondre avec la hernie du cordon ombilical, cf. RCC 1962, p. 378), est applicable à toutes les demandes non encore liquidées au 1^{er} janvier 1961. Un nouvel examen de cette juris-

prudence s'impose toutefois, car il existe un intérêt privé, digne de protection, à ce que l'OIC, édictée en 1961, ne soit pas appliquée avec effet rétroactif à un état de faits survenu et achevé en 1960.

Le TFA, confirmant sa jurisprudence antérieure (cf. RCC 1962, p. 164 et 289), admit, pour les motifs suivants, l'appel interjeté par l'OFAS contre le jugement cantonal :

1. 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, chargé d'établir une liste de ces infirmités (art. 13 LAI), a arrêté l'OIC, qui a pris effet le 1^{er} janvier 1961; il a exécuté ainsi le mandat dont il avait été chargé par le législateur. L'article 2 OIC contient la liste des infirmités donnant droit à des prestations de l'assurance; cette liste remplace celle qui est contenue dans les directives de l'OFAS du 16 janvier 1960. La hernie ombilicale figurait comme infirmité congénitale dans la liste dressée par l'OFAS, tandis qu'elle ne figure plus dans l'OIC, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1961.

2. La question litigieuse est de savoir laquelle des deux listes est applicable en l'espèce. Le TFA a toujours décidé que l'OIC, vu ses liens étroits avec le RAI qui est aussi en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1961, devait être soumise à la même réglementation transitoire que celui-ci. Le RAI, conformément à une disposition formelle, est également applicable aux demandes de prestations déposées en 1960, mais non encore liquidées à la date de son entrée en vigueur (art. 117, 1^{er} al., RAI). Par conséquent, la liste figurant à l'article 2 OIC est applicable en l'espèce, ce qui conduit au refus des prestations demandées pour le traitement de la hernie ombilicale et au rétablissement de la décision de la caisse.

3. Le TFA juge qu'il n'a pas à s'écarter de sa jurisprudence antérieure. Les directives de l'OFAS avaient un caractère purement provisoire et — fait à considérer en particulier ici — n'ont pas été publiées dans le recueil des lois. Le TFA a certes, non sans hésitations, reconnu à ces directives le caractère d'une ordonnance provisoire afin de garantir une application uniforme de l'AI jusqu'à la publication des dispositions d'exécution du Conseil fédéral; mais pour des raisons de droit public, l'application des directives ne pouvait plus être admise après l'entrée en vigueur des dispositions d'exécution du Conseil fédéral (RAI et OIC), publiées dans le recueil officiel des lois. Dans ces conditions, il est aussi certain que l'application rétroactive de l'OIC, c'est-à-dire son assimilation à l'application rétroactive du RAI, ne pouvait être évitée. Du reste, l'effet rétroactif d'un droit nouveau n'est pas étranger à la législation en matière d'assurances sociales. Ainsi, l'article 60, 2^e alinéa, de la LAM, du 20 septembre 1949, précise 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. La nouvelle loi du 19 décembre 1958 traite de la même manière les dispositions entrées en vigueur le 1^{er} janvier 1959. Dans l'arrêt du 17 février 1962 en la cause G. R. (RCC 1962, p. 289), le TFA a montré en outre que la liste de l'OIC apporte à bien des assurés une protection plus étendue de l'AI, puisqu'elle admet aussi des infirmités qui ne figuraient pas dans l'ancienne liste de l'OFAS. A ceci s'ajoute que la nouvelle liste s'inspire de connaissances médicales plus approfondies et les applique directement aux assurances sociales. Finalement, il faut tenir compte du fait qu'une inégalité de droit proprement dite surviendrait précisément si le TFA changeait de pratique, comme le demande l'autorité de première instance. La jurisprudence du TFA a été déterminante pour l'administration, qui l'a déjà appliquée à la plupart des assurés; si le jugement de première instance était confirmé, beaucoup de ces assurés seraient arbitrairement défavorisés par rapport à un petit nombre de per-

sonnes désormais privilégiées. Donc, même en admettant avec l'autorité de première instance que les circonstances du cas puissent justifier la mise en balance des intérêts en présence, cela n'aurait pas pu conduire à la solution acceptée par le juge cantonal, et encore moins motiver une modification de la jurisprudence du TFA en matière de réglementation transitoire.

En ce qui concerne plus particulièrement la hernie ombilicale, il a été établi, sur la base d'une expertise demandée dans un autre cas par le tribunal, qu'elle ne constitue pas une infirmité congénitale au sens médical du terme. L'expert, chirurgien en chef d'un hôpital infantile, a relevé que la hernie ombilicale provient du fait que l'anneau ombilical, d'ailleurs normal, est resté ouvert. On constate donc son existence au plus tôt après la chute du cordon ombilical, mais en général plus tard, quand le nombril est tout à fait cicatrisé. La hernie ombilicale est donc manifestement postérieure à la naissance. Dans ces conditions, on a d'autant moins de raisons de mettre à la charge de l'AI, après le 1^{er} janvier 1961, le traitement de la hernie ombilicale en tant qu'infirmité congénitale.

Arrêt du TFA, du 27 août 1962, en la cause K. S.

Article 13 LAI; article 2, chiffre 9*, OIC. L'AI assume les frais de l'opération des naevi, autant que ceux-ci défigurent l'assuré par leur position, leur genre et leur grandeur (et entraînent ainsi une atteinte à la capacité de gain) ou qu'ils renferment un danger accru de dégénérescence maligne.

Articolo 13 LAI; articolo 2, cifra 9, OIC. L'AI assume le spese d'operazione per l'estirpazione di nei, in quanto questi deformano l'assicurato, data la loro particolare posizione, specie e grandezza e sminuiscono pertanto la sua capacità al guadagno, oppure essi celano un accresciuto pericolo di degenerazione maligna.*

L'assurée, née en 1946, a subi en mars 1960 une opération, au cours de laquelle cinq naevi noirs ont été éliminés. Deux de ceux-ci se trouvaient au côté gauche du cou, deux au dos du côté gauche, et un au dos à droite. La caisse-maladie n'a pas assumé les frais du traitement, mais a renvoyé le père de l'assurée à l'AI. Se fondant sur un prononcé de la commission AI, la caisse de compensation refusa cependant l'octroi de mesures médicales.

L'assurée recourut contre cette décision et fit valoir que les naevi pouvaient devenir malins par la suite et avoir ainsi une influence sensible sur la capacité de gain. L'autorité de recours rejeta le recours pour le motif suivant : Les naevi figurent certes dans l'OIC, sous chiffre 9, mais ce chiffre est pourvu d'un astérisque ; selon l'article 1^{er}, 2^e alinéa, OIC, cet astérisque signifie que les mesures médicales de l'AI ne sont pas accordées lorsque l'infirmité en question n'aura pas d'influence sur la capacité de gain. Ce motif d'exclusion est manifestement donné en l'espèce.

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

1. ... Les naevi et les xanthomes appartiennent aux infirmités congénitales reconnues, selon l'article 2, chiffre 9, OIC. Ce chiffre est pourvu d'un astérisque ; pour l'interpréter, il faut donc avoir recours à l'article 1^{er}, 2^e alinéa, OIC. Celui-ci dispose que l'assuré n'a pas droit au traitement des infirmités congénitales ainsi désignées, lorsque l'infirmité en question n'aura manifestement pas d'influence sur sa capacité de gain.

2. La question litigieuse en l'espèce est de savoir si les frais occasionnés par l'opération de cinq naevi noirs « plus ou moins » grands (au cou et au thorax) — opération conseillée par le médecin et exécutée le 29 mars 1960 — sont à la charge de l'AI. Ainsi que l'explique pertinemment l'OFAS, l'AI ne doit assumer les frais de telles opérations que lorsque les naevi défigurent les assurés par leur position, leur genre et leur grandeur (et entraînent ainsi une atteinte à la capacité de gain) ou qu'ils renferment un danger accru de dégénérescence maligne. L'assurée n'a fait valoir que cette seconde raison dans son appel. Ce faisant, elle se fonde sur les déclarations du médecin, selon lesquelles les naevi pigmentaires sont souvent le point de départ de mélanomes malins (tumeurs à pigments ou mélaniques) et qu'on devrait dès lors les faire disparaître à temps.

L'expérience nous apprend que les naevi se présentent fréquemment, probablement même chez la majorité des personnes en bonne santé. Les mélanomes, en revanche, sont rares, ainsi que l'OFAS le démontre dans son rapport. Sous réserve de circonstances particulières, on doit admettre par conséquent que les naevi n'entraînent pas, par voie de dégénérescence maligne, une diminution de la capacité de gain.

Le dossier ne donne pas d'indications concrètes sur le danger d'une dégénérescence maligne des naevi chez l'assurée. La lettre du médecin ne contient rien non plus à cet égard ; il se déclare seulement partisan en principe de l'opération des naevi.

Dès lors, les conditions mises à la prise en charge par l'AI des frais de l'opération manquent. L'appel doit donc être rejeté.

Arrêt du TFA, du 7 juin 1962, en la cause U. L.

Article 19 LAI. Si un enfant n'est pas manifestement inapte à recevoir une instruction, il sera procédé, à la charge de l'AI, à un examen approfondi sous contrôle médical et, le cas échéant, à un essai de formation scolaire spéciale. Il est contraire à l'esprit de la LAI d'admettre prématurément qu'un enfant est inapte à recevoir une instruction. (Considérents 1 et 2.)

Articles 20 LAI et 13, 2^e alinéa, RAI. Un mineur qui doit être placé dans un établissement et attend à la maison l'examen de son aptitude à recevoir une instruction a droit à une contribution aux frais de soins à domicile, si les conditions établies par le RAI et la jurisprudence sont remplies. (Considérant 3.)

Articles 12 et 13 LAI. L'idiotie éréthique n'est pas une infirmité congénitale reconnue par l'AI. Les actes médicaux touchant l'idiotie éréthique ne sont pas réputés mesures de réadaptation, mais traitement de l'affection comme telle. (Considérant 4.)

Articolo 19 LAI. Se un bambino non è manifestamente inetto a ricevere un'istruzione, si procederà, a spese dell'AI, ad un accurato accertamento sotto controllo di medici specialisti e, se necessario, ad una prova d'istruzione scolastica speciale. E' contrario allo spirito della LAI di ammettere prematuramente che un bambino sia inetto a ricevere un'istruzione. (Considerandi 1 e 2.)

Articoli 20 LAI e 13, capoverso 2, OAI. Un minorenne che deve essere collocato in un istituto e che attende a casa l'esito dell'accertamento della sua attitudine a ricevere un'istruzione, ha diritto ad un sussidio per le spese di

cura a domicilio, se i requisiti posti dall'OAI e dalla giurisprudenza sono soddisfatti. (Considerando 3.)

Articoli 12 e 13 LAI. L'idiozia irritable non è considerata dall'AI infermità congenita. Le cure mediche nel caso d'idiozia irritable non costituiscono provvedimenti d'integrazione, ma, ai termini della legge, cura vera e propria di detta affezione. (Considerando 4.)

L'assuré, né en 1955, souffre d'idiotie éréthique. Il est muet et retardé dans son développement physique. En outre, il mouille son lit et n'est pas propre non plus pendant le jour. Il doit être surveillé constamment par ses parents et ses frères et sœurs, sinon il se sauve de la maison et endommage les objets qui lui tombent entre les mains. Selon l'avis du médecin, un essai d'éducation dans un établissement serait indiqué. En avril 1960, une demande de mesures médicales et de subsides pour formation scolaire spéciale fut présentée à l'AI.

Cette requête ayant été rejetée par la caisse de compensation, le représentant de l'assuré la renouvella dans un recours. Il demanda en outre qu'une contribution aux frais de soins à domicile soit versée jusqu'au début de la formation scolaire spéciale. L'autorité cantonale rejeta le recours pour les motifs principaux suivants: L'octroi de mesures médicales est exclu, car il ne s'agit pas d'une infirmité congénitale au sens de l'AI. L'assuré étant probablement, jusqu'à un certain point, apte à recevoir une instruction, les parents doivent faire le nécessaire en vue d'une formation scolaire spéciale, après quoi l'AI déterminera sur demande les contributions aux frais d'école et de pension. On ne pourra allouer une contribution aux frais de soins à domicile que si, contre toute attente, l'assuré devait se révéler inapte à recevoir une instruction.

A la suite de l'appel interjeté par le représentant de l'assuré, le TFA annula le jugement attaqué et la décision de la caisse et renvoya la cause à la commission AI, pour qu'elle procède conformément aux considérants suivants.

1. Selon 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. De prime abord, une contribution aux frais de soins à domicile des assurés mineurs ne peut être allouée, conformément à l'article 20, 1^{er} alinéa, LAI, que si ces mineurs sont incapables à recevoir une instruction. En outre, il a été fixé dans l'arrêt A. H., du 23 mars 1961 (RCC 1961, p. 204), qu'une contribution en faveur des mineurs incapables à recevoir une instruction, qui sont soignés et gardés à la maison par leurs parents, est liée aux conditions suivantes:

- a. l'assuré mineur incapable à recevoir une instruction a besoin d'être placé dans un établissement;
- b. les soins et la garde doivent être appropriés et correspondre à ceux qui seraient fournis dans un établissement;
- c. les soins et la garde doivent entraîner des frais spéciaux, ce qui est le cas notamment quand les dépenses pour le linge, les lessives et autres sont particulièrement élevées en raison de l'incontinence d'urine et de selles de l'assuré, ou lorsque celui-ci ne cesse d'endommager son linge ou d'autres objets.

2. L'article 19 passe dans l'ordre avant l'article 20 LAI. Lorsqu'un enfant n'est pas manifestement incapable à recevoir une instruction, il faut tout d'abord entrepren-

dre dans son intérêt un essai de formation scolaire spéciale. Rien ne serait plus contraire à l'esprit de la LAI que d'admettre prématurément qu'un enfant est inapte à recevoir une instruction. Le père de l'assuré a donc demandé à bon droit des subsides pour formation scolaire spéciale. Il n'est certes pas établi que l'assuré soit apte à recevoir une instruction, mais l'AI doit prendre à sa charge l'essai d'une telle formation; dans des cas-limites comme celui-ci, la commission AI doit faire le nécessaire pour examiner si l'assuré est apte à recevoir une instruction, et elle ne saurait rester inactive, après avoir reçu une demande, jusqu'à ce que les parents se décident eux-mêmes à faire l'essai d'une formation scolaire spéciale. Par conséquent, la cause doit être renvoyée à la commission AI pour que celle-ci fasse examiner de plus près, aux frais de l'AI, dans un établissement sous contrôle médical, si l'assuré est apte à recevoir une instruction. Si l'on reconnaît à l'assuré une aptitude partielle à recevoir une instruction, laquelle justifie l'essai d'une formation scolaire spéciale, la commission AI devra déterminer les mesures nécessaires conformément à l'article 19 LAI et fixer les subsides y relatifs.

Si, en revanche, une formation scolaire spéciale n'entre pas en ligne de compte en raison de l'inaptitude de l'assuré à recevoir une instruction, l'assuré a droit à une contribution aux frais de soins à domicile, dont la commission AI fixera le montant. Dans les circonstances présentes, il est indubitable que l'assuré a besoin d'être placé dans un établissement. Les soins et la garde appropriés lui sont donnés comme dans un établissement, et son incontinence d'urine, ainsi que son instinct destructeur, entraînent des frais spéciaux.

3. Des subsides, conformément à l'article 19 LAI, ne peuvent être alloués toutefois que pour l'avenir, c'est-à-dire dès le début de la formation scolaire spéciale faisant suite à l'examen de l'aptitude à recevoir une instruction. Comme une telle aptitude de l'assuré n'est pas du tout établie à l'heure actuelle, on peut se demander si, sans tenir compte du résultat de l'examen qui doit être prescrit par la commission AI, il ne serait pas possible d'assimiler l'assuré, jusqu'au début de cet examen, à un mineur inapte à recevoir une instruction. On répondra par l'affirmative à cette question dans les circonstances présentes: l'assuré a manifestement besoin d'être placé dans un établissement et cause des frais spéciaux à ses parents tout comme un mineur inapte à recevoir une instruction. Une telle solution empêche aussi les parents de prétendre, en cas de doute, à l'encontre de leur intérêt, que leur enfant est inapte à recevoir une instruction, afin d'obtenir tout de suite des prestations (ce que le représentant de l'assuré a fait dans son appel). La commission AI doit dès lors entreprendre les mesures nécessaires pour examiner l'aptitude de l'enfant et déterminer en même temps, par un prononcé, depuis quand une contribution aux frais de soins sera versée jusqu'au début de l'examen, et quel en sera le montant.

4. C'est avec raison que le représentant de l'assuré n'a pas maintenu sa demande d'octroi de mesures médicales. Comme il n'y a pas infirmité congénitale selon l'article 13 LAI (l'idiotie éréthique ne figure pas dans la liste des infirmités congénitales), les actes médicaux ne peuvent être assumés par l'AI que s'ils représentent des mesures de réadaptation au sens de l'article 12 LAI. Les actes médicaux envisagés dans le cas présent n'appartiennent pas à ces mesures de réadaptation, mais au traitement de l'affection comme telle, qui n'est pas à la charge de l'AI.

5. ...

Arrêt du TFA, du 11 juillet 1962, en la cause J. et A. G.

Articles 19 et 20 LAI. Est déjà apte à recevoir une instruction, ou une formation scolaire, celui dont il est possible de développer tant soit peu les facultés physiques ou intellectuelles relativement faibles qui lui restent, à la condition toutefois qu'il possède une capacité d'assimilation minimum. L'impotence et l'incapacité de travail n'excluent pas l'aptitude à recevoir une instruction. On distinguera donc entre la simple incapacité de fréquenter une école et l'inaptitude à recevoir une instruction.

Articoli 19 e 20 LAI. E' già considerato idoneo a ricevere un'istruzione o una formazione scolastica, chi è in grado di sviluppare, pur limitatamente, le sue residue deboli forze fisiche o intellettuali, a condizione tuttavia che possessa una capacità di assimilazione. L'impotenza e l'incapacità al lavoro non escludono l'idoneità a ricevere un'istruzione. Si farà pertanto distinzione tra la semplice incapacità di frequentare una scuola e l'inettitudine a ricevere un'istruzione.

L'assuré, né en 1941, souffrait dès l'âge de dix ans d'atrophie musculaire progressive. Après avoir fréquenté l'école primaire pendant sept ans, il dut renoncer à recevoir une formation ultérieure. Selon le rapport médical, il était complètement incapable de se mouvoir et exigeait donc des soins, mais il était en pleine possession de ses facultés intellectuelles. En février 1960, l'assuré présenta une demande de prestations à l'AI. Dans les formules, qu'il remplit proprement de sa main, il déclara qu'il était tout le jour dépendant de l'aide de sa mère pour s'habiller, manger, etc. La commission AI conclut qu'une contribution aux frais des soins de l'assuré ne pouvait pas être allouée, vu qu'il était apte à recevoir une instruction.

L'autorité de recours chargea l'AI de verser à l'assuré une contribution aux frais de soins à domicile de trois francs par jour dès le 1^{er} janvier 1960. A son avis, il y a inaptitude à recevoir une instruction lorsque l'état physique de l'assuré mineur rend sa formation impossible (ce qui est le cas en l'espèce). L'impossibilité pour un invalide d'exécuter un travail et l'impossibilité de lui donner une instruction dont il puisse tirer profit coïncident dans un tel cas. Chez un mineur, l'incapacité de travail correspond à l'inaptitude à recevoir une instruction, et ces deux notions sont dès lors synonymes. L'incapacité totale de travail rend illusoire l'éventuelle aptitude mentale à recevoir une instruction. Par conséquent, une contribution aux frais de soins à domicile peut être versée à l'assuré, puisque son impotence est prouvée.

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

Conformément aux articles 20 LAI et 13 RAI, une contribution peut être allouée, à certaines conditions, aux soins à domicile des mineurs inaptes à recevoir une instruction (ATFA 1961, p. 43 = RCC 1961, p. 204). La question litigieuse en l'espèce est de savoir si l'assuré était inapte à recevoir une instruction au sens de l'article 20 LAI.

Par « inaptitude à recevoir une instruction », il faut comprendre l'inaptitude à recevoir une formation scolaire par suite d'une infirmité physique ou mentale. Ainsi, le TFA a toujours défini l'aptitude à recevoir une instruction par l'aptitude à recevoir une formation scolaire. La simple incapacité de fréquenter une école donne lieu à l'octroi de subsides pour un enseignement d'un autre genre; de tels subsides supposent que l'assuré est apte à recevoir une instruction (cf. arrêt du 2 novembre 1961 en la cause E. K., RCC 1962, p. 36, et arrêt du 23 février 1962 en la cause H. St.,

RCC 1962, p. 351). L'aptitude à recevoir une instruction doit être prise au sens large, afin de développer aussi des forces minimales. Est ainsi apte à recevoir une instruction l'assuré dont il est possible de développer tant soit peu lesdites forces, à la condition qu'il possède une capacité d'assimilation minimum. Un assuré n'est inapte à recevoir une instruction que lorsque cette capacité lui manque. De ce fait, la cause de l'inaptitude à recevoir une instruction est en général une infirmité mentale qui rend l'assuré incapable de recevoir une instruction quelconque.

En l'espèce, l'assuré était en mesure de fréquenter l'école primaire pendant sept ans. Il a donc reçu une meilleure formation scolaire qu'un assuré apte seulement à suivre les classes spéciales de l'école publique. Après qu'il eut terminé l'école, il resta apte à recevoir une formation ultérieure. Ainsi que le constate le médecin, l'assuré continuait à être en pleine possession de ses facultés intellectuelles. En 1960, il remplit encore lui-même les formules destinées à l'AI et aurait pu continuer son instruction en recevant une formation scolaire spéciale (par ex. un enseignement linguistique ou arithmétique). Or, on ne peut pas parler d'inaptitude à recevoir une instruction si un développement ultérieur était possible. Contrairement à l'avis de l'autorité de première instance, l'impotence et l'incapacité de travail n'excluent pas l'aptitude à recevoir une instruction et par là une formation scolaire. Tout invalide peut pour le moins exiger, dans la mesure où son état physique ou mental le permet, que lui soit donné l'enseignement scolaire indispensable pour vivre en société; quant à savoir si ces connaissances pourront être utilisées plus tard, et favoriser une capacité de gain future, c'est là une question difficile à trancher, qui passe au second plan. On peut se demander en outre si l'article 19 LAI, qui traite de la formation scolaire spéciale, ne met pas à ce droit des conditions spéciales qui s'écarteraient des conditions générales formulées à l'article 9, 1^{er} alinéa, LAI, sur le droit à la réadaptation.

D'après ce qui vient d'être dit, l'assuré ne remplit pas les conditions mises à l'octroi d'une contribution aux frais de soins à domicile, raison pour laquelle l'appel est admis.

Arrêt du TFA, du 15 mai 1962, en la cause U. St. ¹

Article 21, 2^e alinéa, LAI. Pour remplir vraiment sa fonction, une prothèse doit, suivant les conditions personnelles de l'assuré, satisfaire aussi à des exigences d'ordre esthétique. Si une prothèse nécessite, à cause de cela, une confection spéciale ou une modification des vêtements, l'AI prend en charge les frais supplémentaires qui en résultent, si ces derniers sont élevés. Calcul de ces frais dans le cas d'une adolescente amputée d'un bras, dessinatrice sur textiles.

Articolo 21, capoverso 2, LAI. Per essere conforme allo scopo, una protesi deve, secondo le condizioni personali dell'assicurato, soddisfare anche alle esigenze d'ordine estetico. Se una protesi richiede, a tal fine, una fabbricazione speciale o correzioni degli abiti, l'AI sopprime alle spese supplementari, se queste sono elevate. Calcolo di queste spese nel caso di una adolescente amputata di un braccio, disegnatrice di tessuti.

L'assurée, née en 1945, porte une prothèse pour remplacer son bras gauche quasi totalement arraché lors d'un accident de train en 1955. Depuis le printemps 1960, elle fait un apprentissage de dessinatrice sur textiles. En mars 1960, des prestations

¹ Un commentaire à ce propos sera publié dans un prochain numéro.

de l'AI furent demandées en sa faveur. La caisse de compensation informa l'assurée que les frais de réparation de la prothèse et de ses accessoires nécessaires (gants, etc.) seraient pris en charge par l'AI.

Un recours ayant été formé contre cette décision, la commission de recours accorda à l'assurée, à partir du 1^{er} janvier 1961, une contribution annuelle de 150 francs « pour usure des vêtements ». Ce jugement était motivé, dans l'essentiel, comme suit: la prothèse, dont une partie entoure toute l'épaule, use beaucoup les vêtements de l'assurée et lui impose par conséquent des frais supplémentaires. Ces frais sont liés à l'usage de la prothèse. Les membres artificiels étant remis avec leurs accessoires, les frais qui sont liés à l'usage de la prothèse, mais ne font pas partie des frais d'entretien proprement dits, doivent également être pris en charge par l'AI.

L'appel interjeté par l'OFAS contre ce jugement cantonal fut rejeté par le TFA pour les motifs suivants:

1. Comme l'a fait justement remarquer l'OFAS, les prétentions de l'assurée ne peuvent se fonder sur l'article 16, 3^e alinéa, RAI, aux termes duquel une contribution peut être allouée exceptionnellement pour les frais d'entretien d'« engins » qui représentent des moyens auxiliaires au sens de l'article 21 LAI. Personne ne l'a d'ailleurs prétendu dans cette procédure. Il faut donc examiner si les droits de l'assurée ne pourraient découler d'autres dispositions légales.

2. Aux termes de l'article 21, 2^e alinéa, LAI, l'assurance prend en charge les moyens auxiliaires « d'un modèle simple et adéquat ». L'AI doit donc, sans que l'on dépasse les limites d'une confection simple, veiller à ce que le moyen auxiliaire se présente sous une forme qui gêne le moins possible la réadaptation visée. C'est le cas, notamment, des membres artificiels: ils doivent attirer l'attention le moins possible ou, du moins, ne susciter aucune répugnance, tout spécialement lorsque l'invalidé exerce un métier dans lequel la présentation extérieure joue un grand rôle. Ainsi, une femme qui exerce une activité lucrative, et à laquelle on a dû amputer une jambe, devra recevoir non pas une jambe de bois, mais une prothèse qui rappelle, par sa forme, une jambe humaine. Pour qu'un amputé puisse tirer parti, le mieux possible, de sa capacité de gain, il importe également que sa prothèse, y compris les accessoires, soient cachés par les vêtements que l'on porte ordinairement dans son métier. Un membre artificiel doit donc, jusqu'à un certain point et suivant les conditions personnelles de l'assuré, satisfaire à des exigences esthétiques, sans rapport avec la fonction même de la prothèse, mais lui donnant le caractère adéquat prévu à l'article 21, 2^e alinéa, LAI. L'AI doit veiller à cela aussi bien qu'au bon fonctionnement de la prothèse, à moins que l'invalidé lui-même ne puisse donner à sa prothèse une apparence qui ne choque pas et ne le désavantage pas aux yeux de son entourage. Tel sera le cas lorsqu'il n'en résultera pas, pour l'entretien des vêtements, des frais supplémentaires importants, qui viennent s'ajouter à ceux d'une garde-robe ordinaire. Par exemple, une prothèse de l'avant-bras peut être cachée sans difficulté par des vêtements ordinaires, le gant de la main artificielle étant payé par l'AI, comme en l'espèce. Il en va autrement lorsque les dimensions de la prothèse exigent une confection spéciale des vêtements. Dans ce cas, l'on ne saurait demander que l'invalidé supporte lui-même les frais supplémentaires occasionnés par l'adaptation de ses habits, à moins qu'il n'achète pour d'autres raisons des vêtements sur mesure. Une telle adaptation ne serait pas nécessaire sans la prothèse; elle fait partie de la confection du « modèle adéquat » de la prothèse, qui est à la charge de l'AI. Si les conditions sont remplies, l'AI doit donc prendre en charge les frais supplémentaires des confections spéciales ou des retouches des vêtements, l'invalidé étant censé, bien

entendu, entretenir ceux-ci normalement. L'usure plus ou moins forte des vêtements ne joue aucun rôle dans cette prise en charge.

3. En l'espèce, l'invalidé est une jeune assurée, qui fait un apprentissage de dessinatrice sur textiles. Elle doit donc, de par son métier, satisfaire aux exigences vestimentaires actuellement posées au personnel féminin d'une entreprise commerciale. Elle y réussirait certainement avec des vêtements de confection si elle n'était pas invalide. Or, dans son cas, comme on l'a déjà fait remarquer avec vraisemblance en instance de recours, la prothèse, fixée par un lien autour du cou et de l'autre bras, est trop grande pour que l'assurée puisse porter des vêtements de confection ordinaires; elle est plus large, à l'épaule, que le bras droit, ce qui nécessite une retouche des vêtements ou une confection spéciale. L'assurée doit donc supporter, de ce fait, des frais supplémentaires non négligeables pour ses vêtements. Rien ne prouve que ces frais soient inférieurs en moyenne à la contribution annuelle de 150 francs accordée par l'autorité de première instance, aussi longtemps du moins que l'assurée est en âge de croissance. Dans tous les cas, l'adaptation spéciale des habits d'été et d'hiver nécessaires à une jeune fille de cet âge, y compris les manteaux et les imperméables, n'a pas coûté moins en 1960 et 1961. Il n'y a donc pas lieu de modifier le jugement de première instance comme le propose l'OFAS. En revanche, l'administration pourra rendre une nouvelle décision sur le montant de la contribution lorsque l'assurée aura achevé sa croissance.

4. Puisque la contribution accordée (150 francs par an) est justifiée en vertu de l'article 21, 2^e alinéa, LAI, il est superflu de se demander si les vêtements peuvent, à certaines conditions, être considérés comme « accessoires » d'une prothèse au sens de l'article 14, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI, et si une contribution de l'AI entre en ligne de compte au cas où des vêtements qui n'ont pas été adaptés à la prothèse sont particulièrement endommagés par l'usage d'un membre artificiel.

Arrêt du TFA, du 12 juillet 1962, en la cause H. P. Sp.

Articles 21 LAI et 14, 1^{er} alinéa, lettre f, RAI. Un chien-guide pour aveugle ne peut pas être remis au bénéficiaire d'une rente complète d'invalidité qui va atteindre la limite d'âge ouvrant droit à la rente AVS, en considération des possibilités restreintes de gain et des frais relativement élevés de ce moyen auxiliaire. (Considérant 2.)

Article 16, 3^e alinéa, RAI. La jurisprudence concernant l'allocation exceptionnelle d'une contribution à l'entretien de véhicules à moteur est aussi applicable à l'entretien des chiens-guides pour aveugles. Le fait qu'un assuré doit payer un loyer élevé pour son appartement ne suffit pas à faire admettre, quoique les limites de revenu prévues à l'article 42 LAVS soient dépassées, l'existence d'un cas pénible. (Considérant 3.)

Articoli 21 LAI e 14, capoverso 1, lettera f, OAI. Non può essere consegnato al beneficiario di una rendita intera d'invalidità che sta per raggiungere il limite di età che gli dà diritto alla rendita AVS, un cane-guida per ciechi; ciò, in considerazione delle limitate possibilità di guadagno dell'invalido e delle spese relativamente elevate di detto mezzo ausiliare. (Considerando 2.)

Articolo 16, capoverso 3, OAI. La giurisprudenza concernente l'assegnazione eccezionale di un sussidio per le spese di manutenzione di veicoli a motore è pure applicabile a quelle di mantenimento di cani-guida per ciechi. Il fatto che un assicurato deve pagare un affitto elevato per il suo appartamento non

è sufficiente per ammettere l'esistenza di un caso penoso, benchè siano superati i limiti di reddito previsti dall'articolo 42 LAVS. (Considerando 3.)

L'assuré, né en 1898, est aveugle depuis 1934 et touche, comme ancien fonctionnaire, une pension annuelle de 5588 francs. Il se sent fortement handicapé, depuis quelque temps, par les premières maladies de vieillesse, par des troubles de l'équilibre et par un état d'insécurité générale dans la rue. Depuis le 1^{er} janvier 1960, il reçoit, pour son invalidité qui est de 85 pour cent, une rente d'invalidité entière (avec une rente complémentaire pour l'épouse) de 1792 francs par an. Il utilise la capacité de gain qui lui reste en travaillant comme représentant, activité qui lui rapporte environ 1200 francs par an et qu'il exerce en se faisant accompagner par un chien d'aveugle. En mars 1961, l'assuré demanda le remplacement de son chien, âgé de 10 ans, aux frais de l'AI, ainsi qu'une contribution à l'entretien de l'animal à partir du 1^{er} janvier 1960.

La caisse de compensation ayant rejeté cette demande, l'assuré recourut. Comme le fait remarquer l'autorité cantonale dans sa réponse négative à ce recours, il n'y a pas de raison péremptoire de remplacer ce chien; d'ailleurs, l'assuré ne demande que son remplacement en cas de décès. Le chien n'a que dix ans et peut servir encore quelques années. Même s'il mourait bientôt, un nouveau chien ne pourrait guère être utilisé longtemps à des fins professionnelles. En outre, les frais d'acquisition de ce « successeur » atteindraient à peu près le même montant que le revenu annuel que l'assuré touche comme représentant; ils seraient donc disproportionnés au profit qui pourrait être tiré de ce moyen auxiliaire. Enfin, l'allocation d'une contribution à l'entretien du chien doit être refusée, car le revenu de l'assuré dépasse les limites fixées par l'article 42 LAVS.

L'appel interjeté par l'assuré auprès du TFA a été rejeté. Voici les considérants de ce tribunal.

1. Aux termes de l'article 21 LAI, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires qui sont nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle et qui figurent dans une liste que dressera le Conseil fédéral. Le RAI compte au nombre des moyens auxiliaires, à son article 14, 1^{er} alinéa, lettre f, les chiens-guides pour aveugles; il précise, à l'article 15, 1^{er} alinéa, que les moyens auxiliaires sont remis lorsque l'assuré en a besoin pour exercer une activité lucrative.

Les frais d'entretien de chiens-guides (et de véhicules à moteur) ne sont, en principe, pas assumés par l'assurance (art. 16, 3^e al., RAI). Toutefois, celle-ci peut, exceptionnellement, allouer une contribution jusqu'à concurrence de 50 francs par mois.

2. Au moment où fut prise la décision attaquée, le chien apportait à l'assuré une aide suffisante, celui-ci devant, de toute manière, réduire son activité à cause de ses maladies de vieillesse. Les troubles constatés dans la santé du chien, et attestés par le nouveau certificat de vétérinaire, n'y changent rien. La remise d'un nouveau chien aux frais de l'AI n'entre donc pas en ligne de compte, ne serait-ce que pour ce seul motif. D'ailleurs, le plan de dressage que l'assuré aimerait appliquer à un nouveau chien n'est pas adéquat. L'OFAS fait remarquer avec raison qu'un chien-guide doit être dressé par un spécialiste pour pouvoir servir ensuite avec efficacité; un chien dressé par l'assuré ne saurait être considéré comme un moyen auxiliaire approprié.

Cependant, même s'il était établi que le chien actuel n'est plus en état de conduire un aveugle, cet animal ne pourrait pas être remplacé aux frais de l'AI. En effet, l'assuré, qui est déjà invalide au 85 pour cent, atteindra en juin 1963 l'âge donnant droit à une rente de l'AVS; il sera bientôt, probablement, entièrement incapable de

travailler, si bien que le nouveau moyen auxiliaire demandé ne pourrait plus servir à sa « réadaptation à la vie professionnelle » au sens de l'article 21 LAI. Seul, un chien dressé par un spécialiste pourrait entrer en ligne de compte comme moyen auxiliaire. Or, comme l'assuré ne gagne qu'un revenu mensuel de 100 francs, les frais d'acquisition d'un tel chien (env. 1200 francs) seraient disproportionnés au profit que l'on pourrait en tirer, d'autant plus que les soins nécessaires à l'animal entraînent, selon l'OFAS, une dépense de 70 à 90 francs par mois.

L'assuré objecte que le tribunal a accordé, dans un arrêt du 19 septembre 1961, à un assuré quasi totalement invalide (la commission AI parlait d'une incapacité de gain de 94 pour cent), des chaussures orthopédiques comme moyen auxiliaire. Or, il s'agissait là d'une dépense relativement minime en faveur d'un jeune assuré; en outre, le rapport entre ces frais de moyen auxiliaire et le gain réalisable était bien plus favorable que dans le cas présent. D'ailleurs, le tribunal avait donné suite à la proposition de l'OFAS, dans l'arrêt en question, non sans insister sur le fait qu'il s'agissait là d'un cas-limite. Or, le cas présent se trouve nettement au-delà de cette limite et n'est pas de ceux qui donnent droit à des moyens auxiliaires de ce genre.

3. En ce qui concerne la contribution exceptionnelle prévue par l'article 16, 3^e alinéa, RAI, le tribunal a déjà établi que son octroi pour l'entretien d'un véhicule à moteur supposait l'existence d'un cas pénible. Or, un cas pénible ne peut être reconnu comme tel que lorsque le revenu déterminant pour l'octroi d'une rente extraordinaire n'atteint pas la limite fixée à l'article 42 LAVS (arrêt du TFA en la cause M. B., du 4 septembre 1961, RCC 1961, p. 425). Cette jurisprudence est également applicable à la contribution exceptionnelle pour l'entretien d'un chien-guide.

En l'espèce, le revenu déterminant de l'assuré dépasse la limite, qui est de 4800 francs, comme le montre le calcul suivant:

	Fr.
Pension	5588.—
Rente	1792.—
Revenu du travail	1200.—
	8580.—
Déduction forfaitaire pour les primes d'assurances et les impôts, selon l'article 57, lettre d, RAVS	900.—
	7680.—
Revenu à prendre en compte selon l'article 42, 1 ^{er} al., LAVS: les $\frac{2}{3}$, soit	5120.—

Le fait que l'assuré doit payer un loyer élevé pour son appartement ne suffit pas à faire admettre, quoique les limites de revenu soient dépassées, l'existence d'un cas pénible. En outre, le tribunal de première instance fait remarquer à bon droit qu'on ne saurait exiger de l'AI une contribution de 50 francs par mois pour l'entretien du chien, alors que le revenu mensuel du travail de l'assuré n'atteint que 100 francs.

RENTES ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Arrêt du TFA, du 27 août 1962, en la cause E. K.

Article 22, 3^e alinéa, LAI ; article 18 RAI. Il ne peut pas être accordé d'indemnité journalière pour le délai d'attente lorsque l'état de santé de l'assuré ne permet pas d'appliquer les mesures de réadaptation envisagées.

Articolo 22, capoverso 3, LAI ; articolo 18 OAI. L'indennità giornaliera per il periodo di attesa non può essere assegnata allorché lo stato di salute dell'assicurato non permette l'applicazione dei provvedimenti d'integrazione prescritti.

L'assuré, né en 1901, souffre de diabète sucré, ainsi que d'hépatite (inflammation du foie) et d'infections staphylococciques. Le 22 novembre 1960, il a dû, en raison d'une infection, entrer à l'hôpital où, en avril 1961, il subit l'amputation du gros orteil gauche puis, en raison d'une gangrène progressive, à fin mai 1961, de la jambe gauche. Le 19 juin 1961, le malade se trouvait encore à l'hôpital ; le médecin le déclara complètement incapable de travailler pour une durée indéterminée. En juin 1961, l'assuré présenta une demande de prestations de l'AI. Se fondant sur un prononcé de la commission AI, la caisse de compensation lui accorda une jambe de bois.

L'assuré recourut contre cette décision. Il déclara que la jambe de bois ne pourrait être adaptée qu'au bout de quelques mois et demanda à être mis au bénéfice d'une indemnité journalière pendant la période d'attente, vu que son incapacité de travail serait alors de 50 pour cent au moins. L'autorité de première instance rejeta le recours pour les motifs suivants : L'indemnité journalière ne peut être versée pour un délai d'attente que si une mesure de réadaptation a déjà été ordonnée, mais que son application doit encore être retardée. En l'espèce, le moyen auxiliaire accordé à l'assuré peut, en soi, lui être remis immédiatement. L'assuré n'a donc pas besoin d'attendre, il est seulement handicapé dans l'utilisation du moyen auxiliaire.

L'assuré interjeta appel contre le jugement cantonal. Il releva que, sur ordre du médecin, il n'avait pas encore porté la prothèse, car il fallait attendre pour voir comment la blessure causée par l'amputation se guérirait. Il estimait dès lors que la période s'écoulant entre le prononcé de la commission AI et le moment où la prothèse serait définitivement adaptée avec succès devait être considérée comme période de réadaptation durant laquelle l'indemnité journalière est due. Si le TFA devait arriver à une conclusion contraire, l'indemnité journalière devrait en tout cas être versée pendant le délai d'attente. Le TFA a rejeté l'appel pour les motifs suivants :

1. Selon l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI, l'indemnité journalière est accordée « pendant la réadaptation » si l'assuré « est empêché par les mesures de réadaptation d'exercer une activité lucrative ». S'il présente une incapacité de travail d'au moins 50 pour cent, il n'est pas nécessaire, selon cette disposition, qu'il y ait une relation de cause à effet entre les mesures de réadaptation et l'empêchement d'exercer une activité lucrative. Toutefois, dans ce cas également, le droit à l'indemnité journalière n'existe que durant la période au cours de laquelle les mesures de réadaptation sont appliquées. Les conditions auxquelles des indemnités journalières peuvent être accordées pour des délais d'attente doivent, selon l'article 22, 3^e alinéa, LAI, être fixées par le Conseil fédéral. L'article 18 RAI, qui se fonde sur cette autorisation, dispose que l'assuré, qui présente une incapacité de travail de 50 pour cent au moins et qui

attend l'exécution des mesures de réadaptation ordonnées, a droit à l'indemnité journalière pour chaque jour entier du délai d'attente, mais au plus pour 120 jours.

2. Ainsi que l'assuré le relève dans son mémoire d'appel, l'état de la blessure du moignon ne permet pas encore d'adapter la prothèse accordée. Il en résulte que les mesures de réadaptation envisagées ne peuvent pas encore être appliquées en raison des suites de maladie existantes. De ce fait, toutefois, tout droit aux indemnités journalières est exclu en vertu de l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI. Leur versement constitue — ainsi que cela a déjà été relevé dans l'arrêt du 20 janvier 1961 en la cause F. J. (RCC 1961, p. 119) — une prestation accessoire venant s'ajouter à certaines mesures de réadaptation. De même, l'indemnité journalière ne saurait être accordée pour un délai d'attente ; un tel droit ne peut être admis que si l'état de santé de l'assuré permet en soi l'exécution des mesures de réadaptation ordonnées, mais que des raisons externes (p. ex. le manque de place dans le Centre de réadaptation) l'obligent d'en attendre l'exécution. L'octroi d'un moyen auxiliaire (c'est-à-dire d'une mesure de réadaptation) par une décision d'une caisse de compensation ne suffit pas pour donner naissance au droit à l'indemnité journalière. On ne peut, en tous cas, parler de mesures de réadaptation et de délais d'attente que si l'assuré est susceptible d'être réadapté, ce qui — comme cela a déjà été relevé — n'est pas encore le cas en l'espèce.

Arrêt du TFA, du 1^{er} mars 1962, en la cause L. V.

Article 31, 1^{er} alinéa, LAI. On ne saurait exiger d'un assuré, atteint de cécité totale, qu'il se soumette à des mesures de réadaptation si cette affection a engendré une névrose qui l'empêche de faire l'acte de volonté nécessaire. Il en va différemment, en revanche, si le refus de l'assuré a pour origine un défaut caractériel.

Articolo 31, capoverso 1, LAI. Non si potrebbe esigere da un assicurato sofferente di cecità totale che si sottoponga a provvedimenti d'integrazione, se detta affezione ha provocato una nevrosi che lo priva della capacità volitiva. Per contro, diverso è il caso se il rifiuto dell'assicurato è originato da un difetto di carattere.

L'assuré, né en 1918, a appris le métier d'appareilleur. Atteint de rétinite pigmentaire bilatérale, il a subi une baisse progressive de l'acuité visuelle, qui est réduite actuellement à une vague perception lumineuse. Contraint d'abandonner son métier en 1954, il est resté cependant au service de la même entreprise, qui l'occupe depuis lors à des travaux secondaires de manutention ; il reçoit une rémunération de peu inférieure à celle qu'il aurait touchée comme ouvrier qualifié en bonne santé. Saisie d'une demande de prestations AI, la commission AI, considérant que le salaire actuel était en bonne partie volontaire et ne pouvait par conséquent servir à l'évaluation de l'invalidité, a chargé l'office régional d'examiner les possibilités d'une réadaptation susceptible de procurer à l'intéressé un gain supérieur. Bien que l'office régional ait pu compter sur le concours de l'employeur de l'intéressé, ce dernier opposa un refus pur et simple à toutes les démarches entreprises en vue de sa réadaptation. Finalement, le délégué de l'office régional dut se résoudre à présenter à la commission AI un rapport négatif, en laissant entendre, cependant, que l'assuré n'était pas entièrement responsable de son attitude. A la suite d'une décision de la caisse de compensation, fondée sur un prononcé de la commission AI le reconnaissant invalide à

50 pour cent, l'assuré recourut pour demander à être mis au bénéfice d'une rente entière. La commission de recours, comparant le gain réel (abstraction faite des prestations volontaires de l'employeur) au revenu qu'il aurait pu réaliser sans son invalidité, admit une invalidité supérieure aux deux tiers, sans sanctionner d'autre part l'attitude négative de l'intéressé à l'égard d'une éventuelle réadaptation.

Sur appel de l'OFAS, le TFA a annulé le jugement cantonal et renvoyé la cause à la commission AI pour les motifs suivants :

1...

2. Dans l'espèce, la commission AI et le juge cantonal ont considéré que des mesures de réadaptation ne pouvaient être exigées de l'assuré, sans que celui-ci eût à supporter les conséquences de son refus, et ont passé à l'évaluation de l'invalidité en vue de l'octroi d'une rente. Tandis que la commission procédait à une évaluation dont les bases demeurent obscures, le premier juge s'est fondé sur des éléments qui — si l'on admet que toute réadaptation est exclue — paraissent répondre aux critères de détermination du taux d'invalidité selon l'article 28 LAI. Il est évident, en effet, que le salaire effectif versé en l'occurrence par l'employeur ne saurait être retenu comme premier terme de la comparaison, et l'appréciation du gain que l'invalidé pourrait réaliser à un quart environ de ce salaire ne semble en rien arbitraire, confirmée qu'elle est non seulement par l'employeur, mais aussi par l'office régional de réadaptation ; le parallèle fait par l'OFAS avec le gain obtenu par des aveugles de naissance, parfaitement réadaptés à la vie professionnelle, n'est pas concluant, car il implique précisément la possibilité d'une réadaptation. Quant au second terme de la comparaison, il est clairement établi par le salaire que l'assuré aurait obtenu comme appareilleur.

La question est de savoir si véritablement des mesures de réadaptation ne peuvent être exigées de l'assuré, sans que celui-ci ait à supporter les conséquences d'un refus, et si l'évaluation de l'invalidité en vue de l'octroi d'une rente n'est pas prématurée. Or, la Cour de céans estime, contrairement au juge cantonal, que la question ne peut être tranchée en l'état.

L'office régional de réadaptation, chargé par la commission AI d'examiner si un travail mieux adapté à l'état de l'assuré ne pourrait être trouvé dans le cadre même de l'entreprise, a relevé que le refus opposé par l'assuré à toute mesure de réadaptation était imputable notamment à l'infirmité et à l'influence des proches ; que l'assuré n'était donc pas complètement responsable de son comportement ; qu'en cas de doute, il y aurait possibilité d'ordonner une expertise psychiatrique, afin de déterminer dans quelle mesure un traitement psychothérapique pourrait avoir d'heureux effets et ramener l'assuré à des conceptions sociales normales. Le médecin traitant, dans la déclaration produite par l'intimé lors de sa réponse à l'appel, signale que la cécité a eu « une incidence psychologique importante sur le comportement de cet homme », et il lui paraît « totalement illusoire, dans les circonstances actuelles, d'obtenir la collaboration de l'intéressé à des mesures de réadaptation professionnelle » ; il insiste également sur le « contexte psychologique personnel, familial et de l'entourage ». Ces indications ne permettent pas de déceler avec une sûreté suffisante si les difficultés relevées ont pour origine un défaut caractériel, développé et entretenu par l'entourage, ou une névrose provoquée par la cécité. Si ces difficultés ont pour origine un défaut caractériel, dont — selon un phénomène souvent constaté — l'intéressé est le premier à subir les conséquences néfastes, ni ce défaut, ni l'influence de tiers ne sauraient suffire à rendre inexigible l'exécution de mesures de réadaptation ; l'assuré devrait supporter alors les suites légales de son refus. Si, en revanche, ainsi que pourraient le laisser entendre les rapports de l'office régional et du médecin

traitant, ainsi que la suspension du travail pendant plusieurs mois dès septembre 1960, ces difficultés ont pour origine unique ou prépondérante une névrose qui se serait déclarée par suite de la cécité, l'exigibilité de mesures de réadaptation devient douteuse ; elle doit être niée si la névrose empêche l'assuré de faire l'acte de volonté nécessaire.

L'arrêt cantonal doit dès lors être annulé, et la cause renvoyée à la commission AI pour complément d'enquête et expertise psychiatrique par les soins d'un spécialiste. Il incombera ensuite à cette commission de se prononcer à nouveau sur l'exigibilité de mesures de réadaptation au sens des articles 8 et suivants LAI ; au cas où l'assuré opposerait un nouveau refus à des mesures reconnues exigibles, la commission établira quelles seront les conséquences de ce refus sur ses droits envers l'AI, notamment sur le droit à une rente pour la période tant antérieure que postérieure au nouvel examen.

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 4 septembre 1962, en la cause U. K.

Article 78, 2^e alinéa, RAI. Les mesures de réadaptation dont l'intérêt de l'assuré exigeait qu'elles fussent exécutées avant d'avoir été ordonnées par l'AI ne peuvent être prises en charge par l'assurance, lorsque la demande de prestations n'a pas été déposée dans les trois mois, qu'à partir de la date où elles ont été non pas demandées, mais ordonnées.

Articolo 78, capoverso 2, OAI. Le spese per provvedimenti d'integrazione eseguiti nell'interesse dell'assicurato prima di essere stati prescritti dall'AI, possono essere assunte dall'assicurazione, se la richiesta di prestazioni non è stata presentata entro i tre mesi, soltanto a decorrere dalla data della loro prescrizione e non dalla data della loro richiesta.

L'assuré, né en 1957, souffre depuis sa naissance d'un granulome éosinophile, maladie rare du métabolisme citée au n° 189 de la liste des infirmités congénitales de l'OIC (une ancienne forme de la maladie de Schüller-Christian). De l'avis du médecin, l'assuré dut être traité dès sa naissance (thérapie continue de Prednison sous contrôle médical régulier).

Le 26 mai 1961, le père de l'assuré présenta une demande de prestations de l'AI pour son enfant. La Commission AI décida de mettre à la charge de l'AI les contrôles médicaux, ainsi que les frais de transport s'y rattachant, à partir du 26 mai 1961 ; elle refusa en revanche tout paiement pour la période antérieure au dépôt de la demande.

Le père de l'assuré, informé de ce prononcé par une décision de la caisse, recourut contre cette décision et demanda que son enfant soit mis au bénéfice de l'assurance déjà à partir d'une date antérieure. Il n'avait, disait-il, été informé que depuis quelques jours du droit de son enfant à des prestations de l'AI. L'autorité cantonale de recours rejeta son recours.

Le père de l'assuré en a alors appelé au TFA, dans un mémoire où il a repris les arguments développés dans son recours. La caisse de compensation s'est abstenue de répondre, et l'OFAS, dans son préavis, a abouti à la conclusion que le traitement de l'infirmité congénitale devait être payé rétroactivement par l'assurance.

Le TFA a rejeté l'appel pour des motifs identiques à ceux exposés dans un arrêt du 4 septembre en la cause L. E. (RCC 1962, p. 442, cons. 1 et 2).

Il déclare au surplus ce qui suit:

1. ...

2. ...

3. En l'espèce, on peut certes admettre avec l'OFAS qu'il était urgent de traiter l'infirmité congénitale avant toute demande de prestations. Le délai de trois mois prévu par l'article 78, 2^e alinéa, RAI (qui, en vertu de l'article 116, 2^e al., RAI, n'a commencé à courir que le 1^{er} janvier 1961) n'a toutefois pas été suspendu. En 1960 déjà, les représentants légaux de l'assuré savaient que celui-ci souffrait d'une infirmité congénitale, fait sur lequel reposent ses droits. Leur enfant ayant été en traitement médical dès sa naissance, le caractère congénital de son infirmité devait leur apparaître clairement dès le début; ils ne pouvaient pas croire qu'il s'agissait d'une maladie acquise après la naissance. A cet égard, peu importe le moment où ils ont appris que cette affection figure dans la liste des infirmités congénitales établie par le Conseil fédéral; le moment où l'enfant a été annoncé à la caisse-maladie ne joue également aucun rôle.

Ainsi donc, l'AI ne doit payer des mesures exécutées avant d'avoir été ordonnées que lorsque celles-ci ont commencé à être appliquées au plus tôt trois mois avant le dépôt de la demande. Dans le présent cas, le début de l'exécution date de plusieurs années, car le traitement dispensé à l'assuré depuis sa naissance forme un tout. (Sur ce point, la situation est différente du cas L. E., RCC 1962, p. 442, où il s'agissait de diverses mesures successives, limitées dans le temps, de sorte que chaque nouveau traitement représentait le début d'une nouvelle mesure). Ne sont pas non plus remplies les conditions permettant le paiement par l'AI des mesures appliquées entre le moment où celles-ci ont été requises par les parents de l'assuré et celui où elles ont été ordonnées par les organes de l'AI. C'est à l'administration de décider si les prestations déjà versées pour cette période doivent éventuellement faire l'objet d'une demande de restitution.

Arrêt du TFA, du 12 septembre 1962, en la cause C. S.

Article 78, 2^e alinéa, RAI. Le traitement d'un naevus pigmentosus (envie) au pied gauche d'un assuré âgé d'un an ne doit pas être considéré comme urgent au sens de cette disposition. Par conséquent, l'AI ne peut pas payer les mesures qu'elle n'avait point encore ordonnées au moment de leur exécution.

Articolo 78, capoverso 2, OAI. Il trattamento di un nevo pigmentoso al piede sinistro di un assicurato dell'età di un anno non deve essere considerato, ai sensi di questa disposizione, di carattere urgente. Di conseguenza, l'AI non può rifondere le spese dei provvedimenti eseguiti prima della loro prescrizione.

L'assuré naquit le 1^{er} juin 1959 avec un *naevus pigmentosus* (envie) au pied gauche, infirmité congénitale figurant dans la liste établie par le Conseil fédéral (OIC, art. 2, n° 9 *). A partir de mai 1960, le médecin entreprit plusieurs interventions (rapetissement du *naevus*, déplacement du lambeau cutané); le 29 août 1961, il procéda à une *transplantation cutanée*. Il ressort du rapport établi par le médecin le 20 octobre 1961 que deux séances permettront vraisemblablement d'éliminer le tissu du *naevus* qui subsiste encore aux deuxième et quatrième orteils.

Le 12 septembre 1961, la Commission AI reçut une demande de prestations de l'assuré. Elle décida de payer les frais de traitement du naevus à partir du 29 août 1961, ce dont le père de l'assuré fut informé par décision de la caisse de compensation.

Le père de l'assuré a recouru contre cette décision, en demandant que l'AI prenne à sa charge le traitement du naevus depuis le début. Le président de l'autorité cantonale de recours l'ayant débouté, le père de l'assuré a interjeté appel auprès du TFA. La caisse de compensation a proposé le rejet de l'appel; l'OFAS a préavisé en faveur de son admission.

Le TFA a rejeté l'appel, confirmant ainsi ses arrêts précédents en les causes L. E. (RCC 1962, p. 442) et U. K. (RCC 1963, p. 38). A propos de l'urgence des mesures à exécuter, le TFA expose notamment ce qui suit:

1. ...

2. ... Dans le cas particulier, on peut certes admettre avec l'OFAS, qui se fonde sur le certificat médical, que la pression et les frottements continuels du soulier favorisent la dégénérescence maligne du naevus. Toutefois, l'assuré n'était âgé que de deux ans au moment du dépôt de la demande, et d'une année au début du traitement; l'on ne saurait donc dire que le traitement du naevus au pied gauche ait dû être entrepris, pour raison d'urgence, avant d'avoir été ordonné par la Commission AI. Aussi l'AI ne peut-elle pas payer des mesures qui ont été exécutées avant d'avoir été ordonnées par la commission AI. Les conditions qui permettraient le paiement subséquent des frais de traitement dès le 29 août 1961 ne sont pas réalisées. Quant aux frais afférents à la période allant du 29 août 1961 au jour où les mesures en cause ont été ordonnées, c'est à l'administration qu'il incombera d'examiner s'ils doivent faire l'objet d'une décision de restitution.

Puisque les mesures exécutées avant d'avoir été ordonnées doivent être considérées comme non urgentes, il est superflu d'examiner ici si le délai de trois mois prévu par l'article 78, 2^e alinéa, RAI a été observé.

Arrêt du TFA, du 18 juin 1962, en la cause M. D.

Articles 69 LAI et 97, 1^{er} alinéa, LAVS. Les décisions des caisses de compensation ne passent pas en force quant au fond, mais seulement quant à la forme. Toutefois, pour des raisons de sécurité juridique, il n'est possible à une caisse de compensation de revenir sur une décision passée en force que dans les cas où celle-ci se révèle manifestement fautive — parce qu'elle n'est pas conforme aux prescriptions légales ou qu'elle repose sur un état de fait inexact — et pour autant qu'il existe un intérêt économique assez important pour justifier l'annulation ou la rectification de cette décision. (Considérant 1.)

Article 117 RAI. Afin de traiter équitablement les demandes présentées sous le régime de la réglementation provisoire, en 1960, et celles qui l'ont été plus tard, on fixera les prestations AI à allouer dès le 1^{er} janvier 1961 en tenant compte des dispositions légales entrées en vigueur à cette date, même si ces demandes ont déjà fait précédemment l'objet d'une décision. (Considérant 2.)

Articles 69 LAI et 86 LAVS. On ne peut reconnaître à la commission AI, qui n'a pas qualité de partie, le droit de recevoir communication des mé-

moires déposés par les parties et d'exposer son point de vue en instance d'appel. (Considérant 3.)

Articoli 69 LAI e 97, capoverso 1, LAVS. Le decisioni delle casse di compensazione crescono in giudicato soltanto per quanto riguarda il merito, ma non la forma. Tuttavia, per maggiore garanzia giuridica, una cassa di compensazione può rivenire su una decisione passata in giudicato soltanto nei casi in cui quest'ultima appare manifestamente errata — non essendo conforme alle prescrizioni legali o fondandosi su una fattispecie inesatta — e se sussiste un interesse economico assai importante per giustificare l'annullamento o la rettificazione di questa decisione. (Considerando 1.)

Articolo 117 OAI. Al fine di sbrigare equamente le richieste presentate nel 1960, nell'ambito dell'ordinamento provvisorio, e quelle inoltrate più tardi, si stabiliranno le prestazioni AI da assegnare a decorrere dal 1° gennaio 1961, tenendo conto delle disposizioni di legge entrate in vigore a tal data, anche se queste richieste sono già state oggetto di una decisione. (Considerando 2.)

Articoli 69 LAI e 86 LAVS. Non si può riconoscere alla commissione AI, che non è parte in causa, il diritto di essere informata sui ricorsi presentati dalle parti e di poter esporre il suo punto di vista in sede d'appello. (Considerando 3.)

L'assurée, née en 1949, souffre de *diabetes mellitus*, affection dont le diagnostic fut posé pour la première fois au mois d'octobre 1958, lors d'un séjour à l'hôpital. Par décision du 10 décembre 1960, la caisse de compensation accepta la prise en charge des mesures médicales nécessaires. Plus tard, la commission AI, constatant que le *diabetes mellitus*, qui figurait dans la liste des infirmités congénitales valable en 1960, n'était pas mentionné dans l'OIC du 5 janvier 1961, prononça que la prise en charge des frais de traitement en vertu de l'article 13 LAI n'entrait plus en ligne de compte depuis le 1^{er} janvier 1961. Par décision du 24 mai 1961, la Caisse de compensation annula sa décision du 10 décembre 1960 avec effet au 1^{er} janvier 1961. La commission cantonale de recours rejeta le recours formé contre cette décision.

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

1. A l'appui de ses conclusions, le mandataire de l'assurée prétend que la décision du 10 décembre 1960, qui mettait l'assurée au bénéfice de prestations légales dès le 1^{er} janvier 1960 et jusqu'au 30 avril 1969 au plus tard, avait été rendue régulièrement en vertu des dispositions légales applicables alors, et qu'elle ne pouvait être annulée avec effet au 1^{er} janvier 1961. Or, comme il appert du jugement cantonal et du mémoire de l'OFAS, mais contrairement à l'avis de la commission AI, l'affection dont souffre l'assurée n'est pas une infirmité congénitale; c'est pourquoi les organes de l'AI auraient dû refuser l'octroi de toute prestation, tant pour 1960 que pour les années suivantes.

Selon la réglementation provisoire qui a précédé l'entrée en vigueur de l'OIC (cf. les directives que l'OFAS a édictées le 16 janvier 1960, pendant la période d'introduction, se fondant sur l'article 27, 2^e alinéa, de l'ACF du 13 octobre 1959 concernant l'introduction de l'AI; cf. aussi la liste, datée également du 16 janvier 1960, dressée par l'OFAS), le diabète sucré était rangé dans la catégorie des infirmités congénitales dont les frais de traitement étaient pris en charge par l'AI, mais cela à la condition seulement que cette affection se fût manifestée à la naissance déjà. Or, dans l'espèce, rien ne permet de dire que le diabète de l'assurée se soit manifesté à la naissance déjà, soit en 1949, et au cours des années suivantes. Il ressort au

contraire des pièces du dossier que cette affection n'est apparue qu'en 1958, alors que l'enfant était âgée de 9 ans, et que c'est au cours de cette année-là qu'elle fut hospitalisée pour la première fois. Il ne s'agissait donc pas d'une infirmité congénitale au sens des dispositions légales et de la jurisprudence relative à la liste provisoire de 1960. Un examen attentif du cas aurait donc dû conduire au refus de toute prestation. Il s'ensuit que la décision du 10 décembre 1960 n'a pas été rendue en vertu des dispositions légales et qu'elle était manifestement fautive. L'assurée a donc bénéficié indûment en 1960 des prestations qui lui ont été allouées en vertu de la décision du 10 décembre 1960. Elle ne saurait donc continuer à bénéficier, jusqu'au 30 avril 1969, de ces prestations auxquelles elle n'a pas droit. L'opinion de son mandataire, selon laquelle la décision ne pourrait plus être modifiée, étant entrée en force et ayant créé des droits subjectifs, est erronée.

Les caisses de compensation peuvent-elles revenir sur une décision passée en force? Le TFA a dû se prononcer sur cette question à plusieurs reprises dans des causes concernant l'AVS, notamment la perception des cotisations (cf. ATFA 1959, p. 29 = RCC 1959, p. 296; ATFA 1957, p. 175 = RCC 1958, p. 33; ATFA 1956, p. 43 = RCC 1956, p. 142). Il a précisé à ce propos (et ceci s'applique également à l'AI) que conformément à la doctrine dominante en droit suisse, les décisions des caisses de compensation ne passent pas en force quant au fond, mais seulement quant à la forme. La sécurité juridique exige toutefois que ces décisions ne puissent être modifiées sans nécessité absolue. C'est pourquoi, selon la jurisprudence constante du TFA, il n'est possible de revenir sur une décision passée en force que dans les cas où cette décision se révèle manifestement fautive — parce qu'elle n'est pas conforme aux prescriptions légales ou qu'elle repose sur un état de fait inexact — et pour autant qu'il existe un intérêt économique assez important pour justifier l'annulation ou la rectification de cette décision; ainsi, par exemple, lorsque le montant des cotisations à réclamer est suffisamment élevé et qu'une modification de la décision rendue précédemment aura des répercussions pratiques de quelque importance.

Il découle de ce qui précède que les autorités administratives étaient fondées à revenir sur la décision du 10 décembre 1960. D'une part, celle-ci doit être regardée comme une décision manifestement fautive, puisqu'elle n'était pas conforme aux prescriptions légales alors en vigueur. D'autre part, il existe un intérêt économique suffisamment grand pour justifier son annulation; maintenir cette décision et déclarer que les prestations litigieuses doivent continuer à être versées, pour le seul motif que la décision de la caisse de compensation est entrée en force, ce serait imposer à tort à l'AI des frais considérables et servir à l'assurée jusqu'en avril 1969 des prestations indues. Tel ne peut être le cas. Dans le domaine des assurances sociales, fondées essentiellement sur le principe de la solidarité, il serait inadmissible en effet qu'un assuré puisse toucher pour des motifs de pure forme des prestations auxquelles il n'a pas droit. En pareil cas, il ne fait aucun doute que l'intérêt public doit l'emporter.

2. Dans son mémoire d'appel, le mandataire de l'assurée passe sous silence les principes jurisprudentiels susmentionnés et se borne à soutenir que l'annulation de la décision du 10 décembre 1960 va à l'encontre des principes fondamentaux du droit administratif, notamment du principe de l'immutabilité des décisions créatrices de droits subjectifs et d'obligations. Vu la solution qui doit être donnée au litige (considérant 1), la cour de céans peut se dispenser de trancher cette question. Il ne lui paraît d'ailleurs nullement établi que les principes fondamentaux du droit administratif ne permettraient pas de revenir sur la décision du 10 décembre 1960 et de réexaminer la question du droit de l'assuré à des prestations pour la période postérieure au 31 décembre 1960. C'est même à la conclusion contraire que l'on arrive si l'on tient compte des considérations suivantes.

L'OIC, du 5 janvier 1961, est étroitement liée au RAI du 17 janvier 1961. Ces deux actes législatifs du Conseil fédéral, entrés en vigueur le 1^{er} janvier 1961, reposent sur les mêmes bases légales et leur nature est identique. Aucun motif d'ordre juridique ne se serait donc opposé à leur fusion. Nonobstant le défaut, dans l'OIC, d'une disposition transitoire analogue à celle de l'article 117, 1^{er} alinéa, RAI, les liens unissant ces deux décrets ne permettent pas de soumettre l'OIC à des règles de droit transitoire autres que le RAI. Le TFA a dès lors précisé que l'OIC devait, elle aussi, être déclarée applicable aux demandes de prestations déposées en 1960, mais non encore liquidées à la date de son entrée en vigueur (arrêts A. R., du 21 octobre 1961, ATFA 1961, p. 319, et H. Sch., du 15 juin 1961, RCC 1961, p. 334). C'était la volonté du législateur de déclarer le règlement d'exécution applicable à tous les cas de prestations réclamées pour la période postérieure au 31 décembre 1960, et cela même si les demandes relatives à ces prestations avaient déjà été liquidées auparavant.

Ceci résulte d'ailleurs aussi du fait que pendant la période d'introduction de la loi, où de nombreux cas furent annoncés à l'AI, il existait une réglementation provisoire. C'était alors souvent une pure question de hasard qu'une demande de prestations fût traitée au cours des derniers mois de 1960 plutôt qu'au cours de 1961; des demandes, portant sur le même objet, pouvaient dès lors être tranchées d'une manière différente suivant qu'elles étaient examinées en 1960, sous le régime de la réglementation provisoire alors applicable, ou en 1961 seulement, soit après l'entrée en vigueur du RAI et de l'OIC. Ces divergences pouvaient favoriser tel assuré et défavoriser tel autre; il eût donc été inconcevable qu'une telle situation se prolongeât. La seule solution à adopter consistait à rétablir l'égalité de traitement entre les assurés en examinant les demandes de prestations, à partir du 1^{er} janvier 1961, à la lumière des dispositions légales en vigueur depuis cette date.

3. Dans le mémoire qu'elle a déposé en instance d'appel, la Commission AI estime que les appels au TFA devraient être portés directement à la connaissance des commissions AI, pour que celles-ci puissent, même si elles n'en sont pas requises par la caisse de compensation, communiquer leur avis au TFA. Il est constant, toutefois, que selon les dispositions légales en vigueur, les commissions AI n'ont pas le droit d'interjeter appel contre les jugements des juridictions cantonales et n'ont donc pas qualité de parties. Or, on ne peut reconnaître à une autorité ou à une personne qui n'a pas qualité de partie le droit de recevoir communication des mémoires déposés par les parties et de faire connaître son point de vue en instance d'appel. Les relations internes existant entre les commissions AI et les caisses de compensation sont du domaine de l'organisation administrative; c'est l'autorité administrative compétente qui doit résoudre les problèmes d'organisation et, notamment, examiner si et comment les commissions AI doivent présenter leurs commentaires au cours de la procédure d'appel. En aucun cas, le juge ne saurait, en revanche, s'immiscer dans ces questions. Si l'instruction de la cause doit être complétée, et alors seulement, le juge peut demander à la commission AI de lui fournir les renseignements nécessaires.

Allocations familiales

Arrêt du TFA, du 19 septembre 1962, en la cause E. a. S. A.

Entreprise agricole exploitée en la forme d'une société anonyme. Qualité de salariés reconnue, en l'espèce, aux administrateurs de la société qui en sont simultanément les fondateurs et les seuls actionnaires.

Azienda agricola gestita sotto forma di una società anonima. Qualità di salariato riconosciuta, nel caso concreto, agli amministratori della società che sono, in pari tempo, i fondatori e i soli azionisti.

L. O., A. U. et J. G. ont fondé la société anonyme E. a. S. A. Les deux premiers sont propriétaires et le troisième fermier de domaines d'une superficie de 10 à 15 poses chacun; en outre, J. G. est le beau-frère d'A. U. La société a pour but l'exploitation de domaines agricoles et l'exercice de toute activité se rapportant à l'agriculture.

Les actionnaires fondateurs ont fait apport à la société du bétail — au total quelque 50 têtes — et du chédail dont ils étaient propriétaires. Le capital-actions de 50 000 francs, réparti à raison de 17 actions au porteur de 1000 francs chacune à L. O., 17 actions également à A. U. et 16 actions à J. G., a été entièrement libéré par les apports en nature. La société a pris à ferme les domaines de L. O. et d'A. U., le domaine dont J. G. était précédemment fermier, ainsi que d'autres terres; la superficie exploitée par la société comprenait environ 66 poses en 1961. Tous trois administrateurs, les actionnaires travaillent au service de la société, dont ils se considèrent comme des employés; ils touchent chacun un salaire de 400 francs par mois, le bénéfice net éventuel, après versement d'un intérêt du capital de 4 pour cent, devant être réparti en fin d'année à parts égales.

J. G., seul des actionnaires qui soit marié, père de quatre enfants, a requis les allocations familiales pour travailleurs agricoles. La caisse a rejeté sa demande. Cette décision était motivée dans l'essentiel par l'identité économique de la société et des actionnaires.

La commission de recours, saisie d'un recours interjeté par la société E. a. S. A., a considéré que l'administrateur d'une société (anonyme ou autre) exploitant un domaine agricole n'était pas exclu d'emblée du cercle des salariés, au sens donné à ce mot dans le régime des allocations familiales pour travailleurs agricoles, chaque cas devant être examiné pour lui-même; que, contrairement à l'administrateur maître d'une société anonyme dont il serait seul actionnaire, J. G. n'avait pas dans la société recourante une situation prépondérante et ne s'identifiait économiquement pas à la société; que la société n'avait manifestement pas non plus été fondée dans l'intention d'utiliser abusivement une institution juridique pour obtenir par une voie détournée des avantages indus, en l'occurrence le versement d'allocations familiales. Estimant réalisés les critères de la notion de salarié, elle a admis le recours et prononcé que J. G. avait droit aux allocations requises.

L'OFAS a déféré cet arrêt au TFA. Il soutient en substance qu'il y a identité entre la société et les membres qui la composent, ceux-ci formant à la fois l'assemblée générale et le conseil d'administration, pouvant disposer de la société dans leur propre

intérêt et fixant leur rémunération. Le lien de parenté unissant deux des actionnaires assure même à ceux-ci la majorité absolue et donne en quelque sorte à la société le caractère d'une société anonyme familiale. Le lien de subordination quant à l'organisation du travail, l'un des critères de la notion de salarié, fait en outre totalement défaut. Etant donné l'identité économique de la société et des actionnaires-administrateurs, il y a lieu de faire abstraction de l'existence juridique formelle de la société et de considérer que, malgré les contrats par lesquels les intéressés ont loué à la société les domaines dont ils étaient propriétaires ou fermier, ils sont demeurés exploitants. Leur situation économique et sociale est d'ailleurs bien différente de celle des travailleurs agricoles auxquelles sont destinées les allocations.

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

1. L'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, LFA accorde un droit à des allocations familiales pour travailleurs agricoles aux « personnes qui, en qualité de salariés, exécutent contre rémunération, dans une entreprise agricole, des travaux agricoles, forestiers ou ménagers ».

La question litigieuse dans la présente procédure est celle de savoir si les administrateurs de la société, qui en sont simultanément les fondateurs et les seuls actionnaires, ont qualité de salariés au sens de cette disposition, si par conséquent J. G. peut prétendre des allocations familiales pour travailleurs agricoles.

2. L'existence juridique de la société n'est pas contestée, et les administrateurs en sont les employés au regard du droit civil; mais la nature civile des relations liant les intéressés n'est pas nécessairement décisive pour la solution à donner à la question posée. Aux termes de la jurisprudence en matière fiscale ou d'AVS notamment (voir par ex. ATFA 1951, p. 11 ss = RCC 1951, p. 121 ss; 1952, p. 103 ss = RCC 1953, p. 98 ss; 1953, p. 205 ss = RCC 1953, p. 405 ss, et arrêt Th. B. du 12 décembre 1959, RCC 1961, p. 156), l'utilisation licite en soi d'institutions du droit civil ne saurait servir à obtenir par une voie détournée des avantages indus, et la réalité économique doit en outre l'emporter, selon les circonstances, sur une forme juridique qui ne la reflète pas. Ces principes valent également dans le domaine des allocations familiales pour travailleurs agricoles, ainsi que le TFA l'a reconnu déjà en déniait la qualité de salarié au gérant d'une société anonyme propriétaire d'une exploitation agricole, dont l'intéressé était seul actionnaire (arrêt Z. du 14 juillet 1953; RCC 1953, p. 359).

Dans l'espèce, nul ne prétend que la société aurait été créée dans l'intention d'obtenir ou faire obtenir des avantages indus, en particulier pour éluder les règles du régime des allocations familiales aux travailleurs agricoles. Comme la société l'expose dans ses mémoires, qui emportent conviction, les trois agriculteurs en cause ont voulu par cette création aboutir à une exploitation agricole plus rentable que ne l'étaient les petits domaines dont ils étaient propriétaires ou fermier. Le fait que seul l'un des actionnaires était marié lors de la fondation de la société montre d'ailleurs à l'évidence que le but principal de l'opération n'était pas d'obtenir les allocations familiales; pour atteindre ce but de manière beaucoup plus simple et à tous égards licite, il eût suffi que le beau-frère de J. G. reprenne à ferme le domaine exploité par l'intéressé et engage celui-ci comme employé.

Aussi bien l'office appelant fait-il porter le poids de son argumentation sur l'identité de la société et de ses fondateurs et soutient-il que la réalité économique doit l'emporter sur une forme juridique qui ne la reflète pas dans l'espèce. Contrairement à la société anonyme dont l'administrateur est l'unique actionnaire (voir par ex. arrêt Z. déjà cité) ou dans laquelle il dispose d'une majorité telle qu'il en est en fait le maître, la société E. a. S. A. n'est cependant pas dans la main d'un seul homme et ne se confond pas économiquement avec lui. Le lien de parenté unissant deux des actionnaires n'est pas

non plus tel que l'entreprise puisse être assimilée à une société strictement familiale, comme celle que des conjoints pourraient constituer par exemple avec leurs enfants et beaux-fils en vue de leur procurer l'avantage des allocations familiales. Des actionnaires en présence, aucun n'a fonction d'homme de paille; tous trois ont bien plutôt leur existence propre liée à celle de l'entreprise communautaire.

Cette dernière circonstance, il est vrai, suscite précisément le doute quant à la qualité de dépendants des trois actionnaires-administrateurs. Au lieu de fonder une société anonyme, les intéressés auraient pu constituer une société en nom collectif, sans que leur position économique au sein de l'entreprise s'en trouvât essentiellement différente, et auraient alors conservé leur qualité d'indépendants. La forme choisie n'est toutefois pas manifestement inadéquate aux fins d'une exploitation rationnelle; la mise en commun des moyens de production, l'achat par la société de machines agricoles complétant le parc apporté par chaque actionnaire, la répartition interne des tâches et le remplacement possible de l'un des intéressés par un autre peuvent aboutir bien plutôt à des résultats économiquement intéressants. Quelque insolite que soit, de la part d'agriculteurs indépendants, la forme juridique choisie, on ne saurait donc affirmer qu'elle est inconciliable avec la réalité économique.

3. Partant de cette situation de droit, le juge cantonal a admis la qualité de salariés des administrateurs de l'intimée. L'office appelant la leur conteste, en niant que soient réalisés les critères de la notion de travailleur agricole posés par la jurisprudence, à savoir l'existence d'un lien de subordination, notamment quant à l'organisation du travail, le défaut du risque économique propre à l'activité indépendante et la rémunération en tant qu'élément essentiel des avantages découlant de la situation de l'intéressé dans l'exploitation (voir par ex. ATFA 1961, p. 82 ss = RCC 1961, p. 429 ss). Certes, les administrateurs de la société intimée doivent jouir d'une grande liberté dans l'organisation de leur activité, puisqu'ils sont simultanément seuls actionnaires; chacun d'entre eux n'en est pas moins soumis aux décisions sociales. Quant au risque économique, il est limité à la participation de chaque intéressé au capital-actions de l'entreprise. Le salaire enfin peut être considéré comme un avantage essentiel retiré de l'exploitation, de la part d'agriculteurs dont le revenu des modestes domaines précédemment exploités était loin d'être assuré; cet avis est particulièrement soutenable pour ce qui concerne J. G. qui, au contraire des deux autres actionnaires, ne possède aucun domaine en propriété et n'est pas non plus fermier d'un domaine sous-loué à l'entreprise.

Nonobstant les doutes que l'on peut avoir et malgré le caractère limite du cas présent, la Cour de céans estime dès lors ne pas avoir de motifs impérieux de se départir de l'appréciation du juge cantonal, tout au moins dans les circonstances présentes et pour la période en cours.

CHRONIQUE MENSUELLE

L'arrêté fédéral du 4 octobre 1962 concernant le *statut des réfugiés dans l'AVS et l'AI* n'ayant pas été l'objet d'une demande de référendum dans le délai utile, le Conseil fédéral, dans sa séance du 11 janvier, l'a mis en vigueur dès le 1^{er} janvier 1963. Dans un prochain numéro, la RCC donnera à ses lecteurs des informations détaillées sur le nouveau statut des réfugiés dans l'AVS et l'AI.

✱

La *sous-commission des APG* de la Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité a siégé le 15 janvier sous la présidence de M. A. Saxer. Elle a discuté, en vue d'une révision du régime des APG, les propositions faites pour l'adaptation des taux des allocations. La sous-commission tiendra une nouvelle séance au milieu de février pour mettre au point les propositions qu'elle a présentées.

✱

Le 29 janvier, le Conseil fédéral a approuvé le *rapport annuel 1961* de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'AVS, l'AI et le régime des APG.

✱

La *Commission des rentes* a tenu une nouvelle séance les 31 janvier et 1^{er} février sous la présidence de M. Naef, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a discuté la dernière partie du projet des nouvelles directives concernant les rentes. En outre, elle a chargé plus particulièrement une sous-commission ad hoc de revoir diverses questions touchant la liste et la récapitulation des rentes.

✱

La loi fédérale sur la protection civile a amené une *modification de la LAPG*, valable dès le 1^{er} janvier 1963 (cf. l'annonce à la page de couverture 4 du présent numéro). Toutefois, pour des raisons qui dépendent de la législation et de l'organisation dans le domaine de la protection civile, on ne pourra appliquer à celle-ci que plus tard le régime des APG. La RCC en informera ses lecteurs en temps utile.

✱

M. *Aloïs Imbach*, chef de la Centrale de compensation, qui venait d'entrer en fonction, est mort subitement le 15 février 1963. La rédaction prie sa famille de croire à sa profonde sympathie. Dans son prochain numéro, la RCC parlera de la vie et de l'œuvre de M. Imbach.

La nouvelle convention en matière de sécurité sociale entre la Suisse et l'Italie

Ainsi que cela a déjà été brièvement annoncé, une nouvelle convention en matière de sécurité sociale avec l'Italie a été signée à Rome le 14 décembre 1962. Elle est destinée à remplacer, une fois qu'elle aura été ratifiée par les deux parties contractantes, l'accord de 1951 actuellement en vigueur (cf. RCC 1963, p. 1).

Le champ d'application matériel de la nouvelle convention est beaucoup plus vaste que celui de l'accord actuel. Du côté suisse, il s'étend, outre à l'AVS, qui faisait seule jusqu'ici l'objet d'une convention bilatérale avec l'Italie, à l'AI, à l'assurance en cas d'accidents professionnels et non professionnels et de maladies professionnelles, ainsi qu'au régime fédéral d'allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans; du côté italien, la convention s'applique de façon similaire aux assurances-invalidité, vieillesse et survivants, à l'assurance en cas d'accidents professionnels et de maladies professionnelles et à la législation sur les allocations familiales.

La convention introduit en principe l'égalité de traitement des ressortissants des deux pays dans toutes ces branches de la sécurité sociale.

En ce qui concerne l'AVS et l'AI suisses, cela signifie que les sujets italiens auront droit aux rentes ordinaires, tout comme les ressortissants suisses, après une seule année de cotisations déjà, solution qui a été rendue possible par l'introduction, en 1960, du système des rentes *pro rata temporis* dans l'AVS et dans l'AI. Ils auront droit, à la même condition, c'est-à-dire au bout d'une année de cotisations, aux mesures de réadaptation de l'AI en Suisse. En outre, ils auront désormais droit aux rentes extraordinaires desdites assurances fédérales, à condition toutefois qu'ils soient domiciliés en Suisse et qu'ils aient résidé dans notre pays pendant un laps de temps déterminé avant le dépôt de la demande de rente. En revanche, il ne sera plus possible, en principe, de transférer les cotisations AVS à l'assurance italienne ou de les rembourser aux assurés.

La convention prévoit en outre, en principe, le versement sans réduction, dans l'autre Etat contractant, des rentes des assurances en cas d'invalidité, de vieillesse et de décès (à l'exception des rentes extraordinaires suisses), des prestations de l'assurance en cas d'accidents professionnels et de maladies professionnelles (et, du côté suisse, de l'assurance en cas d'accidents non professionnels), ainsi que les allocations pour enfants au bénéfice des enfants demeurés à l'étranger. En cas de séjour dans des Etats tiers, l'octroi de prestations est fondé également sur le

principe de l'égalité de traitement, c'est-à-dire que si des ressortissants italiens reçoivent des prestations d'assurances italiennes dans des pays tiers, ces prestations reviennent également, dans les mêmes conditions, aux ressortissants suisses. Etant donné que des périodes de cotisations de plusieurs années sont nécessaires pour l'acquisition de droits dans l'assurance-invalidité, vieillesse et survivants italienne, l'Italie a accepté d'autre part de prendre en compte les périodes d'assurance correspondantes suisses, chaque fois que ce sera nécessaire pour l'accomplissement des périodes minimums de cotisations en Italie (totalisation des périodes d'assurance).

En ce qui concerne plus particulièrement les allocations familiales, il faut relever que la convention ne touche pas les législations cantonales en la matière. Les cantons ont toutefois, comme on le sait, accepté dans leur grande majorité d'octroyer une égalité de traitement aussi large que possible aux ressortissants étrangers dans ce domaine et d'accorder les allocations aussi pour les enfants domiciliés à l'étranger. De nombreuses législations cantonales ont déjà été modifiées dans ce sens, d'autres sont en cours de revision, de sorte qu'on peut admettre que l'égalité de traitement des ressortissants italiens sera réalisée prochainement, même dans ce secteur de la sécurité sociale qui n'est réglé que pour la plus petite partie par la législation fédérale.

Ne sont pas inclus dans la convention les régimes d'assurance-maladie des deux Etats. En Suisse, une grande partie des travailleurs italiens sont assurés pour les frais médico-pharmaceutiques en vertu d'une obligation cantonale ou communale, en application de conventions collectives de travail, par des caisses d'entreprises ou par contrats collectifs d'assurance. Toutefois, il n'existe pas de garantie que les autres travailleurs italiens fassent usage de la possibilité qu'ils ont d'adhérer à une caisse-maladie. Pour ces cas-là, une disposition a été incluse dans la nouvelle convention, en vertu de laquelle l'employeur suisse doit veiller à ce que son employé italien soit assuré contre la maladie. En revanche, il n'a pas été possible, du côté suisse, de donner suite aux désirs italiens visant à l'introduction d'une assurance-maladie en faveur des membres de la famille demeurés en Italie. Ce problème fera l'objet de nouvelles discussions italo-suisse.

Au moment de la signature de la convention, le vœu a été exprimé, du côté suisse, que l'accord réalisé sur le plan de la sécurité sociale intervienne également à brève échéance dans le domaine de l'immigration, afin que le Conseil fédéral puisse soumettre aussi rapidement que possible aux Chambres fédérales la convention en matière de sécurité sociale et la convention sur l'immigration, en recommandant leur ratification simultanée.

La convention du 17 octobre 1951 demeure applicable en tous points jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle convention ; toutefois, les ressortissants italiens doivent être rendus attentifs aux innovations prochaines, notamment lorsque le transfert des cotisations est demandé (cf. RCC 1961, p. 165). En cas de demandes visant à l'obtention de prestations dont les ressortissants italiens ne pourront bénéficier pour la première fois qu'en vertu de la nouvelle convention, par exemple de rentes extraordinaires, la décision doit être ajournée et le requérant en sera avisé.

Le remboursement des frais des caisses-maladie par l'AI

A l'instar des autres prestations en nature d'ordre individuel, les mesures médicales ne sont en principe payées par l'AI que si elles ont fait préalablement l'objet d'un prononcé de la commission AI compétente, puis d'une décision de la caisse de compensation. Toutefois, les mesures appliquées avant d'avoir été prescrites peuvent, exceptionnellement, être prises en charge après coup si l'intérêt de l'assuré exigeait leur application immédiate.

Le prononcé de la commission AI est notifié, avec la décision de la caisse, à toutes les personnes et institutions (médecin, hôpital, etc.) chargées d'appliquer les mesures prescrites. Cette décision établit donc entre l'AI et ces agents d'exécution une liaison directe, et c'est par cette voie aussi que doit s'opérer le paiement des frais. Cette procédure du paiement direct exclut donc le remboursement des frais à des tiers. La LAI n'a prévu d'exception qu'en faveur de la CNA, à qui l'AI rembourse les frais des mesures médicales jusqu'à concurrence du montant qu'elle aurait dû elle-même déboursier.

En pratique, l'application de la règle développée ci-dessus ne présente pas de difficulté tant que les mesures exécutées sont facturées après que la décision a été rendue. Il n'en va pas de même lorsque ces mesures ont déjà été payées par un tiers avant le prononcé de la commission AI ou avant la notification de la décision par la caisse. Les cas de ce genre furent relativement nombreux à la fin de l'année 1960 et durant la première moitié de l'année 1961 ; les caisses-maladie y étaient mêlées le plus souvent. Pourquoi ? Parce que la plupart des assurés de ces caisses n'avaient pas été suffisamment renseignés sur les possibilités offertes par l'AI et sur la procédure administrative à suivre. Ils faisaient alors appel, comme précédemment, à leur caisse-maladie, qui payait les prestations demandées et constatait après coup seulement qu'elle était en présence d'un cas d'AI. Une demande de prestations AI était ensuite présentée en bonne et due forme, et l'AI acceptait en général la prise en charge subéquente des frais.

En pareille occurrence, et en application des règles générales de la procédure, il aurait fallu que les agents d'exécution (médecin, etc.) dressent une nouvelle facture au tarif AI et remboursent aux caisses-maladie ou aux assurés les montants déjà payés. Ce système, que plusieurs grands hôpitaux ont adopté, n'aurait pas été bien accueilli par la majorité des intéressés. Souvent, en effet, médecins et hôpitaux considèrent les cas comme liquidés pour eux au moment du paiement par le patient ou la caisse-maladie. Dans ces conditions, il semblait indiqué d'éviter, autant que possible, cette seconde facturation. C'est

pourquoi l'OFAS introduisit un système particulier consistant à demander aux secrétariats des commissions AI les dossiers complets de ces cas, et à déterminer lui-même sur la base des prononcés, des factures, des bulletins de maladie et d'autres documents, le montant des prestations pouvant être pris en charge par l'AI.

La première opération consistait à s'assurer que le dossier était complet, c'est-à-dire contenait toutes les factures payées. Tel n'était pas toujours le cas ; il fallait alors réclamer à l'assuré la production des factures qu'il avait lui-même payées. Il fallait ensuite adapter lesdites factures aux tarifs AI. Un contrôle des bulletins de maladie a permis de déduire des factures les frais des médicaments et des spécialités pharmaceutiques sans relation avec les mesures prises en charge par l'AI. Ces travaux achevés, il était enfin possible de déterminer le montant qui devait être remboursé à chacun et d'en ordonner le paiement par l'intermédiaire de la Centrale de compensation. Jusqu'à fin décembre 1962, on a traité 489 dossiers selon cette procédure ; les frais que l'AI prit en charge après coup s'élevèrent à 215 327 francs. Vingt caisses-maladie ont reçu ensemble 95 115 francs, alors que 73 485 francs étaient remboursés aux assurés et 46 727 à diverses institutions.

Depuis le mois de juin 1962, les secrétariats des commissions AI soumettent ces cas à *l'organisme de liaison AI des caisses-maladie* à Soleure, qui, à peu de chose près, se charge du travail exécuté jusqu'ici par l'OFAS. Au même moment, on a également introduit pour les secrétariats AI l'obligation de communiquer à cette institution, sur la base des renseignements donnés dans la formule d'inscription, le nom des personnes qui déposent une demande de prestations aussi auprès de leur caisse-maladie. L'organisme de liaison transmet alors cette communication à la caisse-maladie, en lui recommandant de ne pas payer de frais de mesures médicales de réadaptation qui peuvent, éventuellement, être pris en charge par l'AI, mais de se borner, le cas échéant, à remettre une garantie de paiement pour le séjour de l'assuré à l'hôpital.

Cette collaboration semble avoir porté ses fruits, car les cas de prise en charge subséquente des frais avancés par les caisses-maladie ont diminué considérablement depuis lors. Jusqu'à fin décembre 1962, l'organisme de liaison AI avait reçu encore une centaine de dossiers, dont plusieurs se rapportaient à des mesures médicales remontant aux années 1960 et 1961. On espère que, grâce à une information plus poussée des caisses-maladie et de leurs assurés, ces cas continueront à diminuer ; ceci est d'autant plus souhaitable que les complications qu'ils entraînent sur le plan administratif sont disproportionnées aux résultats obtenus.

Contributions de l'AI en faveur des mineurs inaptes à recevoir une instruction

Dans son message du 24 octobre 1958 à l'Assemblée fédérale, le Conseil fédéral a relevé que la Commission d'experts ne s'était pas prononcée au sujet des enfants inaptes à recevoir une instruction. Etant donné que ces enfants n'auraient pas droit aux prestations de l'AI pour la formation scolaire spéciale, il a été proposé de prévoir d'autres prestations en leur faveur. Les parents de ces enfants souffrent en effet, économiquement et moralement, au moins autant que les parents d'autres enfants infirmes. Le Conseil fédéral a ajouté qu'il faudrait définir d'une manière très large la notion d'enfant apte à recevoir une instruction, si l'on voulait éviter des injustices.

L'incapacité à recevoir une instruction étant en même temps une incapacité de gain, les mesures pour les mineurs en question ne font pas partie des mesures propres à influencer la capacité de gain; elles prennent donc une place spéciale parmi les mesures de réadaptation.

L'article 20 LAI suit le chemin indiqué par le Conseil fédéral. Il prévoit, au premier alinéa, une contribution aux frais de pension en faveur des mineurs inaptes à recevoir une instruction et qui, à cause de leur invalidité, doivent être placés dans un établissement. En général, il doit s'agir de cas où les ayants droit sont placés dans un établissement en Suisse. Cependant, la loi permet de verser aussi la contribution aux frais de pension lorsque l'enfant, au lieu d'être dans un établissement, vit dans une famille apte à s'en occuper.

Le 2^e alinéa de l'article 20 donne au Conseil fédéral la compétence de fixer le montant de la contribution; celle-ci ne doit pas, en principe, être plus élevée que la rente qui sera, selon les cas, allouée ultérieurement (voir message du Conseil fédéral, p. 128).

Pour qu'un mineur ait droit à cette contribution, il doit être invalide au sens de l'article 4 LAI et inapte à recevoir une instruction. La définition de l'incapacité à recevoir une instruction découle de la définition même de l'aptitude à recevoir une instruction, qui permet de distinguer la formation scolaire spéciale et les mesures en faveur des mineurs inaptes à recevoir une instruction. Est en effet apte à recevoir une instruction, au sens de l'article 19 LAI et conformément à la jurisprudence du TFA, non seulement celui auquel il paraît possible d'apprendre les branches scolaires élémentaires (lire, écrire, calculer) et celui dont on peut attendre qu'une formation pratique (travaux manuels) lui permettra tôt ou tard d'exercer une activité lucrative (RCC 1961,

p. 143), mais aussi celui dont il est possible de développer tant soit peu les facultés physiques et intellectuelles, à la condition toutefois qu'il possède une capacité d'assimilation minimum. Dès lors, un assuré ne sera considéré comme inapte à recevoir une instruction que si cette capacité d'assimilation lui manque.

En outre, l'impotence et l'incapacité de travail d'un assuré n'excluent pas l'aptitude à recevoir une instruction et, par là, une formation scolaire (arrêt du TFA du 11 juillet 1962 en la cause J. et A. G., RCC 1963, p. 29).

Vu qu'il est souvent très difficile de déterminer si un assuré est apte ou non à recevoir une instruction, l'AI ordonnera, dans l'instruction de la demande, une période d'essai dans une école spéciale lorsque se présentera un cas-limite (RCC 1961, p. 145; arrêt du TFA, du 7 juin 1962, en la cause U. L., RCC 1963, p. 26).

Selon l'article 13, 1^{er} alinéa, RAI, l'AI alloue donc une contribution de 3 francs par journée de séjour au mineur inapte à recevoir une instruction qui est placé dans un *établissement*. Cette contribution est aussi versée lorsque le mineur se trouve dans un établissement hospitalier ou de cure, pour autant que l'AI n'assume pas déjà les frais de ce séjour pour le traitement d'une infirmité congénitale. Cette contribution revient de droit au mineur, mais elle peut être versée directement à l'établissement dans lequel il a été placé pour recevoir les mesures prévues par l'AI (arrêt du TFA, du 10 janvier 1961, en la cause M. N., RCC 1961, p. 75). En outre, les mineurs qui remplissent les conditions énoncées à l'article 20 LAI, et sont placés pour un temps (un ou plusieurs mois par an) dans un établissement afin de décharger leurs parents, ont aussi droit à une contribution de 3 francs par journée de séjour dans cet établissement.

Le 2^e alinéa de l'article 13 RAI prévoit que l'AI peut allouer une contribution jusqu'à concurrence de 3 francs par jour aux frais de soins spéciaux et de garde d'un mineur inapte à recevoir une instruction, s'il est soigné *à la maison ou dans une famille* de la même manière que dans un établissement. Le TFA a admis en principe la possibilité d'octroyer des prestations AI aux assurés soignés à domicile, mais aux conditions suivantes:

- a. que le mineur assuré ait besoin, en raison de son invalidité, d'être placé dans un établissement;
- b. que les soins et la garde à domicile soient appropriés à son état et correspondent à ceux qui seraient fournis dans un établissement;
- c. que soins et garde entraînent des frais supplémentaires, notamment des frais d'entretien, de lavage et d'usure du linge en raison d'une incontinence d'urine ou de selles, des frais de réparation et remplacement d'habits, de meubles ou d'autres objets endommagés par l'infirme, etc.

Il est à relever que la prestation de l'AI est fixée compte tenu des constatations faites dans le cas donné et que le maximum de 3 francs par jour prévu par la loi devrait n'être alloué qu'exceptionnellement, dans les cas où le mineur impose à ses parents des dépenses particulièrement élevées (arrêts du TFA, du 23 mars 1961, en les causes A. H. et S. Z., RCC 1961, p. 204 et 206; RCC 1961, p. 198). On est, en effet, en droit d'attendre des parents qu'ils assurent à leur

enfant un entretien et des soins normaux sans subsides de l'AI. Le TFA a confirmé sa position encore à plusieurs reprises (arrêts du 4 juin 1962 en la cause A. I., RCC 1962, p. 476 et du 7 juin 1962 en la cause U. L., RCC 1963, p. 26).

D'autres questions ont été soulevées et résolues comme suit par le TFA:

La diminution des possibilités de gain accessoire d'une mère de famille en raison du temps nécessaire aux soins et à la garde d'un enfant inapte à recevoir une instruction ne peut être assimilée à des frais supplémentaires au sens de l'article 20 LAI que dans des cas exceptionnels.

Dans un cas-limite, le TFA a aussi tenu compte, en plus de l'état corporel de l'assuré, de sa situation sociale (sans parents).

La contribution prévue à l'article 13 RAI est destinée à couvrir une partie des frais de pension, d'entretien et de garde des enfants incapables à recevoir une instruction, mais non pas à couvrir les frais médicaux ou pharmaceutiques que nécessite le traitement de l'affection dont ils sont atteints. Même si de tels frais atteignent un montant très élevé, ce fait ne saurait justifier l'octroi d'une contribution et ne saurait non plus être regardé comme un élément déterminant pour fixer le montant de la contribution. De tels frais ne sont pris en charge par l'AI qu'en vertu des articles 12 ou 13 LAI (arrêt du TFA, du 4 juin 1962, en la cause A. I., mentionné ci-dessus).

En ce qui concerne la durée de l'octroi de la contribution prévue à l'article 20 LAI pour les mineurs incapables à recevoir une instruction, rappelons qu'elle sera suspendue au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré a accompli sa 20^e année (RCC 1961, p. 61). A ce moment naît en effet le droit à la rente (art. 29, 2^e al., LAI).

Enfin, la statistique nous apprend qu'on a compté en 1961 plus de 1800 mineurs incapables à recevoir une instruction. Les trois quarts environ de ces mineurs sont placés dans des établissements, les autres sont soignés à la maison ou dans une famille. Sur la base de la jurisprudence du TFA, 442 mineurs ont pu recevoir une contribution aux frais de soins spéciaux et de garde à la maison ou dans une famille; cette contribution avait été allouée à 16 mineurs seulement en 1960.

La subvention fédérale en faveur de l'aide aux infirmes

La subvention fédérale en faveur de l'aide aux infirmes est un crédit budgétaire qui doit, chaque année, faire l'objet d'une nouvelle décision des Chambres fédérales; elle est destinée à soutenir les efforts accomplis dans l'aide aux infirmes et l'éducation des mineurs difficiles. Jusqu'en 1960, le crédit était réparti sur

la base d'un arrêté du Conseil fédéral; depuis 1961, cette tâche incombe au Département fédéral de l'intérieur. La répartition n'a toutefois lieu qu'après consultation de l'Association suisse Pro Infirmis; celle-ci a constitué à cet effet une commission spéciale qui préavise les requêtes, après avoir entendu les associations intéressées, et soumet un plan de répartition à l'office compétent de la Confédération (depuis 1956, l'Office fédéral des assurances sociales).

L'évolution des crédits accordés de 1904 à 1922 aux faibles d'esprit et aux aveugles et celle de la subvention fédérale en faveur de l'aide aux infirmes ont déjà été commentées dans la RCC (1958, p. 420 ss). En 1958 et 1959, la subvention atteignit 1 100 000 francs; en plus des subsides ordinaires (750 000 francs) versés aux établissements d'utilité publique privés pour infirmes et enfants difficiles, à l'Association suisse Pro Infirmis, aux associations spécialisées et aux séminaires de pédagogie curative, des subsides extraordinaires ont été accordés ces deux années pour un montant de 350 000 francs; ils étaient destinés en premier lieu à soutenir la construction et l'agrandissement de homes et la création de nouveaux offices régionaux pour la réadaptation professionnelle des invalides.

A son entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 1960, l'AI institua la base légale offrant à un grand nombre de bénéficiaires de la subvention fédérale la possibilité de prétendre des subsides de l'AI. Selon les articles 73 et 74 LAI, l'assurance alloue principalement des subventions pour les frais d'exploitation et pour la construction d'établissements et d'ateliers publics ou reconnus d'utilité publique qui appliquent des mesures de réadaptation dans une proportion importante, ainsi que des subventions aux associations d'aide aux invalides et aux centres de formation de personnel spécialisé. Toutefois, comme il subsistait un nombre assez important d'institutions qui recevaient depuis longtemps une part de la subvention fédérale en faveur de l'aide aux infirmes, mais ne pouvaient pas prétendre des subsides de l'AI, ladite subvention n'a pas pu être supprimée. Elle continue ainsi à être allouée depuis 1960 à ces institutions, notamment aux établissements pour enfants difficiles et aux homes pour invalides totalement incapables de gagner leur vie. Le crédit inscrit au budget de la Confédération pour cette aide a été fixé à 500 000 francs pour 1960; il est demeuré le même en 1961 et 1962.

Le tableau de la page 56 montre les catégories et le nombre d'établissements et de homes qui ont bénéficié depuis 1958 de la subvention fédérale en faveur de l'aide aux infirmes.

Il ressort de ce tableau que, depuis l'entrée en vigueur de l'AI au 1^{er} janvier 1960, les écoles spéciales pour sourds-muets, aveugles et handicapés physiques, ainsi que les centres de réadaptation et les ateliers d'occupation permanente n'ont plus bénéficié de la subvention fédérale en faveur de l'aide aux infirmes. En outre, le nombre des établissements pour débiles mentaux ayant droit à un subside a fortement diminué depuis 1960, pour tomber à zéro en 1962. Cette dernière année, seuls les établissements et homes qui n'avaient aucune possibilité de prétendre une subvention pour frais d'exploitation de l'AI ont obtenu une part de la subvention fédérale.

Etablissements et homes subventionnés

Genre	Nombre				
	1958	1959	1960	1961	1962
Etablissements pour enfants difficiles	54	54	56	57	55
Centres d'observation	8	8	8	8	8
Asiles et homes pour personnes âgées	12	12	8	9	12
Etablissements pour épileptiques . .	3	3	3	3	3
Etablissements pour débiles mentaux	31	36	7	7	—
Ecoles spéciales pour sourds-muets, aveugles, handicapés physiques, etc.	16	13	—	—	—
Centres de réadaptation appliquant des mesures médicales et professionnelles, ateliers d'occupation perman.	19	18	—	—	—
Total	143	144	82	84	78

L'introduction de l'AI et la diminution du nombre des bénéficiaires de la subvention ont fait adopter un nouveau mode de calcul pour déterminer les subsides. L'échelle des taux utilisée depuis 1945 et divisée en sept groupes de frais d'exploitation a été abandonnée. La nouvelle réglementation octroie à chaque établissement ou home subventionnable un montant fixe de 1000 francs (en 1961, les établissements pour débiles mentaux n'en bénéficièrent pas) et un subside uniforme par journée d'entretien des pensionnaires. En 1960, le taux par journée d'entretien fut de 30 centimes, en 1961 de 31 centimes et en 1962 de 33,66 centimes. Cette réglementation a permis d'accorder une aide un peu plus forte aux établissements et homes subventionnés; en 1958, les taux par journée d'entretien variaient en effet — suivant le groupe de frais d'exploitation — entre 10,92 et 32,75 centimes et en 1959 entre 10,37 et 31,10 centimes, et aucun montant fixe supplémentaire n'était accordé.

La loi du canton de Bâle-Campagne sur les allocations pour enfants aux salariés

1. Genèse de la loi

Donnant suite à une motion Blunschli et à une motion Lejeune adoptées par le Grand Conseil, respectivement le 18 novembre 1940 et le 22 janvier 1953, le

Conseil des Etats soumit au Grand Conseil, le 11 avril 1960, un projet de loi sur les allocations pour enfants (cf. exposé de ce projet dans RCC 1960, p. 351). La commission du Grand Conseil examina le projet du Conseil d'Etat au cours de 17 séances. Elle chargea l'Office cantonal de l'industrie, des arts et métiers et du commerce de procéder à une enquête. Celle-ci révéla, en particulier, qu'en été 1961, sur les 26 463 enfants de salariés considérés, 16 122 bénéficiaient d'allocations en vertu de conventions collectives de travail et 4230 en bénéficiaient d'une autre manière; par conséquent, 20 352 enfants donnaient droit aux allocations, alors que les parents de 6111 enfants n'étaient pas allocataires. Le 27 février 1962, la commission soumit au Grand Conseil son rapport et ses propositions. Celles-ci différaient sensiblement du projet du Conseil d'Etat; ainsi, par exemple, le cercle des allocataires était limité aux salariés non agricoles et le taux de l'allocation était de 25 francs par enfant et par mois au lieu de 15 francs. Après deux lectures, le Grand Conseil adopta la loi à une forte majorité, le 4 juin 1962; lors du vote populaire du 4 novembre 1962, il y eut 10 271 oui contre 1917 non. Le canton de Bâle-Campagne a donc été le vingt-deuxième à légiférer en matière d'allocations pour enfants aux salariés.

2. Champ d'application

Sont assujettis à la loi tous les employeurs qui ont dans le canton le siège de leur entreprise, une succursale ou un établissement, ainsi que tous les salariés qui travaillent pour ces employeurs. Ne sont pas assujettis: les administrations et établissements de la Confédération et des cantons; ceux des communes, si leur personnel est rémunéré d'après des règlements approuvés par le Conseil d'Etat et tenant compte de l'esprit de la loi; les ménages privés pour leur personnel féminin; les journaliers qui changent fréquemment d'emploi; les personnes exerçant une profession ambulante; les succursales et établissements que des employeurs domiciliés dans le canton ont hors de celui-ci; les femmes dont le mari est de condition indépendante et qui travaillent dans son entreprise; les employeurs de l'agriculture au sens de la législation fédérale. Les employeurs qui versent des allocations pour enfants en vertu de conventions collectives de travail sont également assujettis à la loi, mais ils sont considérés comme s'y soumettant du fait de la convention, et sont libérés de l'obligation d'adhérer à une caisse de compensation pour allocations familiales (cf. chiffre 5). Les accords privés allant au-delà des dispositions légales sont admis.

3. Allocataires

Tous les salariés assujettis à la loi sont allocataires. Sont exclues expressément les personnes qui reçoivent des allocations pour enfants en vertu de la législation fédérale. Les salariés qui ne sont pas occupés à plein temps ont droit à une partie de l'allocation proportionnelle à la durée de leur travail, le Conseil d'Etat pouvant prévoir des conditions minimums. Le droit aux allocations dépend des rapports de service en ce sens que, tant que ceux-ci subsistent, les allocations sont versées aux malades, victimes d'accidents et personnes tenues d'accomplir du service militaire ou du service dans la protection civile, quelles

que soient les autres prestations dont ils bénéficient. En cas de congé, le droit aux allocations est maintenu durant les trois mois qui suivent l'expiration des rapports de service, si le salarié habite la Suisse et si le congé n'a pas été donné « pour des motifs importants ».

Les travailleurs étrangers n'ont droit aux allocations que pour leurs enfants vivant en Suisse, car, de manière générale, les allocations ne sont versées que pour des enfants vivant en Suisse. Le Grand Conseil est cependant autorisé, si les circonstances semblent le justifier, « à étendre le champ d'application de la loi, et, en particulier, à édicter des dispositions spéciales quant aux enfants vivant à l'étranger, lorsque les pays étrangers entrant en considération accordent la réciprocité ».

4. Allocations pour enfants

L'allocation pour enfant est de 25 francs par mois et par enfant. Le Grand Conseil est compétent pour modifier le taux des allocations, soit, selon les commentaires du Conseil d'Etat rédigés en vue du vote populaire, pour l'augmenter ou pour le diminuer. Donnent droit aux allocations, s'ils habitent la Suisse, les enfants légitimes ou naturels, les enfants du conjoint et les enfants adoptifs, ainsi que les enfants recueillis à l'entretien et à l'éducation desquels l'allocataire pourvoit de façon durable sans recevoir une rémunération importante. La limite d'âge est fixée à 16 ans; elle est reportée, contrairement à la règle adoptée dans tous les autres cantons, à 22 ans pour les enfants qui sont encore en apprentissage ou font encore des études, pour ceux qui n'ont pas un revenu important, enfin pour ceux qui, en raison d'une maladie ou d'une infirmité, ont une incapacité de travail de 50 pour cent.

Un même enfant ne peut donner droit à deux allocations. Si les deux époux exercent une activité lucrative, c'est le père qui, en règle générale, a droit à l'allocation. Dans le cas des enfants naturels et des enfants de parents divorcés ou séparés, les allocations sont versées à celui des parents qui pourvoit à l'entretien de l'enfant de façon prépondérante. Si l'allocataire n'offre pas toute garantie que les allocations seront employées conformément à leur but, le versement sera fait à la mère, ou à la personne, à l'office ou à l'établissement qui prend soin de l'enfant. Les allocataires qui sont tenus par une décision judiciaire de contribuer à l'entretien d'enfants doivent verser les allocations légales en sus des contributions fixées par le juge, à moins que celui-ci n'ait expressément prévu une exception.

Le rappel d'allocations non perçues est limité aux douze mois précédant la date à laquelle l'allocataire fait valoir ses droits. Quant aux allocations perçues indûment, elles doivent être restituées, les dispositions de la LAVS relatives à la restitution des rentes indûment touchées étant applicables par analogie.

5. Organisation

Le paiement d'allocations pour enfants doit être garanti, soit par une convention collective de travail ou un accord semblable, soit par une caisse de compensation pour allocations familiales.

Le Conseil d'Etat peut, sur demande des parties, reconnaître que les employeurs assujettis à une convention collective de travail ou à un accord analogue en matière d'allocations pour enfants se conforment à la loi, si les allocations pour enfants prévues dans la convention sont au moins de même valeur que les allocations légales, si les parties offrent toute garantie que l'observation des dispositions conventionnelles sera dûment contrôlée, et si les obligations imposées par la convention ne peuvent avoir des répercussions sociales défavorables pour les salariés ayant des enfants. Si la convention collective ne s'étend qu'à une partie du personnel d'une entreprise, le Conseil d'Etat peut étendre la reconnaissance à l'ensemble du personnel. La reconnaissance n'est valable, chaque fois, que pour une durée déterminée. Les dispositions des conventions collectives de travail, objet de la reconnaissance, sont, quant à leurs effets juridiques, assimilées aux dispositions légales, et la commission de recours en matière d'assurances sociales, après avoir entendu les parties, tranche les contestations relatives aux droits fondés sur de telles dispositions, comme elle tranche les recours formés contre une caisse de compensation pour allocations familiales.

Les employeurs qui ne sont pas assujettis à une convention collective de travail reconnue doivent adhérer à une caisse de compensation pour allocations familiales privée et reconnue ou à la caisse cantonale. Ils sont affiliés d'office à cette dernière si, dans les six mois suivant l'entrée en vigueur de la loi ou, ultérieurement, dans les trois mois suivant la naissance de leur obligation d'adhérer à une caisse, ils n'ont pas prouvé leur affiliation à une caisse de compensation pour allocations familiales privée. Le changement de caisse est autorisé; il ne peut, cependant, avoir lieu qu'à la fin d'une année sur avis donné trois mois d'avance. Les caisses de compensation pour allocations familiales sont exemptées de tout impôt cantonal et communal.

Les caisses de compensation pour allocations familiales privées peuvent être reconnues par le Conseil d'Etat, qui approuve leurs statuts, lorsqu'elles groupent au moins 300 salariés, versent au moins les allocations légales ou des allocations de même valeur, et offrent toute garantie d'une bonne gestion. Un nombre minimum d'employeurs affiliés n'est donc pas exigé. Pour pouvoir être reconnues, les caisses de compensation pour allocations familiales intercantonales ou dont le rayon d'activité s'étend à l'ensemble de la Suisse doivent simplement offrir toute garantie qu'elles appliqueront la loi. Les caisses de compensation pour allocations familiales privées reconnues doivent remettre régulièrement au Conseil d'Etat la liste des organes responsables, leur rapport annuel, leurs comptes annuels et le rapport de revision. Lorsqu'une caisse prend la décision de se dissoudre, cette décision doit aussi être soumise à l'approbation du Conseil d'Etat. Les caisses reconnues et leurs fondateurs répondent du dommage survenant par suite d'inobservation des prescriptions, intentionnellement ou par négligence grave, ou du fait d'actes punissables de leurs organes ou de leur personnel.

La caisse cantonale est un organisme de droit public, indépendant. Sa gestion est confiée à la « Caisse de compensation du canton de Bâle-Campagne » et à

ses agences. Il incombe à la caisse cantonale, non seulement de prélever les contributions des employeurs qui lui sont affiliés et de verser les allocations, mais aussi de contrôler que tous les employeurs assujettis à la loi soient affiliés à une caisse de compensation pour allocations familiales ou versent des allocations en raison d'une convention collective de travail. Le montant des contributions d'employeurs à verser à la caisse cantonale est fixé par le Conseil d'Etat. Cette caisse doit remettre chaque année un rapport d'activité, ainsi que ses comptes, au Conseil d'Etat à l'intention du Grand Conseil compétent pour l'approbation. Le canton répond du dommage causé par les organes et le personnel de la caisse cantonale.

La loi règle, en outre, les pouvoirs de contrôle des caisses pour allocations familiales à l'égard des employeurs, l'obligation de fournir des renseignements et de s'annoncer, ainsi que l'obligation de garder le secret.

6. Financement

Les allocations pour enfants sont couvertes exclusivement par les contributions d'employeurs. Dans ses commentaires sur le projet de loi, déjà mentionnés, le Conseil d'Etat explique que, en l'état actuel des choses, environ 2 pour cent des salaires seront vraisemblablement nécessaires, en moyenne, pour financer les allocations. Le canton supporte les frais d'administration qui découlent pour lui de l'application de la loi; il indemnise la caisse cantonale pour les contrôles d'employeurs.

7. Surveillance et contentieux

La « Commission de surveillance de la caisse de compensation du canton de Bâle-Campagne » exerce la surveillance directe sur la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales. C'est elle qui propose au Conseil d'Etat le montant de la contribution d'employeur à prélever par la caisse cantonale.

Une commission centrale de surveillance composée de cinq membres, présidée par un conseiller d'Etat et constituée par des représentants des employeurs et des salariés, doit contrôler et coordonner l'activité de toutes les caisses de compensation pour allocations familiales. Elle tranche en dernière instance les contestations entre les caisses, et donne au Conseil d'Etat des avis quant à l'application de la loi. Elle a, en particulier, les compétences suivantes: Faire des propositions au Conseil d'Etat au sujet de la reconnaissance des caisses de compensation pour allocations familiales privées, ou du retrait de la reconnaissance; exercer la haute surveillance sur l'observation des conventions collectives de travail relatives au paiement d'allocations pour enfants qui ont été reconnues; examiner la gestion des caisses reconnues; exercer la haute surveillance sur la caisse cantonale; faire des propositions au Conseil d'Etat sur d'éventuels accords à passer avec les autorités ou avec des caisses de compensation pour allocations familiales extracantonales. Le canton supporte les frais de la commission et de son secrétariat.

Recours peut être formé, auprès de l'autorité cantonale de recours en matière d'assurances sociales, contre les décisions des caisses prises en vertu de la loi,

et cela dans les trente jours dès leur notification. La commission de recours peut aussi connaître des contestations relatives aux droits fondés sur des conventions collectives de travail reconnues. En revanche, les contestations relatives aux dommages-intérêts dus en vertu de la responsabilité civile des caisses de compensation pour allocations familiales sont du ressort de la cour suprême.

Les infractions à la loi et aux ordonnances ou arrêtés édictés en vertu de celle-ci, qui ont été commises intentionnellement ou par négligence grave, seront punies d'une amende allant jusqu'à 2000 francs ou de l'emprisonnement; les deux peines peuvent être cumulées. La procédure est réglée par la loi de procédure pénale cantonale. Sont réservées les dispositions du Code pénal suisse qui sont plus strictes. En cas d'infraction à des dispositions d'ordre ou de contrôle, malgré sommation, une amende d'ordre allant jusqu'à 50 francs est prévue; elle doit être infligée par les caisses de compensation pour allocations familiales. Recours peut être formé contre les décisions des caisses, dans les trente jours dès la communication, auprès du président de la commission de recours en matière d'assurances sociales; celui-ci tranche en dernière instance.

8. Entrée en vigueur

Conformément à un arrêté du Grand Conseil, la loi est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1963. Les contributions d'employeurs seront prélevées et les allocations pour enfants versées à partir du 1^{er} juillet 1963.

Problèmes d'application de l'AI

De la notion d'impotence

Dans un arrêt du 16 juillet 1962, publié à la page 84 du présent numéro, le TFA a examiné le degré d'impotence dont est affecté un assuré qui a le bras gauche paralysé et qui, selon ses dires, a besoin d'aide pour se vêtir, prendre ses repas et bander ses jambes atteintes de thrombose. A l'encontre de la commission AI, qui avait nié l'existence d'une impotence suffisante pour justifier l'octroi d'une allocation, la commission de recours était parvenue à la conclusion, à la suite d'une visite effectuée par son président au domicile de l'intéressé, que celui-ci présentait une impotence de faible degré. L'assuré avait alors interjeté appel pour obtenir une allocation des deux tiers.

Le TFA a rejeté l'appel, en se référant aux arrêts qu'il avait rendus dans des cas analogues et en constatant que le juge cantonal avait tenu compte équitablement de l'ensemble des circonstances du cas. Il a relevé que l'assuré était impotent tout au plus à un faible degré. On n'attachera dès lors pas trop d'importance au fait que, dans ce cas, l'assuré a obtenu tout de même une allocation d'un tiers, et l'on n'attribuera pas à cet arrêt la valeur d'un précédent.

BIBLIOGRAPHIE

Karl Achermann : **Die Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes und der Kantone im Jahre 1961.** Revue suisse des assurances sociales, 1962, fasc. 4, p. 296-303.

Marianne Gwerder : **Probleme beim Versuch der Eingliederung cerebral Gelähmter in einen Arbeitsprozess.** 55 pages, annexe (polycopié). Travail de diplôme de l'Ecole de travail social, Lucerne, 1961.

Hans Hägi : **Das Taubstummensbildungswesen in der deutschsprachigen Schweiz.** Conférence. « Heilpädagogische Werkblätter » publiés par l'Institut de pédagogie curative de Lucerne, 1961, n° 2, p. 82-87.

W. Hardmeier : **Personalversicherung und Hochkonjunktur.** Conférence. Schweizerische Arbeitgeber-Zeitung, 1962, n° 33/34, p. 633-635, et n° 35, p. 660-663.

M. Hofrichter : **Berufliche Chancen für Behinderte.** Publié par la Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, dans « Die Rehabilitation », Thieme, Stuttgart, 1962, fasc. 1, p. 16-19.

Armand Kayser : **Die Anpassung der Höhe der Altersrenten an Veränderungen wirtschaftlicher Umstände.** Bulletin de l'Association internationale de la sécurité sociale, Genève, 1962, n° 1/2, p. 23-95.

Maria Koller : **Lebensbedingungen bedürftiger Witwenfamilien.** Eine Untersuchung über die Lebensbedingungen 20 bedürftiger Witwenfamilien. 66 pages (polycopié). Travail de diplôme de l'Ecole de travail social, Lucerne, 1961.

K. Lindemann et E. Marquardt : **Mitteilung über Standardprothesenversorgung bei armlosen Kindern.** ill. « Die Rehabilitation », Thieme, Stuttgart, 1962, fasc. 1, p. 33-36.

Répertoire des bourses suisses. Liste des institutions versant des subsides pour la formation et le perfectionnement professionnels. Publié par l'Association suisse pour l'orientation professionnelle et la protection des apprentis. 355 pages. Zurich 1961.

Richtlinien für die Organisation von Erziehungsheimen für Kinder und Jugendliche. Publié par la Conférence nationale suisse pour le travail social. Tirage à part de la Revue suisse d'utilité publique, 1959, fasc. 12, p. 268-276.

E. M. Rudel : Die Aufgabe der Beschäftigungstherapie bei der Wiedereingliederung körperbehinderter Hausfrauen. « Die Rehabilitation », Thieme, Stuttgart, 1962, fasc. 1, p. 36-42.

Hedwig Wagner : Gehörlose in der Berufslehre. Möglichkeiten und Probleme gehörloser Lehrlinge und Lehtöchter. 53 pages, annexe (polycopié).

Travail de diplôme de l'Ecole de travail social, Lucerne, 1961.

Erwin Wenk : Die schweizerische Sozialversicherung in Zahlen. Revue suisse des assurances sociales, 1962, fasc. 4, p. 280-283.

PETITES INFORMATIONS

Nouvelles interventions parlementaires

Postulat Klingler,
du 10 décembre 1962

M. Klingler, conseiller national, a présenté le postulat suivant:
« La loi fédérale sur l'AI, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1960, constitue indubitablement un grand progrès dans le domaine des assurances sociales suisses. Mais on a constaté que les prestations sont insuffisantes dans de très nombreux cas et ne répondent que trop faiblement aux besoins des invalides.

L'aide fédérale aux vieillards et aux survivants devant être à nouveau réglée au plus tard au moment où les ressources mises à disposition seront épuisées, il importe de se demander si une aide aux invalides devrait également être créée en liaison avec la nouvelle réglementation.

Le Conseil fédéral est invité à examiner et à soumettre aux conseils législatifs, conjointement avec le nouveau financement de l'aide supplémentaire aux vieillards et survivants, un projet concernant l'introduction d'une aide aux invalides. »

Postulat Raissig,
du 18 décembre 1962

M. Raissig, conseiller national, a présenté le postulat suivant:
« Les indemnités pour perte de gain versées, selon la réglementation en vigueur, aux étudiants qui accomplissent du ser-

vice militaire ne répondent plus en aucune façon à la situation actuelle de ces étudiants. L'indemnité devrait être déterminée sur la base d'une perte de gain calculée sur le revenu moyen d'une personne sortant d'un gymnase. Les taux actuels ne peuvent en outre suffire dans tous les cas où le militaire a pour seule ressource les prestations de la caisse de compensation. Enfin, les dispositions concernant les indemnités maximums devraient être adaptées au renchérissement qui s'est produit depuis 1959.

Le Conseil fédéral est par conséquent invité à soumettre le plus tôt possible aux conseils législatifs un projet qui assure aux étudiants accomplissant du service militaire le même traitement qu'aux autres militaires et prévoit, d'une façon générale, un relèvement équitable des taux et limites.

Le Conseil fédéral est en outre invité à examiner si, déjà avant l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation, la discrimination des étudiants ne pourrait pas être du moins partiellement éliminée par une révision de l'ordonnance d'exécution. Il s'agirait principalement de traiter les études comme le chômage et la maladie au sens de l'article 2, 1^{er} alinéa, de l'ordonnance d'exécution et de faciliter la preuve qu'aucune activité lucrative n'a pu être exercée pour cause de service militaire. »

Postulat Allemann,
du 19 décembre 1962

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

« Selon l'article 73, 1^{er} alinéa, de la loi sur l'AI, des subventions sont allouées pour la construction, l'agrandissement et la rénovation d'établissements et d'ateliers publics, ou reconnus d'utilité publique, qui appliquent des mesures de réadaptation dans une proportion importante.

L'article 99, 3^e alinéa, du règlement d'exécution dispose que les subventions ne dépasseront pas le tiers des frais considérés.

En pratique, cela s'est révélé insuffisant, et cette disposition paraît peu généreuse. C'est pourquoi le Conseil fédéral est invité à examiner si la première phrase de ce 3^e alinéa ne pourrait pas être rédigée comme il suit: « Les subventions s'élèvent à 40 pour cent des frais considérés. »

Postulat Malzacher,
du 19 décembre 1962

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

« La discussion concernant la révision de l'AVS donne l'occasion de relever que les rentes cantonales complémentaires pour les vieillards, survivants et invalides dans le besoin varient considérablement entre les cantons financièrement forts et ceux qui le sont moins. Le Conseil fédéral est chargé d'examiner s'il n'y a pas lieu de soumettre aux conseils législatifs un projet de révision de l'arrêté fédéral concernant l'aide complémentaire aux vieillards et survivants. Il s'agirait de mettre à la disposition des cantons à faibles ressources financières des fonds de la Confédération qui leur permettraient, à condition d'y contribuer eux-mêmes, de fournir le complément nécessaire de l'AVS et de l'AI. »

**Allocations
familiales
dans le canton
de Fribourg**

Allocation de formation professionnelle

Aux termes d'une loi du 22 novembre 1962, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1963, l'allocation familiale mensuelle a été majorée de 15 francs pour les enfants âgés de seize à vingt ans qui poursuivent leurs études ou sont en apprentissage. Lesdits enfants donnent ainsi droit à une allocation globale de 40 francs par mois, une loi du 21 novembre 1961 ayant fixé à 25 francs le taux de l'allocation due pour *chaque* enfant dès le 1^{er} janvier 1963.

**Allocations
familiales
aux agriculteurs
dans le canton
de Neuchâtel**

Le 11 décembre 1962, le Grand Conseil a adopté une loi instituant des allocations familiales en faveur des agriculteurs et viticulteurs indépendants, qui remplace les lois des 17 novembre 1959 et 27 février 1961 sur le même objet. Aux termes des dispositions nouvelles, qui sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 1963, les petits paysans de la plaine, bénéficiaires de l'allocation fédérale pour enfant de 15 francs par mois, reçoivent un supplément cantonal de 5 francs, si bien qu'ils touchent une allocation globale de 20 francs par mois comme les petits paysans de la montagne. D'autre part, une allocation cantonale pour enfant de 20 francs par mois et par enfant est instituée pour les agriculteurs et viticulteurs dont le revenu est supérieur à la limite fixée par la LFA (5500 fr. + 700 fr. par enfant), mais n'atteint pas le montant de 7000 francs auquel s'ajoute un supplément de 700 francs par enfant. Par conséquent, tous les agriculteurs dont le revenu n'excède pas cette dernière limite bénéficient uniformément d'une allocation pour enfant de 20 francs. Les allocations cantonales sont couvertes de la même manière que jusqu'ici, à savoir par une contribution des agriculteurs et viticulteurs indépendants, égale à 15 pour cent de la cotisation AVS/AI/APG, par un versement annuel de 24 000 francs de la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales, ainsi que par une contribution du canton sous forme d'annuité budgétaire.

**Allocations familiales
dans le canton
d'Unterwald-le-Bas**

Le 22 décembre 1962, le Grand Conseil a adopté le règlement d'exécution de la loi sur les allocations familiales révisée totalement le 29 avril 1962. Ce règlement remplace les « dispositions transitoires » que le Conseil d'Etat avait édictées le 14 mai 1962, ainsi que le règlement d'exécution du 26 novembre 1955, dans la mesure où les prescriptions de ce règlement n'avaient pas déjà été abrogées par les dispositions transitoires précitées.

Le nouveau règlement fixe le montant minimum de l'allocation pour enfant, que toutes les caisses sont tenues de verser, à 15 francs par mois; ce taux n'était prescrit jusqu'ici que pour la caisse cantonale. D'autre part, chaque enfant d'une famille de deux enfants ou plus donnera dorénavant droit à l'allocation, alors qu'actuellement l'allocation n'est versée qu'à partir du deuxième enfant. Les salariés étrangers dont les enfants résident hors de la Suisse ont droit aux allocations pour leurs

enfants légitimes et adoptifs de moins de 16 ans révolus, aux mêmes conditions que les autres allocataires. Toutefois, leur droit aux allocations s'éteint en même temps que la prétention au salaire, aussi en cas de maladie ou d'accident. Lorsque l'un des parents est occupé en Suisse, tandis que l'autre travaille à l'étranger, c'est la législation du lieu de travail du père qui est déterminante pour le droit à l'allocation. Tant qu'il séjourne en Suisse, le salarié étranger dont les enfants vivent à l'étranger est tenu de remettre à son employeur ou à la caisse, outre le questionnaire, les pièces justificatives officielles exigées dans son pays d'origine et établies par l'autorité compétente. Les allocations ne sont pas payées à l'étranger après le départ du salarié. Le taux de la contribution due par les employeurs à la caisse cantonale demeure fixé à 1 pour cent des salaires.

Les nouvelles dispositions d'exécution seront applicables dès le 1^{er} avril 1963, à l'exception de la prescription concernant l'octroi des allocations pour les enfants à l'étranger, dont l'entrée en vigueur a été fixée, par arrêté du Conseil d'Etat du 21 janvier 1963, au 1^{er} juillet 1963.

Ouverture de l'office régional AI d'Aarau

Comme déjà annoncé dans la RCC 1962, p. 433, le Département fédéral de l'intérieur a autorisé le canton d'Argovie à créer son propre office régional. Celui-ci a commencé son activité le 1^{er} février 1963 sous la direction de M. H. Brüngger, ancien fonctionnaire de l'office régional de Bâle.

Le nouvel office, dont la circonscription coïncide avec le territoire du canton d'Argovie, reprend tous les cas en suspens qui proviennent de ce canton et relevaient jusqu'à présent de l'office de Bâle. Il reçoit, en outre, les dossiers des cas liquidés. Tous les nouveaux cas seront confiés directement à l'office d'Aarau à partir du 1^{er} février 1963.

Répertoire d'adresses AVS/AI/APG

Ce répertoire doit être complété comme suit à la page 25:
Office régional AI d'Aarau:
Aarau, Küttigerstrasse 26, téléphone (064) 4 24 34
Pour le canton d'Argovie

A la page 32, Valais, Administration cantonale de l'impôt pour la défense nationale, nouveau n° de téléphone : (027) 2 91 11.

Nouvelles personnelles

M. Bruno Martignoni, adjoint II de la subdivision AVS/AI/APG de l'OFAS, a été nommé, pour le 1^{er} janvier 1963, chef de section II (section des affaires administratives générales).

Errata RCC

A la page 430, RCC 1962, « Mesures permettant la fréquentation de l'école publique », au 2^e alinéa, 3^e ligne, lire : *aux mineurs infirmes moteurs qui, sans avoir...*

Au sommaire du numéro de janvier 1963, l'article sur les cotisations des filles d'agriculteur est à la page 11.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 4 juillet 1962, en la cause K. S.

Articles 84 et 97, 1^{er} alinéa, LAVS. Le recours dirigé contre une décision fixant uniquement l'augmentation de la rente au 1^{er} juillet 1961 ne confère pas le droit au juge de vérifier l'exactitude de la décision, passée en force, par laquelle la rente avait été fixée à l'origine.

Articoli 84 e 97, capoverso 1, LAVS. Il ricorso, inoltrato contro una decisione che stabilisce unicamente l'aumento della rendita al 1° luglio 1961, non conferisce al giudice il diritto di verificare l'esattezza della decisione passata in giudicato con cui la rendita era stata precedentemente determinata.

Avec effet au 1^{er} janvier 1960, la rente de vieillesse simple du mari de l'intéressée, fixée selon l'échelle de rentes 14 A, avait été remplacée par une rente de vieillesse pour couple calculée selon la même échelle, compte tenu d'une cotisation annuelle moyenne de 150 francs. Après le décès du mari, survenu le 2 février 1961, la caisse de compensation, par décision du 11 mars 1961, mit la veuve, âgée de 61 ans, et son enfant au bénéfice de rentes de veuve et d'orphelin calculées selon la même échelle et la même cotisation annuelle moyenne. La caisse estimait qu'il s'agissait en l'espèce d'un simple changement du genre de la rente selon le chiffre III, 2^e alinéa, de la loi du 19 juin 1959. Cette décision de rente passa en force.

Par suite de la 5^e révision de la LAVS, les deux rentes furent augmentées par décision du 5 juillet 1961, les éléments de calcul de la décision du 11 mars 1961 passée en force étant repris (échelle de rentes 14 A; cotisation annuelle moyenne, majorée de 15 francs, arrondie à 170 francs). La veuve recourut contre cette décision d'augmentation. L'autorité de première instance admit le recours et mit la recourante et son enfant au bénéfice de rentes de survivants calculées selon l'échelle de rentes 20 à partir du 1^{er} juillet 1961. Elle estimait que, puisque le droit aux rentes de survivants avait pris naissance après le 1^{er} janvier 1960, il y avait lieu d'appliquer la nouvelle réglementation valable dès cette date, selon laquelle la veuve et son enfant peuvent prétendre des rentes complètes d'après l'échelle 20. Comme il n'est toutefois

pas possible de modifier la décision de rentes du 11 mars 1961 en la présente procédure, elle conseilla à l'intéressée de demander à la caisse de compensation le versement de la différence entre les rentes partielles et les rentes complètes pour la période du 1^{er} mars au 30 juin 1961.

L'appel interjeté par l'OFAS contre cette décision a été admis par le TFA pour les motifs suivants:

1. ...
2. ...

Dans son appel, l'OFAS estime que le recours dirigé contre la décision de rentes du 5 juillet 1961 ne conférait pas à l'autorité de première instance le droit de vérifier les éléments de calcul ayant servi de base à la décision de rentes antérieure, passée en force. Le problème de la force de chose jugée d'une décision de caisse de compensation par rapport au système contentieux s'est déjà posé de façon analogue au TFA, lorsqu'une autorité de recours a estimé qu'une demande de remboursement de cotisations, soit-disant payées en trop, lui donnait le droit de vérifier la légalité d'une décision de cotisations depuis longtemps passée en force (ATFA 1952, p. 64 = RCC 1952, p. 132). A cette occasion, le TFA avait précisé ce qui suit: « Si l'on voulait, à l'instar de l'autorité de première instance, imposer aux organes juridictionnels de l'AVS l'obligation de contrôler à nouveau la légalité d'une créance ancienne non contestée à l'époque par l'assuré et faisant l'objet d'une demande de remboursement, on rendrait illusoire le système contentieux actuellement en vigueur. Cette solution serait incompatible avec la lettre et l'esprit des articles 84 et 97 LAVS ; elle ferait, somme toute, violence à des principes juridiques, généralement reconnus, régissant la notification des actes administratifs et le droit de les attaquer en justice. »

Cette opinion est encore valable et applicable au présent litige (au lieu de parler « d'obligation », on aurait certes mieux fait de parler de « droit » des organes juridictionnels, ce qui toutefois est en soi sans importance). On ne voit pas, en effet, en vertu de quel droit le juge AVS, appelé à se prononcer sur un recours qui a été interjeté, certes, dans les délais contre une décision d'une caisse de compensation, mais se fonde sur une décision antérieure passée en force, pourrait vérifier la légitimité de cette dernière (à moins que le recourant ne fasse valoir contre cette décision des motifs de revision que l'administration a qualifiés à tort d'insignifiants, ce qui n'est nullement le cas en l'espèce). La décision du 5 juillet 1961 avait pour seul objet l'augmentation des rentes intervenue avec effet au 1^{er} juillet 1961 et prévue par la loi du 23 mars 1961. En revanche, la décision du 11 mars 1961, restée inattaquée, avait fixé les rentes de veuve et d'orphelin sur la base de la législation en vigueur à cette époque, soit notamment en application du chiffre III, 2^e alinéa, de la loi fédérale du 19 juin 1959 (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1960). Le juge n'a pas la compétence de modifier cette fixation de rentes.

Dans son mémoire adressé au TFA, l'autorité de première instance objecte que cette solution permet, certes, de rectifier une rente, éventuellement calculée de façon erronée, pour la période allant du 1^{er} mars au 30 juin 1961, mais non pas pour la période postérieure au 30 juin 1961, parce que la caisse de compensation ne saurait modifier un jugement de l'autorité de recours ou même du TFA. Il n'en est pas ainsi. Le juge AVS ne se prononce en l'espèce que sur la mesure dans laquelle la loi du 23 mars 1961 entraîne une augmentation des rentes de veuve et d'orphelin fixées, en ce qui concerne les éléments de calcul et les montants, par la décision du 11 mars 1961 passée en force. De ce fait, rien n'est changé au droit de la caisse de compensation de revenir sur sa décision du 11 mars 1961, même lorsque la présente procédure

aura pris fin, c'est-à-dire que la présente procédure n'exerce aucun effet sur la décision du 11 mars 1961. L'administration peut, de son propre chef ou sur une demande en revision, revenir sur cette décision, pour autant que les conditions nécessaires soient réalisées, après quoi — malgré le présent arrêt — la décision du 5 juillet 1961 devrait aussi être adaptée de façon correspondante.

3. L'augmentation des rentes de veuve et d'orphelin, avec effet au 1^{er} juillet 1961, est intervenue selon les dispositions de la loi du 23 mars 1961, raison pour laquelle la décision de la caisse de compensation du 5 juillet 1961 doit être rétablie. Conformément au chiffre II, lettre a, de la loi du 23 mars 1961, la caisse de compensation a majoré la cotisation annuelle moyenne, déterminante jusqu'ici, de 15 francs, c'est-à-dire de 20 francs, compte tenu de la règle énoncée à l'article 51, 1^{er} alinéa, RAVS, de sorte que cette cotisation atteint maintenant 170 francs. Se fondant sur cette cotisation annuelle moyenne, la caisse a ensuite calculé les rentes d'après l'échelle de rentes 14 des nouvelles tables obligatoires (échelle 14 A), qui tiennent compte de l'augmentation des rentes prévue sous chiffre II, lettre a, de la loi précitée. Il en est résulté une rente de veuve mensuelle de 89 francs et une rente d'orphelin mensuelle de 45 francs, fixées par décision du 5 juillet 1961.

4. Ainsi que cela a déjà été relevé plus haut, la caisse de compensation peut, d'office ou sur une demande en revision, revenir sur sa décision du 11 mars 1961, pour autant que les conditions nécessaires soient réalisées. A ce sujet, il y a lieu de mentionner simplement que dans l'arrêt rendu le 16 mai 1961 en la cause S. W.-B. (ATFA 1961, p. 138 = RCC 1961, p. 329), le TFA a renoncé à déterminer s'il s'agit d'un simple changement du genre de rente, au sens du chiffre II, 2^e alinéa, de la loi du 19 juin 1959, lorsqu'une rente de vieillesse pour couple, octroyée antérieurement au 1^{er} janvier 1960, est remplacée par une rente de veuve revenant à la veuve qui n'a pas encore accompli sa 63^e année. En l'espèce, la rente de vieillesse pour couple, qui a été remplacée par les rentes de veuve et d'orphelin, n'avait pris naissance que le 1^{er} janvier 1960.

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 27 août 1962, en la cause L. W.

Article 12 LAI. Si l'enseignement d'orthophonie donné à un adulte se révèle être une mesure nécessaire et de nature à préserver de façon durable la capacité de gain d'une diminution notable, ce traitement constitue une mesure de réadaptation au sens de l'article 12 LAI.

Articolo 12 LAI. Se l'insegnamento di ortofonia impartito ad un adulto appare necessario e atto a evitare in modo duraturo e sostanziale una diminuzione della capacità al guadagno, esso costituisce un provvedimento d'integrazione a sensi dell'articolo 12 LAI.

L'assuré, né en 1923, magasinier de chantier, fut atteint en février 1961, probablement à la suite d'une thrombose, d'une hémiparésie du côté droit avec aphasie sen-

sorielle (perte de la voix). Au début de mars 1961, il a été hospitalisé à la clinique neuro-chirurgicale de l'hôpital cantonal. Le médecin se chargea de la suite du traitement médical, tandis que l'enseignement d'orthophonie était confié aux soins d'une logopédiste qui s'occupe spécialement des cas d'aphasie. Selon le certificat de cette dernière, l'expression verbale de l'assuré était rétablie dans une large mesure le 26 octobre 1961, bien que le traitement de logopédie, commencé le 16 mars 1961, ne fût pas encore terminé. En mars 1961, l'assuré présenta une demande de prestations à l'AI. La commission AI refusa d'assumer les frais des mesures médicales et de l'enseignement d'orthophonie et de verser une rente. La commission de recours rejeta le recours formé par l'assuré, étant d'avis que les mesures médicales et l'enseignement d'orthophonie appartenaient au traitement de l'affection comme telle, lequel n'est pas à la charge de l'AI. Dans ces conditions, l'assuré n'avait pas droit non plus au remboursement des frais de voyage et à une indemnité journalière.

Le TFA a admis l'appel de l'assuré et renvoyé la cause à la commission AI pour les motifs suivants:

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.

Les mesures médicales appliquées par la clinique neuro-chirurgicale de l'hôpital cantonal et par le médecin appartiennent manifestement au traitement de l'affection comme telle et ne sont dès lors pas à la charge de l'AI. Aussi l'assuré ne fait-il plus valoir ses droits à ce sujet dans son appel. En revanche, est litigieuse la question de savoir si l'enseignement d'orthophonie est ou n'est pas une mesure de réadaptation au sens de l'article 12 LAI.

2. Ainsi que le déclare pertinemment l'OFAS, l'affection qui est à la base des troubles fonctionnels n'est pas influencée en l'espèce par les mesures servant à supprimer ou à atténuer la logopathie (trouble de la parole), de telle sorte qu'on ne saurait parler d'un traitement de l'affection comme telle. Il reste à examiner si l'enseignement d'orthophonie est directement nécessaire à la réadaptation professionnelle. Dans un arrêt précédent (non publié), le TFA a déclaré que, pour de très nombreuses professions (en particulier les métiers non qualifiés), les troubles de la parole n'ont pas d'influence sur la capacité de gain et que, dans ces cas, les mesures visant à supprimer de tels troubles ne pouvaient pas être comptées comme mesures de réadaptation. Le TFA a fait observer aussi que dans ce cas l'assuré, bien que souffrant de bégaiement, était assez intelligent pour faire des études universitaires; il serait cependant très gêné par cette infirmité dans l'exercice d'une activité requérant une formation universitaire. Le traitement prévu avait pour premier but de supprimer cet handicap professionnel, c'est-à-dire d'améliorer de façon durable et importante la capacité de gain de l'assuré; dans ces conditions particulières, la mesure présentait en premier lieu les caractéristiques de la réadaptation. Il ne faut pas déduire de cet arrêt que seules les personnes exerçant des professions « supérieures » (en particulier les personnes ayant une formation universitaire) peuvent demander des prestations à l'AI afin de supprimer leur logopathie; la question décisive est de savoir si l'activité d'un assuré, quel que soit son genre, réclame ou non une expression verbale normale.

Dans son appel, l'assuré allègue que, en qualité de magasinier, il doit s'entretenir fréquemment de vive voix avec toutes les personnes prenant part à la construction; de plus, il doit assumer en permanence le service du téléphone du chantier pendant

les heures de travail et acheter les denrées alimentaires pour tous les ouvriers. Il serait dès lors considérablement gêné dans l'exercice de ses fonctions s'il ne pouvait pas s'exprimer d'une façon suffisante. En cet état de choses, le traitement d'orthophonie, qui a déjà permis d'obtenir de bons résultats, constitue une mesure nécessaire et de nature à préserver de façon durable la capacité de gain de l'assuré d'une diminution notable. Dès lors, l'AI doit prendre en charge la mesure au sens de l'article 12 LAI.

L'administration décidera quels frais doivent être assumés par l'AI. Elle examinera aussi si une indemnité journalière peut être versée à l'assuré pendant la réadaptation. La caisse de compensation, se fondant sur le nouveau prononcé de la commission AI, à laquelle la cause est renvoyée, rendra une décision sujette à recours et portant sur l'étendue des prestations.

Arrêt du TFA, du 5 septembre 1962, en la cause E. J.

Articles 12, 13, 21 et 85, 2^e alinéa, LAI. Un appareil flash, destiné à supprimer ou atténuer le nystagmus (tremblement du globe oculaire) du seul œil fonctionnant encore faiblement d'un assuré âgé de 39 ans, est utilisé en premier lieu à des fins thérapeutiques et pour le traitement permanent d'un état pathologique en évolution. Il n'est pas réputé moyen auxiliaire nécessaire à la réadaptation professionnelle et son emploi ne constitue pas une mesure médicale de réadaptation au sens de la LAI.

Articoli 12, 13, 21 e 85, capoverso 2, LAI. Un lampeggiatore (flash), destinato ad eliminare o lenire il nistagmo (tremore del globo oculare) del solo occhio con debole capacità visiva di un assicurato 39enne, è usato in primo luogo a scopo terapeutico e per la cura continua di uno stato patologico labile. Detto apparecchio non è considerato mezzo ausiliario necessario alla riforma professionale e l'uso dello stesso non costituisce un provvedimento sanitario d'integrazione ai sensi della LAI.

L'assuré avait été opéré en 1923, à l'âge de 4 ans, d'une cataracte grise congénitale. En 1960, il eut une iritis, qui nécessita l'ablation de l'œil droit et attaqua aussi l'œil gauche, si bien que son acuité visuelle tomba à 0,15. L'assuré travaillait auparavant comme comptable dans un commerce de quincaillerie et allait passer un examen pour l'obtention du diplôme fédéral de comptable. Devenu presque aveugle, il obtint de l'AI un reclassement comme spécialiste en cartes perforées. Lorsque son œil gauche commença à souffrir de nystagmus (tremblement du globe oculaire), l'assuré demanda à l'AI de prendre en charge les frais d'acquisition d'un appareil flash destiné à atténuer les effets très pénibles de cette nouvelle affection. La commission AI décida de ne pas donner suite à la demande, cet appareil servant uniquement au traitement de l'affection comme telle et non à la réadaptation.

L'autorité cantonale de recours admit le recours de l'assuré; voici l'essentiel de ses arguments:

Selon l'article 14, 1^{er} alinéa, LAI, les mesures médicales auxquelles a droit l'assuré en vertu de l'article 12 de la même loi comprennent les médicaments ordonnés par le médecin et le traitement entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical. Comme

l'appareil flash est utilisé par le recourant lui-même et ne peut, évidemment, être considéré comme un médicament, le recourant ne saurait demander à l'AI la prise en charge des frais d'acquisition en se fondant sur ces dispositions, qui concernent l'octroi de mesures médicales. En revanche, l'appareil flash représente un moyen auxiliaire pour les organes sensoriels au sens de l'article 21 LAI; l'assuré y a certainement droit, puisqu'il lui donne la seule possibilité d'améliorer un peu la vue de son œil gauche et de maintenir ainsi sa capacité de gain.

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

La question à trancher est de savoir si l'appareil flash, dont l'assuré voudrait mettre les frais à la charge de l'AI, sert au traitement de l'affection comme telle ou à la réadaptation de l'assuré. L'autorité de première instance estime que cet appareil est un moyen auxiliaire nécessaire à la réadaptation à la vie professionnelle, selon l'article 21 LAI, et que par conséquent les frais d'acquisition devraient être pris en charge par l'AI. L'OFAS, lui, est d'avis au contraire que le nystagmus de l'œil gauche ne représente pas un trouble fonctionnel, auquel on pourrait remédier par un moyen auxiliaire, mais une affection qui évolue. Dans ce cas-là, un appareil flash n'est pas un moyen auxiliaire, mais un appareil médical visant le traitement de l'affection comme telle, ses éclairs étant destinés à atténuer ou à supprimer le nystagmus du seul œil fonctionnant encore faiblement.

C'est incontestablement à l'OFAS qu'il faut donner raison. Cette conclusion s'impose déjà à la lecture du bref rapport que la clinique ophtalmologique de l'Université a établi le 12 mai 1961 à l'intention de l'office régional AI, et qui dit notamment:

« ... Depuis lors, l'assuré a eu l'occasion, grâce à la prise en charge des frais de location par l'AI, de faire chaque jour des exercices avec un appareil flash pour traiter son nystagmus. Ce traitement a eu de bons résultats; la vue de l'œil gauche s'est améliorée et l'assuré a pu lire plus facilement. Cependant, quelques jours après l'interruption de ces exercices, l'état de l'œil empira de nouveau. Nous sommes d'avis, par conséquent, qu'il faudrait continuer à faire des exercices quotidiens... En l'état actuel de la science, ce traitement au moyen de l'appareil flash (selon le professeur Cüppers) représente l'unique possibilité d'améliorer quelque peu la fonction de l'œil gauche... »

Ce rapport montre clairement que l'appareil est utilisé en premier lieu à des fins thérapeutiques, et que le but visé, s'il peut être atteint, ne le sera d'une façon durable que si le traitement décrit est appliqué quotidiennement. Or, si l'appareil est affecté principalement au traitement permanent d'un état pathologique en évolution, il ne peut être considéré comme un moyen auxiliaire au sens de l'article 21 LAI. On ne peut donc partager l'avis du tribunal de première instance, selon lequel l'AI doit prendre en charge les frais d'acquisition en vertu de cette disposition. Cette situation, considérée à la lumière des dispositions de la LAI sur la réadaptation, est toute différente de celle d'un assuré dur d'oreille, par exemple, auquel l'AI accorde un appareil acoustique électrique pour renforcer sa sensibilité auditive réduite, lorsque celle-ci ne peut guère être influencée thérapeutiquement.

Puisqu'il s'agit donc en l'espèce du traitement de l'affection comme telle, l'assuré n'a pas droit non plus à la prise en charge des frais d'acquisition de l'appareil à titre de mesure médicale selon l'article 12 LAI. Quant à savoir si l'utilisation de l'appareil par l'assuré lui-même, sans l'intervention d'un médecin ou d'un personnel paramé-

dical, pourrait suffire à motiver le refus de la prise en charge des mesures médicales, c'est là une question qu'il est superflu d'aborder.

Le juge cantonal s'est demandé (cf. chiffre 4 de ses considérants) « si l'on ne pourrait appliquer l'article 13 LAI, qui donne droit, en cas d'infirmité congénitale, à toutes les mesures médicales nécessaires, puisque l'affection est due, en l'espèce, à une infirmité congénitale qui figure dans la liste de l'OIC (n° * 149) ». La réponse est donnée par l'article 85, 2^e alinéa, LAI; cette disposition exclut l'octroi, à l'assuré qui est né en 1919, d'un moyen servant à un traitement quotidien pendant une durée indéterminée.

Arrêt du TFA, du 17 septembre 1962, en la cause H. F.¹

Article 12 LAI. L'opération de la cataracte n'appartient pas au traitement proprement dit de l'affection. Toutefois, dans le cas d'une ménagère âgée de 55 ans, qui n'a pas d'enfants à soigner et peut encore effectuer de nombreux travaux de ménage, cette opération n'a pas pour objet principal l'amélioration de la capacité de l'assurée à effectuer ces travaux, mais vise surtout à restituer son bien-être général; elle n'est dès lors pas à la charge de l'AI.

Articolo 12 LAI. L'operazione della cataratta non è considerata, in effetto, cura vera e propria del male. Tuttavia, nel caso di una casalinga 55enne che non ha bambini da curare e può ancora eseguire numerosi lavori domestici, questa operazione non ha come scopo principale quello di migliorare la capacità dell'assicurata ad eseguire questi lavori, ma di ripristinare anzitutto il suo benessere generale e l'AI non può pertanto assumerne le spese.

L'assurée, née en 1904, dont la vue avait commencé à baisser à partir de 1956, fut opérée de la cataracte en 1958 à l'œil droit et en 1959 à l'œil gauche. Ces opérations, ainsi que le port de verres correcteurs, lui ont permis de recouvrer une bonne acuité visuelle. En 1961, l'assurée demanda à l'AI la remise d'une paire de lunettes à titre de moyen auxiliaire. La commission de l'AI, estimant que la paire de lunettes demandée ne représentait pas un complément important de mesures de réadaptation au sens de l'article 14, 2^e alinéa, RAI, refusa de donner suite à cette demande. L'assurée ayant recouru, le juge cantonal annula la décision de la caisse et reconnut à l'assurée le droit à une paire de lunettes aux frais de l'AI.

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

1. Conformément à l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, et 14, 2^e alinéa, RAI, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires qui sont nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle. Il est précisé toutefois que les frais de lunettes, de prothèses dentaires et de supports plantaires ne sont pris en charge par l'AI « que si ces moyens auxiliaires sont le complément important de mesures médicales de réadaptation ». Il n'est pas contesté, certes, qu'en l'espèce, les lunettes demandées sont le complément indispensable de l'opération de la cataracte. Reste à savoir si l'opération de la cataracte représente une mesure médicale de réadaptation.

2. La LAI reconnaît aux assurés présentant une invalidité au sens de l'article 4 ou menacés d'une invalidité imminente le droit de bénéficier des mesures de réadaptation

¹ Un commentaire à ce sujet paraîtra dans un prochain numéro.

qui sont nécessaires et de nature à améliorer leur capacité de gain, à la rétablir, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (art. 9, 1^{er} al., LAI). Au nombre des prestations de l'AI accordées aux assurés en vue de leur réadaptation à la vie professionnelle figurent les mesures médicales. L'article 12, 1^{er} alinéa, LAI précise les conditions auxquelles est subordonné — sauf dans les cas d'infirmité congénitale — le droit aux mesures médicales : il accorde à l'assuré celles « 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 ».

La loi ne précise pas davantage ce qu'il faut entendre par « traitement de l'affection comme telle ». Suivant la jurisprudence, cette notion englobe, en règle générale, les actes médicaux ayant pour but principal de soigner un état pathologique en évolution.

Si les mesures médicales requises ne ressortissent pas au traitement de l'affection comme telle, il faut alors rechercher, en se fondant sur les circonstances de chaque cas particulier, si elles sont nécessaires et principalement destinées à la réadaptation professionnelle de l'assuré, ainsi que de nature à la réaliser conformément aux exigences de l'article 12 LAI.

3. Pour l'OFAS, la question posée par le présent litige — celle de savoir si l'opération de la cataracte constitue ou non une mesure médicale de réadaptation au sens de l'article 12 LAI — ne semble pas soulever de difficultés particulières. Il est évident, à son avis (voir RCC 1962, p. 114), que l'opération de la cataracte rentre dans les actes médicaux faisant partie du traitement de l'affection. A ses dires, cette opération est « comparable en tout point aux interventions chirurgicales pratiquées dans les cas de maladies infectieuses ou de blessures des membres ». La perte de la vue entraîne d'ailleurs des inconvénients si grands que les personnes atteintes de cataracte — qu'il s'agisse de personne ayant exercé auparavant une activité lucrative ou de personne sans activité lucrative — préfèrent le plus souvent se soumettre au seul traitement adéquat et efficace : l'extraction du cristallin et, ultérieurement, le port de verres correcteurs. Il faut donc admettre, écrit l'OFAS, que « la restitution de la faculté visuelle contribue avant tout au bien-être général de l'individu et tend, indirectement seulement, à préserver sa capacité de gain d'une diminution notable ». Et l'OFAS de conclure que, mis à part les cas de troubles congénitaux du cristallin (chiffre 149 de la liste de l'OIC), l'AI n'a pas à prendre à sa charge les frais de l'opération de la cataracte.

La Cour de céans ne peut d'abord se rallier à l'argument, avancé par l'OFAS, selon lequel l'opération de la cataracte est comparable aux interventions chirurgicales pratiquées dans les cas de maladies infectieuses ou de blessures des membres et, comme telle, représente indiscutablement un traitement de l'affection. Dans ces cas-là, on se trouve en effet en présence de maladies ou de lésions qui sont en pleine évolution. Pour enrayer cette évolution, voire pour sauver la vie du patient, il faudra souvent avoir recours aux traitements médicamenteux et à des actes chirurgicaux afin d'éliminer un foyer infectieux, de rétablir les fonctions lésées ou même d'atténuer les douleurs. Nul doute qu'en pareil cas, l'intervention chirurgicale fait partie du traitement de l'affection comme telle, même si elle a également pour effet d'améliorer par la suite la capacité de gain du patient.

La situation n'est pas la même dans les cas d'opération de la cataracte. Cette affection évolue progressivement, d'une manière plus ou moins rapide, jusqu'à son ultime phase, celle où sera intervenue l'opacité du cristallin. Arrivé à cette dernière phase, le patient aura totalement ou presque totalement perdu la vue. Aucun traite-

ment médicamenteux ne pourra lui redonner partiellement la vue ou le guérir. La seule mesure médicale entrant en ligne de compte consiste à extraire le cristallin devenu opaque. Grâce à cette opération et au port de verres correcteurs — moyens complémentaires indispensables — le patient pourra obtenir une acuité visuelle suffisante, ce qui lui permettra non seulement d'effectuer les actes ordinaires de la vie, sans être obligé d'avoir recours à l'aide de tiers, mais également d'exercer une activité professionnelle.

Il suit de là que l'opération de la cataracte peut représenter une mesure destinée à la réadaptation professionnelle de l'assuré. Toutefois, pour en justifier l'exécution aux frais de l'AI, il faut, comme relevé ci-dessus, qu'elle ait principalement pour objet de réadapter l'assuré à la vie professionnelle, de rétablir de façon importante et durable sa capacité de gain.

C'est en tenant compte de la situation matérielle de l'assuré, soit de tous les facteurs d'ordre économique et relatifs à son activité et à sa capacité de gagner, que l'on devra trancher cette question, mais non pas en tenant compte des autres circonstances personnelles et familiales, qui ne sont pas en rapport avec l'exercice de l'activité professionnelle de l'assuré ou avec sa capacité de gagner. L'âge du patient atteint de cataracte jouera également un rôle décisif. On ne saurait en effet mettre sur le même pied, d'une part, l'assuré qui, s'il ne se fait pas opérer, se verra contraint de renoncer à la profession à laquelle il se destinait ou celui qui ne peut continuer à exercer sa profession — alors qu'il se trouve à un âge où un homme est en mesure d'avoir le plus grand rendement et qu'il pourra vraisemblablement continuer à travailler pendant de très nombreuses années encore — et, d'autre part, l'assuré déjà âgé dont la capacité de gain ne serait améliorée par l'opération que pour une période relativement courte. Dans ce dernier cas, en effet, il serait contraire à l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI — qui subordonne le droit de l'assuré aux mesures médicales à la condition qu'elles soient de nature à améliorer « de façon durable et importante » sa capacité de gain — d'envisager des mesures médicales dont les frais devraient être pris en charge par l'AI lorsque celles-ci ne pourront vraisemblablement influencer que faiblement et pendant peu de temps seulement sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA 1962, p. 40 ; RCC 1962, p. 439 ; Message du Conseil fédéral, du 24 octobre 1958, p. 41).

4. Dans le cas particulier, l'opération de la cataracte ne représentait pas un acte exclusivement thérapeutique, mais elle était également de nature à favoriser la réadaptation au travail de la patiente. On ne saurait néanmoins attribuer à cette opération le caractère principal de mesure de réadaptation.

Lorsque fut pratiquée la seconde opération (la première ayant eu lieu en octobre 1958 et la seconde en septembre 1959), l'assurée avait 55 ans. Or, à cet âge, la durée prévisible probable d'activité est déjà sensiblement réduite. D'autre part, étant donné sa profession de ménagère et le fait qu'elle n'a pas d'enfants en bas âge, l'assurée aurait encore été capable, au cas où elle aurait renoncé à subir l'opération de la cataracte, de vaquer à de nombreux travaux de ménage. Dans ces conditions, on peut donc admettre, ainsi que le relève l'OFAS, que dans ce cas-là, la restitution de la faculté visuelle a contribué avant tout au bien-être général de l'intéressée. L'opération de la cataracte à laquelle elle s'est soumise ne peut dès lors être rangée dans la catégorie des mesures de réadaptation professionnelle prévues par l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, et par conséquent l'octroi d'une paire de lunettes à titre de moyen auxiliaire au sens de l'article 21, 1^{er} alinéa, 2^e phrase, LAI doit être refusé.

Article 13 LAI. Les frais de traitement d'une pneumonie de déglutition (conséquence d'une coordination défectueuse de la musculature de la déglutition) sont à la charge de l'AI si l'affection est une séquelle directe d'une grave infirmité congénitale (microcéphalie, idiotie éréthique, diplégie atonique et épilepsie congénitale).

Articolo 13 LAI. Le spese per la cura di una polmonite ab ingestis (quale conseguenza di una insufficiente coordinazione della muscolatura della deglutizione) sono assunte dall'AI, se l'affezione costituisce la sequela diretta di una grave infermità congenita (microcefalia, idiozia eccitabile, paraplegia atonica e epilessia congenita).

L'assuré, né en 1957 et mort depuis lors, souffrait de microcéphalie, d'idiotie éréthique, de diplégie atonique et d'épilepsie congénitale. Il était dans un home d'enfants. La coordination défectueuse de sa musculature de déglutition provoqua une pneumonie de déglutition, qui nécessita son hospitalisation dans une clinique d'avril à juin 1961. L'AI accorda à l'assuré une contribution aux frais de soins et prit en charge le traitement dans le home d'enfants, mais refusa des prestations pour les soins en clinique, la pneumonie étant une maladie et non une infirmité congénitale. Un recours du père de l'assuré fut rejeté par la commission cantonale de recours, qui estima, comme l'avait fait la commission AI, que la pneumonie de déglutition était une maladie acquise, dont le traitement médical n'était pas à la charge de l'AI.

Le TFA admit, pour les motifs suivants, l'appel interjeté au nom de l'assuré :

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. En l'espèce, il est établi que l'assuré souffrait d'infirmités congénitales; c'est pourquoi l'AI, en vertu dudit article 13, a accordé des prestations. La seule question litigieuse est de savoir si le traitement clinique nécessité par la pneumonie de déglutition doit également être pris en charge par l'AI.

Les rapports médicaux attestent que l'assuré ne pouvait tenir sa tête droite et prendre sa nourriture lui-même. Il était éréthique, sujet à des spasmes fréquents, pratiquement incapable de quoi que ce soit, partiellement inconscient et, en outre, gêné parfois par des troubles de coordination dans sa musculature de déglutition. Les médecins ajoutent que ces troubles de coordination provoquèrent des pneumonies de déglutition. Les diverses affections diagnostiquées (microcéphalie, idiotie éréthique, diplégie et épilepsie) sont dues à une lésion congénitale du cerveau; les troubles de la déglutition, qui ont entraîné lesdites pneumonies, sont, tout comme les autres paralysies et parésies, des symptômes de cette lésion du cerveau.

Dans ces conditions, il est possible d'admettre que cette pneumonie se rattache, comme une conséquence immédiate, au complexe morbide congénital, dont le traitement doit être incontestablement pris en charge par l'AI.

Dans tous les cas, il existe ici entre les infirmités congénitales et la pneumonie de déglutition un rapport si étroit que les frais de traitement de la pneumonie doivent être supportés par l'AI, même si ce rapport n'est pas immédiat. La pneumonie est née d'un risque lié à l'infirmité congénitale, puisque même la surveillance constante

¹ Un commentaire à ce sujet sera publié dans un prochain numéro.

de l'assuré dans un home n'a pu empêcher ce phénomène redouté. Il faut donc répondre affirmativement à la question, qui n'a pas été tranchée dans l'arrêt du 30 mars 1962 en la cause D. H. (RCC 1962, p. 343), de savoir si certaines suites médiate d'une infirmité congénitale peuvent bénéficier du traitement qui, selon l'article 13 LAI, doit viser l'affection principale. Toutefois, vu les circonstances spéciales du cas, il n'est pas nécessaire de se demander quel degré de concordance est nécessaire, dans le champ d'application dudit article 13, pour qu'un rapport de causalité médiate puisse juridiquement être pris en considération.

Arrêt du TFA, du 30 août 1962, en la cause W. T.

Articles 69 LAI et 85, 2^e alinéa, lettres c et d, LAVS. L'administration ne peut plus rendre de décision sur l'objet du litige dès l'instant que celui-ci est pendant devant le juge cantonal. (Considérant 2.)

Article 12 LAI. Les actes médicaux concernant l'asthme constituent manifestement un traitement de l'affection comme telle ; l'AI n'a donc pas l'obligation de verser des prestations dans ce cas. (Considérant 3.)

Articles 19 LAI et 10 RAI. Un assuré qui séjourne dans un établissement hospitalier ou de cure pour un traitement médical et y reçoit en même temps une formation scolaire spéciale a droit, pour cet enseignement, uniquement à la contribution aux frais d'école. (Considérant 4.)

Articoli 69 LAI e 85, capoverso 2, lettere c e d, LAVS. L'amministrazione non è più in grado di pronunciare una decisione sull'oggetto litigioso, dal momento in cui esso è pendente davanti al giudice cantonale. (Considerando 2.)

Articolo 12 LAI. Le cure mediche nei casi di asma costituiscono inequivocabilmente una cura vera e propria del male; l'AI non è pertanto tenuta a pagare le spese per tali prestazioni. (Considerando 3.)

Articoli 19 LAI e 10 OAI. Un assicurato che si trova in uno stabilimento ospedaliero o di cura per sottoporsi ad un trattamento medico, ricevendo ivi contemporaneamente un'istruzione scolastica speciale, ha diritto, per questo insegnamento, unicamente al sussidio per le spese scolastiche. (Considerando 4.)

L'assuré, né en 1951, souffre d'asthme bronchial. Sur le conseil du médecin, ses parents le mirent dans un home pour enfants asthmatiques, à la montagne, où il séjourna de mai 1960 à mai 1961. Le médecin déclara que la santé de l'assuré n'était pas bonne depuis son retour en plaine et qu'il devrait probablement refaire une cure en montagne.

Se fondant sur un prononcé de la commission AI, la caisse de compensation a rendu la décision suivante:

« Les frais de mesures médicales et de formation scolaire spéciale ne peuvent être pris en charge, car il s'agit en l'occurrence du traitement de l'affection comme telle et il n'y a pas d'infirmité congénitale. »

Le père de l'assuré recourut contre cette décision et demanda une contribution de 5 francs par jour aux frais d'école ou une contribution aux frais de pension de 3 francs. La commission AI modifia son prononcé et accorda une contribution aux frais d'école de 2 francs et une contribution aux frais de pension de 3 francs par

jour, ceci pour une durée d'une année dès le début d'un nouveau séjour dans un établissement scolaire spécial en montagne.

Par décision du 6 janvier 1962, le président de la commission de recours AVS raya l'affaire du rôle, estimant que le second prononcé de la Commission AI satisfaisait la demande de l'assuré et que le recours, par conséquent, était sans objet.

Le TFA a admis l'appel interjeté au nom de l'assuré contre cette décision de radiation. Voici ses considérants:

1. L'admissibilité de l'appel contre les ordonnances de classement a été reconnue par la jurisprudence (arrêts du TFA en les causes R., ATFA 1951, p. 9; L. E., ATFA 1955, p. 282 = RCC 1956, p. 196; M. P., RCC 1962, p. 448).

2. Le président de la commission de recours motive son ordonnance de classement en rappelant que la Commission AI, sur recours de l'assuré, a soumis son cas à un nouvel examen et a donné suite à sa demande par son prononcé du 8/15 juin 1961. C'est pourquoi le recours lui semble être devenu sans objet. Toutefois, cette façon de procéder est en contradiction avec la jurisprudence du TFA, qui a décidé à plusieurs reprises que l'administration ne peut plus rendre de décision sur l'objet du litige lorsque celui-ci est pendant devant le juge cantonal (arrêts en les causes M., ATFA 1958, p. 45 = RCC 1958, p. 139; Ch., ATFA 1960, p. 89, cons. 4; M. P., RCC 1962, p. 448).

...

En l'espèce, l'autorité de première instance a omis d'examiner l'objet du litige. Elle ne pouvait, en se fondant seulement sur le nouveau prononcé de la Commission AI, qui n'était qu'une proposition d'une des parties, rayer l'affaire du rôle comme étant sans objet; c'était enfreindre les prescriptions du droit fédéral. L'ordonnance de classement rendue par l'autorité de première instance doit donc être annulée. On peut renoncer toutefois, par économie de procédure, à renvoyer l'affaire à ce tribunal pour la juger quant au fond, car la situation juridique est claire.

3. L'assuré a prétendu d'abord l'octroi de mesures médicales au sens de l'article 12 LAI. Selon la jurisprudence du TFA, il y a donc lieu d'examiner d'abord si ces mesures font partie du traitement de l'affection comme telle, qui n'est pas à la charge de l'AI. L'assuré est asthmatique depuis des années; les mesures médicales appliquées étant manifestement un traitement de l'affection comme telle, la demande de prise en charge par l'AI doit être rejetée.

4. 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 (ibid., 2^e al.).

Il n'est plus contesté que l'assuré a droit à une contribution aux frais d'école de 2 francs par jour (art. 10 RAI). Une demande de prestations AI ayant été déposée à temps, en 1960 déjà (art. 78, 2^e al., RAI), cette contribution doit être prise en charge par l'AI dès le début du séjour en montagne (16 mai 1960). Cette demande de l'assuré doit donc être admise.

Selon l'article 10, 1^{er} alinéa, lettre b, RAI, le mineur a droit à une contribution aux frais de pension s'il doit, pour sa formation scolaire spéciale, être nourri et logé hors de sa famille. C'est à cette condition seulement que l'AI peut lui accorder une telle contribution, s'élevant à 3 francs par jour. En revanche, un assuré qui séjourne dans un établissement hospitalier ou de cure pour un traitement médical et y reçoit

en même temps une formation scolaire spéciale n'a droit qu'à la contribution aux frais d'école, de 2 francs par jour; en effet, les repas et le logement hors de la famille sont nécessités par l'application de mesures médicales et non par la formation scolaire spéciale. En l'espèce, l'assuré a séjourné dans un home pour asthmatiques et a subi une rechute depuis son retour en plaine; il faut donc en conclure que les mesures médicales sont ici au premier plan. Les conditions de l'octroi d'une contribution aux frais de pension ne sont donc pas remplies, et cette demande-ci doit être rejetée.

Arrêt du TFA, du 10 juillet 1962, en la cause D. Ch.¹

Articles 21 LAI et 16, 2^e alinéa, RAI. Les soins nécessités par l'usage normal d'une prothèse appliquée à un moignon sain sont considérés comme mesure d'adaptation d'un moyen auxiliaire et pris en charge par l'AI.

Articoli 21 LAI e 16, capoverso 2, OAI. Le cure normalmente necessarie per l'uso di una protesi applicata ad un moncone sono considerate come adeguamento di un mezzo ausiliare le cui spese sono assunte dall'AI.

L'assuré a été amputé de la jambe gauche 18 centimètres au-dessous du genou, en 1951, à la suite d'une embolie artérielle. Il porte depuis lors une prothèse. Maçon de son état, il travaille actuellement à l'année comme concierge de deux immeubles, s'occupe en outre, durant l'hiver, du chauffage de quelque quinze immeubles et exerce durant la belle saison l'activité de maçon. Le 9 novembre 1960, l'intéressé a requis des prestations de l'AI, notamment la réparation de sa prothèse et, le cas échéant, une aide en capital afin d'entreprendre une activité indépendante. La Commission cantonale AI a reconnu au requérant le droit à la réparation de sa prothèse actuelle et à la confection d'une nouvelle prothèse, toute autre prestation étant exclue. L'assuré a recouru, demandant que l'AI lui verse une indemnité mensuelle de 20 à 25 francs pour frais de pharmacie. Il faisait valoir que le moignon présentait toujours une ou plusieurs blessures, en raison du travail pénible effectué, et qu'il en résultait des frais de désinfectants, pansements et bas de prothèse. Le Tribunal cantonal des assurances a considéré que les mesures dont le recourant demandait le paiement avaient pour but le traitement de l'affection comme telle et ne pouvaient donc être prises en charge par l'AI selon l'article 12 LAI, que ces mesures n'étaient pas uniques ou répétées dans une période limitée au sens de l'article 2 RAI, et que le recourant avait enfin un gain lui permettant de faire face à ces dépenses.

Le TFA a admis pour les motifs ci-après l'appel formé contre ce jugement par l'assuré:

1. La prothèse portée par l'appelant et l'intense activité professionnelle exercée provoquent des excoriations du moignon dues au frottement. Ces excoriations nécessitent des soins d'hygiène et exigent ainsi des désinfectants, des pansements et le remplacement du bas de prothèse.

Le litige porte uniquement sur la prise en charge de ces soins du moignon. Tandis que l'appelant requiert à ce titre une indemnité mensuelle de 20 à 25 francs, les organes de l'AI et le juge cantonal estiment que de tels frais ne peuvent être assumés par l'AI sur la base de la législation en vigueur.

¹ Un commentaire à ce sujet sera publié dans un prochain numéro.

2. Le refus opposé au requérant par les organes de l'assurance et le premier juge se fonde sur l'article 12 LAI. Cette disposition prévoit l'octroi de mesures médicales qui sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle, « mais n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle ». Une mesure faisant partie du traitement proprement dit ne peut donc être prise en charge par l'AI, si ce n'est — aux termes de la jurisprudence (voir p. ex. ATFA 1961, p. 240 ss, 243 ss et 308 ss) — lorsqu'elle est en étroite connexité avec des mesures de réadaptation professionnelle, ne peut être séparée d'un ensemble de telles mesures sans en compromettre les chances de succès et n'a pas une ampleur reléguant ces mesures à l'arrière-plan. Cette dernière situation pourrait se présenter pour certains soins, dans les cas notamment où l'amputation ou des opérations ultérieures — parmi lesquelles l'expert mis en œuvre par le tribunal cite diverses résections et ténotomies — constitueraient des mesures médicales de réadaptation professionnelle assumées par l'AI.

Il n'est pas nécessaire de vérifier en l'espèce, à propos de l'article 12 LAI, si, comme l'ont admis les organes administratifs et le juge cantonal, les soins du moignon ont effectivement pour objet le traitement de l'affection comme telle, ni s'ils sont dénués du caractère accessoire à des mesures de réadaptation au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus, ni enfin si la limitation de durée prévue par l'article 2 RAI (reconnu conforme à l'art. 12 LAI par le TFA; voir par exemple ATFA 1961, p. 318) en interdirait alors de toute façon la prise en charge. Il n'est pas davantage besoin de décider si, comme le déclare l'OFAS dans son préavis, le remboursement de frais de guérison selon l'article 11 LAI est limité aux seuls cas où les plaies seraient provoquées par un défaut de fabrication ou d'adaptation de la prothèse. La Cour de céans, en effet, arrive à la conclusion que les frais de soins du moignon peuvent être assumés par l'AI en vertu d'autres dispositions, dont ni les organes administratifs, ni le juge cantonal n'ont examiné les possibilités d'application dans le présent cas, soit des articles 21 LAI et 16 RAI.

3. Aux termes de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, « l'assuré a droit aux moyens auxiliaires qui sont nécessaires à sa réadaptation professionnelle et qui figurent dans une liste que dressera le Conseil fédéral ». La liste ainsi dressée à l'article 14 RAI mentionne « les membres artificiels tels que pieds, jambes, mains et bras, y compris leurs accessoires » (1^{er} al., lettre a). L'assurance ne se borne pas à remettre le moyen auxiliaire. L'article 16 RAI dispose qu'elle assume en outre les frais causés à l'invalidé par l'entraînement à l'usage de ce moyen (1^{er} al.), ainsi que les « frais de réparations, d'adaptation ou de remplacement partiel découlant de l'usage normal » du moyen fourni, à l'exception toutefois des « menus frais » laissés à la charge de l'assuré (2^e al.); ce n'est qu'exceptionnellement, en revanche, que l'assurance contribue aux frais d'entretien de moyens auxiliaires tels que véhicules à moteur, appareils acoustiques et autres, ou encore chiens d'aveugles (3^e al.; voir p. ex. ATFA 1961, p. 251 ss).

Il ne fait aucun doute que ces dispositions d'exécution sont conformes à la loi, en particulier que l'octroi d'un moyen auxiliaire selon l'article 21 LAI doit englober en principe non seulement la remise du moyen auxiliaire, mais aussi la réparation, l'adaptation et le remplacement nécessités par l'usage normal de ce moyen. Or, s'agissant d'une prothèse — comme le TFA l'a déjà laissé entendre, sans toutefois devoir alors trancher la question — l'adaptation nécessitée par l'usage normal au sens de l'article 16, 2^e alinéa, RAI ne peut être restreinte au moyen lui-même, mais doit s'étendre à la partie du corps supportant la prothèse. Si donc, compte tenu de l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de l'assuré, l'usage normal de la prothèse provoque nécessairement des excoriations ou autres atteintes exigeant des soins destinés précisément à

permettre l'emploi de la prothèse et l'exercice de l'activité, et qu'il ne s'agit ainsi pas du traitement d'une affection sans relation directe et inéluctable avec l'usage normal de la prothèse, ces soins doivent être considérés comme mesure d'adaptation que l'AI prend en charge, autant que les soins n'entraînent pas seulement de menus frais.

4. Dans l'espèce, les excoriations du moignon proviennent de l'usage normal de la prothèse, compte tenu de l'activité professionnelle exercée par l'assuré. Elles ne sont aucunement le fait d'un moignon trop sensible ou mal cicatrisé, contrairement à ce que l'OFAS paraît admettre dans son préavis. Le rapport d'expertise requis par le tribunal établit bien plutôt que le moignon est en parfait état, qu'il n'est atteint d'aucune affection ou malformation. Les soins en sont destinés ainsi uniquement à permettre l'emploi de la prothèse et l'exercice de l'activité. Il incombe dès lors à l'AI de prendre ces soins à sa charge, autant qu'ils entraînent des dépenses débordant le cadre de menus frais. Cette dernière condition doit, elle aussi, être tenue pour remplie, nonobstant le plein revenu du travail obtenu par l'appelant, et même si les frais objectivement nécessaires devaient ne pas atteindre le montant indiqué par l'assuré; seules, en effet, peuvent être considérées en règle générale comme menus frais des dépenses ne dépassant pas quelques francs par mois.

L'appelant indique que les frais de pharmacie et de remplacement du bas de prothèse — celui-ci fait partie intégrante de l'appareil de prothèse — s'élèvent à 20 ou 25 francs par mois. Les pièces figurant au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de vérifier le bien-fondé de cette assertion, et l'expert mis en œuvre propose de suivre médicalement l'assuré pendant un certain temps, pour pouvoir établir sur la base des prescriptions médicales le montant des frais objectivement nécessaires. La cause doit par conséquent être renvoyée à la Commission cantonale AI, qui prononcera — à l'intention de la caisse de compensation chargée de rendre sur ce point une décision susceptible de recours — sur le montant et le mode de prise en charge des frais de soins objectivement nécessaires.

RENTES ET ALLOCATIONS POUR IMPOTENTS

Arrêt du TFA, du 7 mai 1962, en la cause F. S.

Articles 28, 2^e et 3^e alinéas, LAI et 25, 2^e alinéa, RAI. L'agriculteur de 40 ans qui, à la tête d'une entreprise familiale de moyenne importance, peut, malgré une affection de la jambe, traire son bétail et conduire un tracteur est invalide pour moins de 50 pour cent et n'a donc pas droit à une rente.

Articoli 28, capoversi 2 e 3, LAI e 25, capoverso 2, OAI. Un agricoltore 40enne esercitante un'attività lucrativa indipendente in una azienda familiare di media importanza che è in grado, nonostante la sua affezione alla gamba, di mungere il suo bestiame e guidare una trattoria, è considerato invalido per un grado inferiore al 50 per cento e non ha quindi diritto ad una rendita.

L'assuré, né en 1920, est marié et père d'un enfant de 10 ans. Il exploite, avec l'aide de ses proches (sa mère, un oncle célibataire et un frère), un domaine agricole de moyenne importance, comprenant une surface de terrain de 11 ha. et un cheptel

moyen de vingt vaches et trois bœufs. Il est assujéti à l'AVS en tant que personne indépendante. Il présenta en mars 1960 une demande de prestations de l'AI en alléguant qu'à la suite d'un accident survenu en 1935, il ne pouvait se déplacer qu'à l'aide d'une canne. Interrogé, il précisa en outre qu'il effectuait seulement des travaux légers, tels que traire le bétail et conduire un tracteur. Son salaire annuel, tant en nature qu'en espèces, s'élevait à 6700 francs (y compris le traitement lui revenant en tant qu'inspecteur cantonal du bétail). Il ressort d'un certificat médical que l'assuré souffre des séquelles d'une fracture du fémur, mal guérie, qui a été soignée pour la dernière fois en 1949 et qui est devenue plus douloureuse depuis 1959.

Se fondant sur un prononcé de la commission AI, la caisse de compensation refusa de lui octroyer une rente, son invalidité étant inférieure à 40 pour cent. Sur recours de l'intéressé, la décision litigieuse (du 19 janvier 1961) fut confirmée par le juge cantonal. L'assuré interjeta appel auprès du TFA en produisant notamment un certificat d'un spécialiste en chirurgie.

Le TFA a nié le droit de l'assuré à une rente jusqu'à la notification de la décision attaquée et 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 octroyé pour la moitié au moins. Lorsqu'il est invalide pour moins des deux tiers, le montant de la rente est réduit de moitié. Dans les cas pénibles, cette demi-rente peut être allouée lorsque l'assuré est invalide pour les deux cinquièmes au moins.

L'invalidité, au sens de la LAI, 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. 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 devenu invalide « pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail » et le revenu qu'il « aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide » (cf. en particulier ATFA 1960, p. 249 = RCC 1961, p. 79).

2. ...

3. Ainsi qu'il l'a déclaré au président de la commission AI en novembre 1960 et confirmé dans son mémoire d'appel, l'appelant a réalisé — en tant qu'agriculteur et inspecteur de bétail — un gain de 6700 francs environ durant l'année 1960. Se fondant sur ce chiffre, la commission de recours est d'avis que, s'il n'était pas invalide, l'assuré aurait obtenu un gain à peine supérieur à 8000 francs par année, et a dès lors conclu que son invalidité était bien inférieure à 50 pour cent.

La Cour de céans partage également cet avis (même si l'on se fondait sur le revenu annuel de 12 000 francs que gagne un paysan lucernois non invalide, le degré d'invalidité demeurerait inférieur à 50 pour cent). Il convient d'admettre que le rôle de l'assuré dans l'exploitation de l'important domaine agricole, lui qui peut traire le bétail et conduire un tracteur malgré son invalidité et qui fonctionne, en outre, comme inspecteur du bétail, n'a pas été, en 1960, celui d'un simple collaborateur de second rang, au sens de l'article 25, 2^e alinéa, RAI. L'objection selon laquelle le revenu qui lui a été attribué comporterait, en partie, le gain provenant de la collaboration de ses proches a été soulevée pour la première fois devant le TFA et n'emporte pas, de ce fait, tout le crédit nécessaire. Le taux d'invalidité retenu par le médecin, soit 75 pour cent, n'est pas non plus déterminant : il s'agit d'une évaluation purement théorique, qui ne tient pas compte des répercussions pratiques de l'atteinte à la

santé sur la capacité de travail d'un agriculteur. On relèvera en outre que l'assuré a écrit à la commission de recours que l'invalidité consécutive à son accident avait été évaluée médicalement à 60 pour cent « il y a plusieurs années » et qu'« elle avait plutôt augmenté depuis lors ». Si l'on admet dès lors que le 1^{er} janvier 1960 (date où l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 85, 1^{er} al., LAI), l'invalidité était inférieure à 50 pour cent, l'assuré n'a pas droit à une rente pour la période allant du 1^{er} janvier 1960 au 1^{er} février 1961, en sorte que la décision litigieuse doit être confirmée.

Il n'y a pas lieu de déterminer dans cette procédure si l'assuré a droit à une rente pour la période ultérieure. Cette question doit être examinée au préalable par la commission AI, qui rendra un prononcé à l'intention de la caisse compétente (art. 41 LAI et 87 RAI, ainsi que 60, 1^{er} al., lettre c, LAI).

Arrêt du TFA, du 22 septembre 1962, en la cause M. S.

Articles 4 et 29, 1^{er} alinéa, LAI. Tant que se manifeste un processus pathologique non stabilisé, telle qu'une affection aiguë, on ne saurait admettre l'existence d'une incapacité de gain présumée permanente, même si cette affection conduit au décès.

Articoli 4 e 29, capoverso 1, LAI. Fin quando perdura una manifestazione patologica non stabilizzata, particolarmente nei casi di affezione acuta, non si può ammettere l'esistenza di un'incapacità al guadagno presunta permanente, anche se questa affezione ha esito letale.

L'assuré, né en 1914, décéda le 23 février 1961 des suites d'une tumeur cervicale. Les premiers symptômes de l'affection se manifestèrent en été 1960 et, dès septembre de la même année, l'assuré cessa toute activité. En décembre, il fut soumis à une intervention chirurgicale qui n'eut qu'un succès partiel. Se fondant sur un prononcé de la commission AI, la caisse refusa l'octroi d'une rente, en alléguant que l'assuré n'avait pas été atteint d'une invalidité permanente ni d'une incapacité totale de travail de 360 jours consécutifs avant son décès. Sur recours de la veuve de l'assuré, la commission de recours ordonna à la caisse de verser une rente entière d'invalidité en faveur du défunt, du 1^{er} septembre 1960 à fin février 1961.

Sur l'appel de l'OFAS, le TFA a rétabli la décision de la caisse 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; dans les cas pénibles, une rente peut être allouée déjà lorsque l'assuré est invalide pour les deux cinquièmes (40 pour cent) au moins. L'article 4 LAI définit l'invalidité comme étant la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée. L'assuré a droit à la rente dès qu'il présente une incapacité permanente de gain de la moitié au moins ou dès qu'il a été totalement incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs et subit encore une incapacité de gain de la moitié au moins (art. 29, 1^{er} al., LAI).

2. Pour qu'il ait droit à une rente, l'assuré doit être invalide au sens de l'article 4 LAI, c'est-à-dire présenter une incapacité de gain qui puisse être présumée permanente ou bien qui soit de longue durée.

L'incapacité de gain peut être présumée permanente lorsque l'état de santé physique ou mentale de l'assuré est suffisamment stabilisé pour laisser prévoir que

l'incapacité s'étendra vraisemblablement à toute la période normale d'activité, compte tenu des probabilités moyennes de vie de la classe d'âge, et que la capacité ne pourra être rétablie entièrement ou dans une mesure notable par des mesures de réadaptation. Cette stabilité n'est pas donnée tant que se manifeste un processus pathologique, telle qu'une affection aiguë, et l'invalidité permanente au sens de la première hypothèse envisagée à l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI ne peut donc, en règle générale, être admise lors de maladies évolutives.

On ne parlera d'une incapacité de gain de longue durée que dans les cas où elle s'étend à plus de 360 jours consécutifs au moins. C'est en effet ce que prévoit la deuxième hypothèse de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, aux termes duquel l'assuré dont l'incapacité de gain n'est pas permanente ne peut prétendre une rente qu'à l'expiration d'un délai de 360 jours et pour autant qu'il remplisse les autres conditions supplémentaires mentionnées par cette disposition. Dès lors, en cas de maladie évolutive entraînant une incapacité totale de travail, le droit à la rente prend généralement naissance à l'expiration d'un délai de 360 jours.

3. En l'espèce, l'invalidité de l'assuré ne pouvait être présumée permanente. On ne se trouvait pas en présence d'un état stabilisé laissant prévoir une incapacité de gain s'étendant sur toute la période normale d'activité; le caractère malin et progressif de la maladie rendait bien plutôt vraisemblable le décès prochain de l'assuré. La première hypothèse envisagée à l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI n'était ainsi pas réalisée. On ne saurait pas davantage admettre l'existence d'une incapacité de gain de longue durée, étant donné que l'inactivité forcée de l'assuré n'a duré que 6 mois environ avant son décès.

Les conditions d'octroi d'une rente en faveur de l'assuré ne sont pas remplies, en sorte qu'il y a lieu de rétablir la décision de la caisse.

Arrêt du TFA, du 16 juillet 1962, en la cause P. C. ¹

Articles 42, 1^{er} alinéa, LAI et 39 RAI. L'assuré qui, par suite de paralysie partielle du bras gauche, doit être assisté partiellement pour se vêtir et se nourrir est impotent pour un tiers au plus.

Articoli 42, capoverso 1, LAI e 39 OAI. L'assicurato che, in seguito a paralisi parziale del braccio sinistro, deve essere in parte assistito per vestirsi e nutrirsi è considerato impotente per un terzo al massimo.

L'assuré, né en 1898, avait effectué un apprentissage de commerce; en dernier lieu, il était représentant de commerce pour une maison de textiles. D'un premier mariage, il eut huit enfants dont les cadets sont nés en 1941 et 1943; il s'est remarié en 1950. Il fut victime en février 1960 d'une congestion cérébrale qui provoqua une paralysie partielle du bras gauche. Depuis lors, il est incapable de travailler; il souffre en outre de faiblesse cardiaque due à une hypertonie chronique (hypertension artérielle) et ne peut se déplacer, à pied ou à bicyclette, que sur de courtes distances. Le même mois, il présenta à l'AI une demande de rente et d'allocation pour impotent.

Sur la base d'un prononcé de la commission AI, la caisse lui octroya, dès le 1^{er} février 1960, une rente entière simple d'invalidité, ainsi que des rentes complémentaires

¹ Cf. p. 61 du présent numéro.

pour sa femme et deux enfants, tout en lui refusant l'octroi d'une allocation pour impotent. L'assuré recourut contre la décision de refus de cette dernière prestation en déclarant qu'il avait besoin d'aide pour se vêtir, se raser (à l'électricité) et se nourrir. Lors d'une visite domiciliaire, le président de la commission de recours apprit que l'assuré ne pouvait se servir que de la main droite, la gauche étant paralysée ; au surplus, il avait perdu en 1961 le médus de la main droite « dont les ongles se ramollissent ». Il pouvait de ce fait manier la cuiller et la fourchette, mais non le couteau ; il devait en outre se faire aider pour se vêtir, bander ses jambes malades (thrombose) et aller aux toilettes.

La commission de recours, se fondant sur les articles 42 LAI et 37 RAI, admit une impotence d'un tiers et accorda une allocation à partir du 1^{er} février 1960. De son côté, le TFA rejeta l'appel de l'assuré qui demandait une allocation de deux tiers ; voici ses considérants :

1. Doit être considéré comme ayant *particulièrement* besoin de soins spéciaux l'invalidé qui, en raison de son impotence, doit recourir à l'assistance et aux services de tiers pour l'accomplissement des fonctions quotidiennes les plus usuelles, telles que se vêtir, prendre ses repas et aller aux toilettes. S'il est dans le besoin, un tel assuré reçoit, à titre d'allocation pour impotent, le montant minimum de la rente ordinaire de vieillesse simple (rente complète) lorsque le degré d'impotence est grave, les deux tiers de ce montant s'il est moyen et le tiers s'il est « faible » (leichter, esigua). Les limites de ces divers degrés n'étant pas plus amplement définies, une large place est laissée à l'administration et au juge pour apprécier les circonstances particulières de chaque cas (art. 42, 1^{er} et 3^e al., LAI, en corrélation avec l'art. 39 RAI ; ATFA 1961, p. 59 et 343 = RCC 1962, p. 42 et 171). On peut dire d'une manière générale que l'impotence de degré moyen suppose déjà la nécessité d'une aide *pour la plupart* des fonctions quotidiennes et que l'impotence ne peut guère être reconnue comme grave qu'en cas d'impossibilité *totale ou quasi totale* d'accomplir seul aucun des actes courants de la vie (ATFA 1961, p. 346 = RCC 1962, p. 172).

2. En l'espèce, l'assuré est tout au plus affecté d'une légère impotence. Il est en mesure de se dévêtir et d'ôter ses chaussures lui-même et n'a besoin d'aide, lorsqu'il s'habille, que pour boutonner ses vêtements. Il n'est pas trop handicapé pour prendre ses repas. Enfin, il n'est pas établi par les pièces du dossier qu'il aurait vraiment besoin d'aide pour aller aux toilettes.

Ceci montre que l'assuré ne doit avoir recours à l'aide de tiers que pour un nombre restreint de fonctions quotidiennes, même si l'on considère que — en raison de sa thrombose — il doit se faire bander les jambes chaque jour. Le juge cantonal a tenu compte équitablement de l'ensemble des circonstances du cas. Dans ses arrêts du 24 février 1961 en la cause M. H. (= RCC 1961, p. 157) et du 13 avril 1961 en la cause M. N. (= RCC 1961, p. 343), le TFA a jugé que la surveillance continuelle dont a besoin un malade mental ne justifiait pas l'octroi d'une allocation pour impotent, non plus d'ailleurs que l'aide à laquelle doit recourir un assuré cardiaque, affecté d'obésité grave et d'arthrite déformante, pour se vêtir et se dévêtir, ainsi que pour se lever et se mettre au lit.

3. ...

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 6 septembre 1962, en la cause O. S.

Article 78, 2^e alinéa, RAI. Une mesure dont les frais ont été pris en charge après coup doit être considérée comme urgente s'il a été jugé nécessaire de commander immédiatement une prothèse de remplacement, afin d'épargner à l'assuré une longue interruption de son travail. (Considérant 1.)

Article 9, 2^e alinéa, LAI. Les frais de prothèses commandées à l'étranger ne sont pris en charge qu'exceptionnellement par l'AI, par exemple si leur fabrication en Suisse n'est pas ou pas encore possible. (Considérant 2.)

Articolo 78, capoverso 2, OAI. L'esecuzione di un provvedimento deve essere considerata urgente, qualora sia stato necessario ordinare immediatamente una protesi di ricambio, al fine di evitare all'assicurato una lunga interruzione del suo lavoro. (Considerando 1.)

Articolo 9, capoverso 2, LAI. Le spese per protesi ordinate all'estero sono assunte dall'AI soltanto a titolo eccezionale, ad esempio, quando la loro fabbricazione in Svizzera non è o non lo è ancora possibile. (Considerando 2.)

L'assuré, né en 1905 et souffrant de la maladie de Paget (maladie des os), a dû subir en juin 1959 l'amputation de la jambe gauche. En décembre 1959, il reçut une prothèse avec bassin moulé, prescrite par les médecins de l'hôpital et fabriquée par une maison allemande. Depuis le 1^{er} janvier 1960, l'assuré, qui ne peut plus exercer que partiellement son activité au service d'une société fiduciaire, touche une demi-rente d'invalidité.

Au début de l'année 1961, l'assuré commanda à la maison allemande une deuxième prothèse, celle de 1959 étant endommagée. Dans une lettre datée du 20 février 1961, il demanda à la commission AI de prendre en charge les frais de la nouvelle prothèse, s'élevant à 2092,35 marks. La commission décida de ne payer les frais d'une nouvelle prothèse que si cette dernière avait été fabriquée en Suisse. Le recours de l'assuré fut admis par la commission cantonale de recours; celle-ci estima que l'on ne pouvait exiger de l'assuré l'achat d'une seconde prothèse en Suisse, puisque la première, commandée en Allemagne avant l'entrée en vigueur de l'AI, avait été excellente.

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

1. Comme le TFA l'a exposé en détail dans son arrêt du 4 septembre 1962 en la cause L. E. (RCC 1962, p. 442), la LAI exclut en principe l'octroi de prestations pour des mesures de réadaptation exécutées avant le dépôt d'une demande auprès de la commission AI. Les mesures de réadaptation ne doivent être accordées que si la commission AI les a ordonnées avant leur exécution (art. 60, 1^{er} alinéa, lettre b, LAI), ce qui implique que le cas a été annoncé à l'AI. Toutefois, il était nécessaire de prévoir des exceptions à cette règle; c'est ce que le Conseil fédéral a fait à l'article 78, 2^e alinéa, RAI. Cette disposition précise que la prise en charge exceptionnelle de mesures de réadaptation appliquées avant d'avoir été prescrites est liée à deux conditions: Il doit s'agir d'une mesure urgente que, dans l'intérêt de l'assuré, l'on ne saurait ajourner; en outre, il faut que la demande soit déposée au plus tard 3 mois après le début de l'application de cette mesure.

L'assuré a commandé sa nouvelle prothèse avant de demander à la commission AI l'octroi de ce moyen auxiliaire. L'OFAS s'est demandé si cette commande était vraiment si urgente qu'elle ait dû être passée avant le prononcé de la commission. Dans sa réponse à l'appel, l'assuré déclare avec vraisemblance que l'ancienne prothèse était devenue défectueuse « d'une minute à l'autre », si bien qu'il avait été obligé d'en commander aussitôt une nouvelle pour ne pas devoir interrompre longtemps son travail. L'urgence de la mesure peut donc être admise en l'espèce. L'assuré ayant présenté sa demande à la commission AI environ deux mois après la commande, les conditions, fixées par l'article 78, 2^e alinéa, RAI, de la prise en charge des mesures de réadaptation entreprises avant le dépôt de la demande sont remplies.

2. Aux termes de l'article 9, 2^e alinéa, LAI, les mesures de réadaptation sont appliquées en Suisse; elles peuvent l'être exceptionnellement à l'étranger aussi. La remise de moyens auxiliaires, par exemple de prothèses, fait partie des mesures de réadaptation. En vertu de cette réglementation, seules les prothèses fabriquées en Suisse sont, en principe, payées par l'AI; dans son appel, l'OFAS signale avec raison que les fournisseurs suisses de moyens auxiliaires subissent l'influence de l'AI et sont liés par des conventions tarifaires, ce qui n'est pas le cas pour les maisons étrangères. Les frais des prothèses d'origine étrangère ne peuvent donc être pris en charge par l'AI, en principe, que si leur fabrication en Suisse n'est pas ou pas encore possible.

D'après les renseignements pris par l'OFAS, il serait possible de fabriquer en Suisse la prothèse avec bassin moulé dont l'assuré a besoin. Toutefois, les circonstances du cas présent sont spéciales. L'assuré a reçu, avant l'entrée en vigueur de la LAI, sur conseil médical, une prothèse assez compliquée provenant d'une maison allemande; cette prothèse s'étant révélée excellente, on peut comprendre, dans ce cas-limite, que l'assuré ne l'ait pas remplacée, lorsqu'elle devint défectueuse, en s'adressant à une autre maison (suisse) qu'il ne connaissait pas. La deuxième prothèse, fabriquée par la même maison allemande et relativement légère, a épargné à l'assuré les difficultés d'une nouvelle accoutumance, ce qui est d'autant plus important que l'assuré, invalide à 50 pour cent, n'a pu être réadapté qu'avec peine après son amputation. En outre, l'assuré fait remarquer que la maison allemande en question est en rapports étroits avec les médecins d'un hôpital suisse, et que c'est dans cet établissement qu'il a fait adapter sa prothèse, ce qui garantit un travail soigné, exécuté par des spécialistes.

Dans ces conditions, l'AI doit exceptionnellement accorder des prestations pour cette prothèse. Toutefois, ces prestations ne sauraient dépasser les tarifs fixés par les conventions conclues avec les fournisseurs suisses. La commission AI déterminera leur montant, calculé selon ces tarifs.

Arrêt du TFA, du 27 octobre 1962, en la cause M. S.

Article 78, 2^e alinéa, RAI. Le délai de trois mois institué par cette disposition est un délai péremptoire. Nul ne saurait invoquer son ignorance du droit pour faire valoir un droit qu'il n'a pas exercé dans le délai fixé par la loi. (Considérant 3.)

Article 78, 2^e alinéa, RAI. Le fait de ne pas avoir été suffisamment renseigné par un médecin ou par un établissement hospitalier ne saurait être

considéré comme un motif valable pour excuser l'inobservation du délai.
(Considérant 4.)

Articolo 78, capoverso 2, OAI. Il termine di tre mesi previsto per la presentazione della richiesta è perentorio. Nel caso di inosservanza del termine, l'assicurato non può invocare l'ignoranza della legge. (Considerando 3.)

Articolo 78, capoverso 2, OAI. Il fatto di non essere stato sufficientemente informato da un medico o da uno stabilimento ospedaliero non è considerato valido motivo per giustificare l'inosservanza del termine di presentazione della richiesta. (Considerando 4.)

L'assurée est née prématurément le 22 janvier 1961 avec un poids de 980 g. Dès sa naissance, elle a reçu les soins médicaux exigés par son état et a été hospitalisée pendant une longue période (environ trois mois). Le 26 mai 1961, son père présente une demande de prestations à l'AI. Constatant que cette demande avait été déposée plus de trois mois après le début des mesures médicales appliquées, la commission AI prononça que l'assurée avait droit aux mesures médicales nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale dès le 26 mai 1961 — date du dépôt de la demande — jusqu'au moment où l'enfant aurait atteint le poids de 3200 g. (poids correspondant au développement pondéral normal conformément au chiffre 205 de l'art. 2 OIC).

Le père de l'assurée recourut contre la décision de la caisse de compensation. Il demanda que les prestations de l'assurance lui fussent versées dès la naissance et non pas à partir du 26 mai 1961. L'autorité cantonale de recours ayant rejeté le recours, le père interjeta appel auprès du TFA.

Le TFA a rejeté l'appel. Après avoir rappelé la teneur et l'origine de l'article 78, 2^e alinéa, RAI (cf. arrêt du TFA en la cause L. E., RCC 1962, p. 442), il déclara ce qui suit :

1. ...

2. L'OFAS a d'abord soutenu qu'il fallait être très strict dans l'application de l'article 78, 2^e alinéa, RAI. Une prise en charge des frais avec effet rétroactif — écrivait cet office (RCC 1961, p. 452) — doit être rejetée dans tous les cas de demandes déposées tardivement, soit après l'expiration du délai de trois mois ; une dérogation à ce principe n'est concevable que si des motifs extraordinaires justifient la restitution du délai (par exemple, si l'assuré ou son représentant a été empêché d'agir en temps utile). Telle est également l'opinion de l'autorité cantonale de recours, qui a estimé ne devoir retenir comme motifs d'excuse, justifiant la restitution de ce délai, qu'un empêchement sérieux pour cause de maladie, de service militaire, d'absence du pays, ou pour une cause analogue.

Par la suite, l'OFAS est cependant arrivé à la conclusion qu'une application plus souple de l'article 78, 2^e alinéa, RAI était nécessaire. De là, sa circulaire du 28 mai 1962 concernant le paiement des mesures de réadaptation. L'OFAS soutient maintenant (cf. chap. A, II/2 c) que le délai de trois mois ne commence pas à courir « quand l'assuré a été empêché de présenter sa demande sans faute de sa part », notamment dans les cas suivants : ignorance non fautive de droits à faire valoir envers l'AI ; information insuffisante ou inexacte ; demande adressée à une autorité incompétente. A son avis, semble-t-il, l'ignorance du droit — et cela même dans le cas où l'intéressé ou son représentant légal serait une personne ayant une formation juridique — ou constituerait un motif d'excuse suffisant, pour autant que l'ignorance de ses droits ne soit pas imputable à sa négligence. D'autre part, et ceci alors même que les médecins ne sont pas tenus, par une disposition légale expresse, d'attirer l'attention d'un

assuré ou de son représentant sur les droits qu'il peut faire valoir envers l'AI — l'OFAS paraît admettre que le fait de ne pas avoir été informé, ou de l'avoir été d'une manière insuffisante ou inexacte, doit également être regardé comme un empêchement non imputable au requérant.

3. Dans les arrêts L. E. et U. K. du 4 septembre 1962 et C. S. du 12 septembre 1962 (RCC 1962, p. 442, et 1963, p. 38-39), le TFA a déclaré que l'article 78, 2^e alinéa, RAI était conforme à la loi ; il a exposé les motifs pour lesquels il ne pouvait se rallier à l'opinion exprimée par l'OFAS dans sa circulaire du 28 mai 1962 au sujet de l'application de cette disposition. Il n'y a pas lieu de se départir de cette jurisprudence. La Cour de céans estime dès lors inutile de reprendre ici les considérants de ces arrêts et se bornera à indiquer les raisons pour lesquelles les arguments avancés par l'appelant et par l'OFAS ne peuvent être retenus.

Ni l'article 78 RAI, ni un autre article du règlement d'exécution, ni la loi ne contiennent une disposition qui prévoit la possibilité de remédier à l'inobservation du délai de trois mois fixé à l'article 78, 2^e alinéa, RAI ou qui traite, d'une manière générale, de la restitution du délai que, sans faute de sa part, un requérant aurait été empêché d'observer. Lorsqu'elles se trouvent en présence d'une demande de prestations déposée tardivement et qu'elles ont à juger si cette demande est encore recevable, les autorités administratives et judiciaires doivent alors, en l'absence d'une telle disposition, examiner le cas à la lumière des principes juridiques généralement appliqués en cette matière, tout en tenant compte des particularités du droit des assurances sociales.

S'il existe en droit un principe fondamental, c'est bien celui d'après lequel chacun est réputé connaître toutes les dispositions légales en vigueur (principe énoncé dans l'adage « nul n'est censé ignorer la loi »). Il s'ensuit que nul ne saurait invoquer son ignorance du droit pour faire valoir un droit qu'il n'a pas exercé dans le délai fixé par la loi. D'autre part, tant les dispositions légales que la jurisprudence se montrent très sévères quant aux causes pouvant être invoquées en cas d'inobservation du délai péremptoire : ce n'est que si l'intéressé a été empêché, sans faute de sa part, à savoir pour des causes exceptionnelles et indépendantes de sa volonté, qu'une restitution du délai inobservé pourra lui être accordée.

L'application plus souple de l'article 78, 2^e alinéa, RAI — telle qu'elle est faite par l'OFAS — ne tient aucun compte des considérations précédentes et, si cette manière de voir était admise, on en arriverait très tôt à considérer le délai de l'article 78, 2^e alinéa, RAI comme un simple délai d'ordre, mais non plus comme un délai péremptoire. Si l'administration estime souhaitable, voire indispensable, une telle modification, il lui incombe alors de prendre les mesures utiles pour que l'article 78 RAI soit complété en ce sens. Etant lié par le texte de cette disposition qui, indiscutablement, institue un délai péremptoire, le juge ne saurait en revanche adopter l'interprétation donnée par l'OFAS dans sa circulaire.

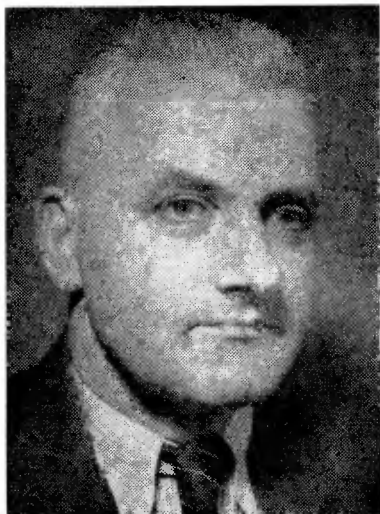
4. L'assurée étant née prématurément avec un poids de 980 g., il est bien évident que son intérêt exigeait des mesures médicales immédiates, soit donc avant qu'elles aient pu être prescrites par la commission AI. La première condition de l'article 78, 2^e alinéa, RAI est donc remplie.

Alors que l'assurée est née le 22 janvier, c'est le 26 mai seulement, soit donc plus de trois mois après le début du traitement, que son père a déposé une demande de prestations. Etant donné les circonstances — naissance extrêmement prématurée ; poids très bas — il a dû nécessairement se rendre compte, dès le jour de la naissance, qu'il ne s'agissait pas, dans le cas de son enfant, d'une maladie acquise, mais bien d'une

infirmité congénitale. S'il n'a pas présenté sa demande dans le délai de trois mois, ce n'est pas parce qu'il s'est trouvé dans l'impossibilité de le faire — il reconnaît lui-même, dans son mémoire d'appel, ne pouvoir « invoquer un empêchement sérieux au retard qu'il a mis pour annoncer le cas à l'AI » — mais uniquement parce qu'il ignorait que l'infirmité dont souffrait sa fille rentrait dans la catégorie des infirmités congénitales donnant lieu à des prestations de l'AI au sens de l'article 13 LAI.

Comme le TFA l'a clairement précisé dans les arrêts mentionnés, le délai de trois mois de l'article 78, 2^e alinéa, RAI commence à courir dès le moment où le requérant s'est rendu compte que les mesures médicales en cause avaient été ordonnées dans le but de traiter l'infirmité congénitale, et cela même s'il ignorait que cette affection figurait dans la liste des infirmités congénitales dressée par le Conseil fédéral. Il s'agit en pareil cas d'une ignorance du droit que le requérant ne peut invoquer pour justifier le dépôt de sa demande après l'expiration du délai légal. On ne saurait non plus se rallier à l'opinion de l'OFAS qui, semble-t-il, va jusqu'à considérer que, dans ce cas (le représentant légal de l'enfant étant en effet juriste et exerçant la profession d'avocat), le retard apporté au dépôt de la demande n'est pas imputable à une négligence du requérant.

Il est vrai, certes, que l'infirmité congénitale en cause n'était pas mentionnée dans la liste provisoire valable en 1960, alors qu'elle figure à l'article 2, chiffre 205, OIC, du 5 janvier 1961. On se trouvait donc dans une période transitoire au moment de la naissance de l'enfant. On peut comprendre, dans ces conditions, que même dans les milieux intéressés (médecins et hôpitaux), on ne se soit pas immédiatement rendu compte que l'AI devait prendre à sa charge le traitement des prématurés ayant à leur naissance un poids inférieur à 2000 g. Nonobstant cette circonstance, la Cour de céans estime ne pas devoir se départir de sa jurisprudence. Elle admet certes que le père de l'enfant n'a pas été informé par le médecin traitant ou par la direction de l'hôpital que l'infirmité congénitale de son enfant était comprise dans la liste des infirmités congénitales. Contrairement à l'opinion exprimée par l'OFAS dans sa circulaire du 28 mai 1962 et dans son préavis du 17 juillet 1962, le fait de ne pas avoir été suffisamment renseigné par un médecin ou par un établissement hospitalier ne saurait toutefois être retenu en pareil cas et considéré comme un motif valable pour excuser l'inobservation du délai péremptoire de l'article 78, 2^e alinéa, RAI.



† Aloïs Imbach

Il y a quelques semaines, la RCC saluait le nouveau chef de la Centrale de compensation, M. Aloïs Imbach. Hélas, celui-ci ne devait occuper sa nouvelle fonction que très peu de temps. Comme la revue l'a annoncé brièvement dans son dernier numéro, M. Imbach est mort subitement le 15 février 1963, au cours d'un voyage de service, à l'âge de 60 ans.

M. Imbach était né le 23 janvier 1903 à Berne, où il fit ses écoles et une partie de ses études universitaires. Il étudia également à Leipzig et obtint le titre de docteur en droit. En outre, comme il était originaire de Sursee, il acquit le brevet d'avocat du canton de Lucerne, après avoir fait le stage nécessaire. Il ouvrit alors à Berne sa propre étude. En été 1940, il entra au service de l'administration des Fonds centraux de compensation, chargés d'appliquer le régime, récemment créé, des allocations pour perte de salaire et de gain. Cette nouvelle activité allait être l'œuvre de sa vie. Lorsqu'en 1948, par suite de l'introduction de l'AVS, l'administration du Fonds fut devenue la Centrale de compensation, M. Imbach ne tarda pas à devenir suppléant du chef, puis, dès 1963, chef de la Centrale.

M. Imbach s'occupa principalement de la Caisse suisse de compensation, qui assume également la liaison avec de nombreuses assurances sociales étrangères. Il a droit à la gratitude de bien des étrangers travaillant en Suisse et de bien des citoyens suisses à l'étranger, dont il a traité et réglé le cas souvent très compliqué. Doué d'une grande puissance de travail et de connaissances juridiques étendues, toujours soucieux d'accomplir son devoir et d'être juste envers tous, M. Imbach s'est consacré entièrement à sa tâche. L'Office fédéral des assurances sociales lui sait gré de sa collaboration toujours cordiale; il prie la famille en deuil de croire à toute sa sympathie. Cet homme bienveillant, ce collègue serviable laissera le meilleur souvenir à tous ceux qui l'ont connu.

CHRONIQUE MENSUELLE

La *sous-commission des APG* de la commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité a continué le 13 février, sous la présidence de M. A. Saxer, ses délibérations sur un rapport de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'augmentation des APG. Elle a approuvé le rapport avec quelques modifications et décidé de proposer au Conseil fédéral une révision du régime des APG. Avant l'élaboration du projet de loi et du message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale, les cantons, les associations faitières de l'économie suisse et d'autres organisations intéressées à ce régime auront encore l'occasion de se prononcer sur les modifications envisagées.

* * *

La traditionnelle *conférence annuelle des commissions AI* s'est réunie le 28 février sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Les secrétariats des commissions AI, les offices régionaux et les caisses de compensation y étaient également représentés. Les participants entendirent plusieurs exposés, dont le principal fut celui de M^{lle} Meyer, D^r h. c., secrétaire centrale de « Pro Infirmis », sur le thème suivant : « Trois ans d'assurance-invalidité et Pro Infirmis » ; d'autres orateurs parlèrent du développement de l'AI en 1962, avec chiffres à l'appui, de la jurisprudence du TFA et de plusieurs autres questions. M. Frauenfelder, directeur, remercia les participants, au nom du chef du Département fédéral de l'intérieur, du travail qui a été accompli en faveur des invalides. La RCC reparlera prochainement de cette réunion.

* * *

Lors d'une conférence organisée le 28 février avec des *délégations des caisses de compensation cantonales et professionnelles*, l'Office fédéral des assurances sociales a exposé son programme pour 1963 dans le domaine de l'AVS, de l'AI et du régime des APG. Il a pris note de plusieurs vœux et suggestions.

* * *

Les *gérants des caisses cantonales de compensation* ont siégé le 1^{er} mars sous la présidence de M. Weiss, de la caisse de compensation de Bâle-Ville, avec des représentants de l'Office fédéral des assurances sociales et de la Centrale de compensation. Ils ont discuté du contrôle et du paiement des factures AI pour prestations en nature d'ordre individuel, ainsi que d'autres problèmes d'application de l'AI.

Le Conseil fédéral a adressé à l'Assemblée fédérale, le 4 mars, trois *messages concernant de nouvelles conventions en matière d'assurances sociales*. Le premier de ces messages concerne la convention du 14 décembre 1962 avec l'Italie (RCC 1963, p. 48). Le deuxième se rapporte à la convention signée en juin 1962 avec la Yougoslavie (RCC 1962, p. 259). Le troisième vise l'adoption d'une convention complémentaire avec la *République fédérale d'Allemagne*, du 24 décembre 1962, sur l'octroi de rentes AVS extraordinaires aux ressortissants allemands vivant en Suisse et appartenant à la génération transitoire.

* * *

D'après les résultats disponibles aujourd'hui, le *compte d'exploitation de 1962 de l'AVS* se solde à nouveau par un excédent de recettes assez considérable. Les chiffres ci-après sont donnés sous réserve de l'approbation des comptes que le conseil d'administration du Fonds de compensation doit donner à l'intention du Conseil fédéral. Les cotisations des assurés et des employeurs ont rapporté 1005 millions (1961: 906 millions), tandis que les prestations se sont élevées à 987 millions (1961: 848 millions). Compte tenu des contributions des pouvoirs publics, du produit des intérêts et des frais d'administration, l'excédent de recettes atteint 354 millions (1961: 382 millions).

Les *comptes d'exploitation de l'AI* donnent les résultats suivants: Cotisations des assurés et des employeurs: 100 millions (1961: 89 millions); contributions des pouvoirs publics 84 millions (1961: 78 millions); ensemble des dépenses 168 millions (1961: 156 millions). L'excédent de recettes s'élève à environ 17 millions (1961: 13 millions).

Dans les *APG*, les dépenses se sont établies à 85 millions (1961: 72 millions) et les recettes à 104 millions (1961: 92 millions).

Les comptes annuels complets seront publiés après avoir été approuvés par le Conseil fédéral.

Le statut des réfugiés dans l'AVS et l'AI

L'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1963 de l'arrêté fédéral du 4 octobre 1962 sur le statut des réfugiés dans l'AVS et dans l'AI constitue un événement remarquable dans notre politique à l'égard des réfugiés. L'importance de cet arrêté, dont les conséquences financières, dans le vaste cadre de l'AVS et de l'AI, seront certes plutôt modestes, résulte du fait qu'actuellement 20 000 réfugiés environ vivent en Suisse. De plus, et ainsi que les expériences faites ces dernières années l'ont démontré, le problème des réfugiés se pose toujours sous de nouvelles formes et ne disparaîtra vraisemblablement jamais complètement.

* * *

Pour permettre de mieux apprécier le nouveau statut qui est accordé aux réfugiés dans les deux branches précitées de notre assurance sociale, il convient au

préalable de jeter un coup d'œil rétrospectif sur l'évolution telle qu'elle se présente dès les origines de l'AVS.

En vertu de la notion de l'assurance obligatoire, définie de façon très large par l'article premier LAVS, tous les réfugiés vivant en Suisse sont assurés depuis l'introduction de l'AVS (1^{er} janvier 1948), hormis quelques rares exceptions en cas de courts séjours sans exercice d'une activité lucrative. En tant qu'assurés, ils étaient et sont également soumis, en vertu de l'article 3 LAVS, à l'obligation de cotiser. D'autre part, leur droit aux prestations d'assurance se fondait, à l'origine, sur la réglementation de l'article 18, 3^e alinéa, LAVS concernant les étrangers avec le pays d'origine desquels une convention n'a pas été conclue, ainsi que les apatrides. Cette disposition qui, malgré les revisions réitérées de la loi et comme 2^e alinéa de ce même article, n'a jusqu'à maintenant pas subi de modifications de principe, faisait dépendre le droit à une rente ordinaire d'une durée de cotisations de dix ans accomplis avant la réalisation de l'événement assuré. Elle prévoyait de plus que cette catégorie de personnes, ainsi que leurs survivants, ne pouvaient bénéficier de leurs rentes qu'aussi longtemps qu'ils avaient leur domicile civil en Suisse. La possibilité de toucher des rentes extraordinaires était et resta par principe réservée aux ressortissants suisses; pour les étrangers et apatrides établis depuis longtemps dans notre pays et qui n'étaient pas déjà assistés d'une autre façon, seules des prestations de l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants, selon l'arrêté fédéral du 8 octobre 1948, entraient en ligne de compte.

Ce statut que l'AVS accordait de façon générale aux étrangers et auquel, comme déjà relevé, les réfugiés étaient également soumis, se révéla bientôt trop restrictif, parce que bon nombre de personnes soumises à l'obligation de cotiser, mais qui de toute façon ne pouvaient plus réaliser la condition de la durée minimum de cotisations de 10 ans, étaient d'emblée exclues de tout droit à une rente ou à une prestation quelconque versée en lieu et place de celle-ci par l'assurance. Pour tenir compte des critiques justifiées de cette réglementation, on introduisit, lors de la première revision légale, la possibilité de demander subsidiairement le remboursement des cotisations. Se fondant sur l'article 18, 3^e alinéa, LAVS révisé et en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1951, le Conseil fédéral a édicté, le 14 mars 1952, l'ordonnance sur le remboursement des cotisations AVS aux étrangers et aux apatrides (RCC 1951, p. 75 ss, notamment p. 81; 1952, p. 149 ss). Grâce à cette ordonnance, il devint possible de rembourser entre autres aux réfugiés (ou à leurs survivants), en règle générale, les cotisations personnellement versées (mais non pas d'éventuelles cotisations d'employeurs), lors du départ vraisemblablement définitif de Suisse ou de la réalisation de l'événement assuré.

* * *

En 1951 déjà, la possibilité d'améliorer sensiblement le statut des réfugiés dans les assurances sociales commença à être envisagée. Le 28 juillet 1951, en effet, fut conclue à Genève la convention internationale relative au statut des réfugiés, qui fut également signée par le représentant de la Suisse. L'article 24 de cette convention pose notamment le principe qu'en matière d'assurances sociales,

du moins en ce qui concerne les rentes ordinaires (normales), le réfugié doit être mis sur le même pied que les indigènes. Par la suite et vu la structure des rentes ordinaires minimales de l'AVS à cette époque, la Suisse se vit certes contrainte de faire, lors de la ratification de la convention, de sérieuses réserves au sujet de l'application de cet article 24; elle estima toutefois possible d'accorder aux réfugiés un statut semblable à celui des ressortissants d'Etats avec lesquels notre pays a passé une convention en matière d'assurance sociales. Ainsi, l'arrêté fédéral du 14 décembre 1954 concernant la ratification de la convention internationale relative au statut des réfugiés, qui fit entrer en vigueur la convention pour la Suisse le 21 avril 1955, entre autres avec la restriction précitée, prévoyait de sensibles allègements en faveur des réfugiés au sens de la convention. Les réfugiés domiciliés en Suisse pouvaient dès lors bénéficier de rentes ordinaires de l'AVS après une durée de cotisations d'une année seulement, à condition d'avoir résidé en Suisse pendant 10 ans au moins, dont 5 ans immédiatement et de façon ininterrompue avant la réalisation de l'événement assuré. Ainsi, c'est au printemps 1955 que, pour la première fois, des rentes ordinaires ont été versées à des réfugiés, et cela sans la réduction du tiers qui, selon l'ancien article 40 LAVS, était applicable jusqu'à fin 1959 aux apatrides et aux ressortissants d'un pays n'ayant pas conclu de convention d'assurances sociales avec la Suisse. Pour le reste, les réfugiés continuaient, bien entendu, à avoir droit à une rente après avoir accompli la durée de cotisations de dix ans prévue, de façon générale, pour les étrangers par l'article 18, 2^e alinéa, LAVS. Cette disposition ne pouvait toutefois déployer ses effets en faveur des réfugiés que dix ans après l'introduction de l'AVS, soit à partir du 1^{er} janvier 1958, et elle ne pouvait dès lors, bien entendu, pas entraîner une hausse sensible du nombre des réfugiés bénéficiaires de rentes. Ce nombre était en 1957 de 375 et n'a augmenté qu'à 390 jusqu'en 1960.

Dans ces conditions, un nombre élevé de réfugiés qui s'étaient établis en Suisse à un âge avancé continuaient effectivement à être exclus du droit à une rente AVS, bien qu'ils aient parfois payé des cotisations pendant plusieurs années. Ils ont par conséquent bien accueilli la possibilité que leur accordait l'arrêté fédéral du 14 décembre 1954 de demander le remboursement non seulement de leurs cotisations personnelles, mais également des cotisations éventuellement versées par les employeurs, lorsque le droit à la rente faisait défaut.

* * *

Le point de départ de la dernière phase du développement dans ce domaine a été l'introduction simultanée, en janvier 1960, de l'AI et du nouveau mode de calcul des rentes partielles AVS et AI selon la méthode dite « pro rata temporis ». Cela ne modifia guère le statut juridique des réfugiés en matière d'AVS; en matière d'AI, par contre, ce statut fut d'abord controversé. Certes, en vertu des articles 6 et 9, 4^e alinéa, LAI, les réfugiés devaient pour le moins être traités aussi favorablement que les apatrides et les étrangers dont le pays d'origine n'avait pas conclu de convention avec la Suisse en la matière. Toutefois, le haut-commissaire des Nations Unies pour les réfugiés était d'avis que, puisque

la Suisse n'avait formulé certaines réserves que pour l'AVS au sujet de l'article 24 de la convention sur les réfugiés, ces réserves étaient sans effet sur l'AI introduite après coup dans notre pays. Cette appréciation de la situation juridique, dont le bien-fondé fut évidemment contesté par les organes suisses compétents, aurait rencontré, dans son application pratique, des difficultés qu'on n'aurait guère pu justifier; elle était, vu les rapports étroits existant entre l'AVS et l'AI, inadmissible en fait. C'est la raison pour laquelle les organes intéressés ont cherché une solution qui, tout en respectant l'unité organique des deux branches d'assurance, tienne compte le mieux possible des vœux compréhensibles émanant des milieux de réfugiés. On réussit à trouver bientôt une réglementation englobant aussi bien l'AVS que l'AI, qui respecte non seulement les engagements pris par la Suisse dans le cadre de la convention sur les réfugiés, mais qui, de plus, permet de renoncer aux réserves faites au sujet de l'AVS. C'est dans ce sens que, par son message du 19 janvier 1962 à l'Assemblée fédérale, le Conseil fédéral proposa de régler le statut des réfugiés en matière d'AVS et d'AI selon le droit interne suisse. Il en est résulté l'arrêté fédéral du 4 octobre 1962 cité au début de cet article.

* * *

La description qui suit du statut actuel des réfugiés dans l'AVS et l'AI se limite, en tant qu'aperçu général, aux points les plus importants; on a renoncé à commenter, de façon exhaustive, l'arrêté fédéral comprenant quatre articles.

La nouvelle réglementation est avant tout caractérisée par le fait que les réfugiés domiciliés en Suisse sont entièrement assimilés aux ressortissants suisses en ce qui concerne l'octroi de rentes ordinaires. Pour pouvoir bénéficier d'une *rente AVS ordinaire*, le réfugié ne doit avoir payé les cotisations que pendant une année entière, soit pendant plus de 11 mois; lorsque la durée de cotisations personnelle du réfugié sera incomplète par rapport à celle de sa classe d'âge, seule une rente partielle, le cas échéant d'un faible montant, pourra alors être versée, à moins que le réfugié, ou ses survivants ayant également la qualité de réfugiés, ne remplissent les conditions prévues pour bénéficier de la rente extraordinaire d'un montant supérieur à la rente ordinaire partielle.

Pour bénéficier d'une *rente AI ordinaire*, le réfugié doit non seulement remplir la condition de la durée minimum de cotisations, mais aussi celle de la clause d'assurance, c'est-à-dire qu'il doit avoir été assuré au moment où il est devenu invalide. Grâce à une disposition transitoire de la LAI, cette condition est également remplie par les réfugiés qui, en fait, étaient déjà invalides avant le 1^{er} janvier 1960 mais qui, à cette dernière date, avaient la qualité d'assurés. La même réglementation est d'ailleurs aussi prévue pour les réfugiés invalides et nécessiteux qui, en raison de leur impotence, peuvent prétendre une allocation pour impotent. Pour cette allocation, il n'est par contre pas nécessaire que la condition de la durée minimum de cotisations soit remplie.

Un autre point caractéristique de la nouvelle réglementation est l'octroi de *rentes AVS et AI extraordinaires* à des réfugiés domiciliés en Suisse. Les réfugiés peuvent prétendre de telles rentes après avoir résidé en Suisse de façon ininterrompue pendant cinq ans. Pour le reste, ils sont soumis aux mêmes con-

ditions que les ressortissants suisses. Il s'ensuit que, pour les réfugiés également, il n'est pas nécessaire que le requérant d'une rente ou le soutien de famille décédé ait été soumis à l'assurance lors de la réalisation de l'événement assuré. Le cas échéant, la durée de résidence en Suisse peut être accomplie postérieurement à cet événement. Les nouvelles dispositions applicables en matière d'AVS et d'AI permettront de verser des rentes AVS et AI extraordinaires à un nombre élevé de réfugiés qui, jusqu'à maintenant, étaient exclus de toute prestation d'assurance. Pour autant que ces requérants de rentes fassent partie de la génération dite transitoire, ils toucheront leur rente de vieillesse indépendamment d'une clause de besoin et donc sans réduction aucune. Il en découle que les enfants de réfugiés qui se sont établis en Suisse en tant qu'orphelins peuvent prétendre, eux aussi, une rente après avoir séjourné en Suisse pendant cinq ans.

Sous le titre de *réadaptation*, l'AI prévoit des prestations de divers genres telles que les mesures médicales (surtout en cas d'infirmités congénitales), les mesures d'ordre professionnel, toutes deux combinées éventuellement avec le versement d'une indemnité journalière, les mesures de formation scolaire spéciale en faveur de mineurs aptes à recevoir une instruction, les contributions aux frais de pension en faveur de mineurs incapables à recevoir une instruction et qui doivent être placés dans un établissement, et enfin la remise de moyens auxiliaires souvent très coûteux tels que membres artificiels, appareils de soutien, véhicules et installations auxiliaires au poste de travail. Ces prestations peuvent revêtir une grande importance pour celui qui en a besoin, ainsi que pour sa famille. C'est pourquoi il n'est absolument pas indifférent pour les réfugiés de savoir de quelles conditions dépend leur droit à ces prestations AI en nature. S'inspirant de la réglementation prévue pour les rentes ordinaires, l'arrêté fédéral du 4 octobre 1962 exige à cet effet que les cotisations aient été payées pendant une année entière au moins lors de la survenance de l'invalidité. De même, les réfugiés qui ne sont pas soumis à l'obligation de cotiser (femmes mariées et veuves n'exerçant pas d'activité lucrative, ainsi que les enfants mineurs) doivent avoir résidé en Suisse pendant une année au moins. Les enfants de réfugiés qui sont nés invalides en Suisse ou qui y résident sans interruption depuis leur naissance ne sont pas soumis à cette condition d'une année; on a voulu éviter ainsi toute iniquité dans les cas où l'invalidité survient avant que l'assuré ait accompli sa première année de vie. Comme le droit à des mesures de réadaptation (contrairement à ce qui est le cas pour les rentes) ne dépend pas d'un certain degré d'invalidité, il appartiendra, dans la pratique, aux organes compétents de l'AI de déterminer, dans chaque cas, la date de la survenance de l'invalidité et d'examiner si, jusqu'à cette date, le délai d'une année prévu pour le droit aux prestations est accompli. Excepté cette seule condition supplémentaire, les réfugiés en Suisse sont mis sur le même pied que les ressortissants suisses en ce qui concerne le droit à une certaine prestation en nature.

* * *

L'arrêté fédéral du 4 octobre 1962 a non seulement pour objet le droit aux prestations des réfugiés en Suisse, mais règle aussi, en principe, le statut dans l'AVS et l'AI des réfugiés qui ont quitté la Suisse. Par une clause générale, ces

réfugiés sont mis sur le même pied que les ressortissants de l'Etat de domicile en ce qui concerne leur droit à des rentes ordinaires de l'AVS et de l'AI suisses; ainsi, à elle seule, la législation interne suisse leur permet de bénéficier dans une large mesure des conventions internationales bilatérales en matière d'assurances sociales. Lorsqu'une telle convention fait défaut pour le nouveau pays de domicile du réfugié, comme par exemple pour les pays sis hors d'Europe, et que le réfugié ne peut ou ne pourra dès lors pas prétendre de rentes AVS ou AI suisses dans ce pays, seul le remboursement de ses propres cotisations AVS en vertu de l'article 18, 3^e alinéa, LAVS entrera en ligne de compte.

Il serait faux de prétendre, vu leur nouveau statut dans l'AVS et l'AI, que les réfugiés soient entièrement assimilés à la population indigène. A l'avenir également, des restrictions subsisteront quant à certaines prestations, et il appartiendra dès lors à l'aide aux réfugiés privée ou publique de combler les lacunes. Considéré dans son ensemble, toutefois, le statut des réfugiés dans ces deux branches de l'assurance sociale peut être qualifié de largement assimilé à celui des ressortissants suisses. Cette nouvelle réglementation est digne de la politique traditionnelle de notre pays à l'égard des réfugiés.

La statistique des genres d'infirmités dans l'AI

Pendant les travaux préliminaires de l'administration en vue de l'introduction de l'AI, on avait déjà prévu d'établir une statistique des genres d'infirmités. Toutefois, cela n'a pas été possible jusqu'à présent, car on ne pouvait songer à charger encore davantage les organes de l'AI, déjà suffisamment accaparés par l'examen des nombreuses demandes qui ont été déposées pendant la période d'introduction. En outre, on tenait à réunir d'abord des expériences pratiques, à connaître exactement les vœux des médecins et à délimiter les possibilités d'une telle statistique.

Une statistique des infirmités congénitales semble présenter un intérêt tout particulier; l'AI dispose de nombreuses données sur ce point, grâce aux prestations qu'elle fournit. Cette statistique serait intéressante aussi bien pour des recherches génétiques que pour des mesures éventuelles de prophylaxie. Elle ne serait réalisable, toutefois, qu'à la condition de considérer séparément chacune des infirmités congénitales énumérées à l'article 2 OIC, car des désignations collectives comme « Malformations de la peau, des muscles, du squelette, etc. », ne permettraient pas d'obtenir un résultat utilisable. Ainsi, les médecins souhaiteraient une analyse aussi différenciée que possible des infirmités congénitales, même si quelques-unes des infirmités reconnues comme telles sont très rares et ne peuvent par conséquent avoir, du moins en Suisse, une valeur représentative.

Les statisticiens, eux, aimeraient surtout obtenir le plus possible de données numériques, afin d'en tirer des conclusions ayant une valeur générale, ce qu'ils

ne peuvent faire lorsqu'on leur fournit trop peu de chiffres. Plus les séries de nombres sont petites, plus la part du hasard est grande, ce qui entraîne le risque de conclusions erronées. L'intérêt des médecins n'est pas incompatible avec celui des statisticiens, mais il n'a pas exactement le même objet. Il s'agit de trouver ici un heureux compromis entre la différenciation des infirmités et l'importance des données numériques.

Les infirmités non congénitales suscitent également l'intérêt des médecins et de tous ceux qui s'occupent d'assurance-maladie, accidents, responsabilité, invalidité, ainsi que d'assurance-vie. Elles intéressent certainement aussi les diverses institutions privées et publiques d'aide aux invalides, les établissements de formation scolaire, de formation professionnelle et de reclassement des invalides, les hôpitaux, les autorités, etc. Une bonne statistique des nombreuses formes d'invalidité pourrait fournir désormais les données permettant de juger s'il est nécessaire de créer en Suisse de nouveaux centres de formation scolaire et de reclassement pour invalides. Un plan d'ensemble de ces projets est indispensable si l'on veut éviter des déconvenues, telles qu'il s'en produit souvent lorsqu'un projet, en soi excellent, est mis à exécution avec zèle, mais sans avoir été examiné d'abord sous tous ses aspects.

L'introduction d'une statistique AI d'après les genres d'infirmités présente plusieurs difficultés aussi bien d'ordre technique que dans la réunion et le dépouillement des données. Les vœux des intéressés doivent donc être subordonnés aux possibilités techniques et s'adapter aux données diagnostiques et à leur interprétation.

Pour la désignation du genre d'infirmité, il y a, sur la carte perforée servant à la statistique, quatre colonnes. On peut donc exprimer ce genre par un nombre de quatre chiffres ou combinaison de nombres. Il n'est pas nécessaire de tenir compte, ici, de la cause de l'invalidité, qui est déjà indiquée par la carte. On peut donc exprimer facilement, par une combinaison appropriée, l'existence d'une infirmité congénitale ou d'une infirmité due à une maladie ou à un accident.

Il semble judicieux de partager le nombre-clé en deux nombres de deux chiffres, pour classer les infirmités selon divers critères. D'une part, il est nécessaire de comparer les chiffres fournis par l'AI suisse à ceux d'autres pays. Le code devrait donc permettre la comparaison sur le plan international. On pourrait adopter, par exemple, le code international de l'OMS (Organisation mondiale de la santé), en se bornant à deux chiffres (les dizaines et les centaines). D'autre part, la classification devrait tout de même tenir compte des besoins de l'AI suisse, ce que ne fait pas la codification OMS. Celle-ci, en effet, repose sur une diagnose pathologique et anatomique très différenciée et sert à établir des statistiques de maladies et de décès. Or, on sait que les certificats médicaux ne donnent pas à l'AI des diagnostics détaillés — sauf en cas d'infirmité congénitale — car ils sont utilisés à d'autres fins. En outre, la nomenclature internationale de l'OMS ne convient pas à la liste des infirmités congénitales de l'AI, qui est disposée selon des critères spéciaux et correspond aux besoins pratiques de l'AI, pour lesquels le code OMS ne possède pas les moyens d'ex-

pression nécessaires. Il faut donc chercher une méthode propre à satisfaire, si possible, tous les besoins, et susceptible d'être appliquée à la pratique.

Une statistique des genres d'infirmités doit tenir compte, bien entendu, de l'obligation de garder le secret à laquelle sont soumis les organes de l'assurance. Les résultats seront présentés d'une manière qui ne permette pas d'en tirer des conclusions applicables à des cas concrets. Les intérêts privés de l'assuré invalide doivent aussi être protégés avec rigueur dans le domaine de la statistique.

L'AI et les services sociaux de l'aide aux invalides durant les années 1960 à 1962

Avant l'introduction de l'AI, déjà, un grand nombre d'œuvres d'assistance publiques et privées, ainsi que des associations d'entraide, conseillaient les invalides, les secouraient et s'efforçaient de leur procurer une certaine sécurité économique. Elles disposaient à cet effet d'un réseau de services sociaux bien organisés recouvrant la quasi totalité du pays. En plus de l'encouragement qu'il leur prodigua en leur assurant des subventions, le législateur offrit à ces services sociaux la possibilité de mettre leurs expériences et leurs connaissances à la disposition des organismes nouveaux créés par l'AI: les commissions et les offices régionaux AI. Les modalités d'une collaboration fructueuse furent fixées, peu après l'entrée en vigueur de la LAI, par des instructions générales qui permirent aux commissions AI, après quelques semaines d'activité déjà, de confier certaines tâches aux services sociaux. Tôt après, les offices régionaux emboîtèrent le pas.

L'appel aux services sociaux débuta en avril 1960 et s'intensifia constamment par la suite. A la fin de l'exercice 1960, 1182 mandats avaient été payés. Leur nombre passa à 2994 en 1961, pour atteindre 4003 en 1962, soit au total 8179 mandats pour la période de 1960 à 1962. Si l'on ajoute à ces derniers les quelque 1600 mandats qui étaient en travail à la fin de l'année 1962 auprès des services sociaux, et ceux pour lesquels le remboursement des frais n'avait alors pas encore été ordonné, le nombre total des mandats confiés aux services sociaux jusqu'en 1962 dépasse certainement le cap des 10 000.

Pendant l'exercice 1962, toutes les commissions cantonales AI ont fait appel aux services sociaux, qui ont exécuté pour elles 3 300 mandats. Dans plus de la moitié des cas, elles se sont adressées aux services sociaux de Pro Infirmis et des institutions similaires. La tendance générale est de confier aux assistantes sociales le soin de déterminer la capacité résiduelle de travail des ménagères et de rassembler les données servant à déterminer le degré d'impotence; elles examinent aussi la question des soins à domicile des mineurs ou leur aptitude à recevoir une formation scolaire. Souvent aussi, on consulte les services sociaux

au sujet de la remise de moyens auxiliaires. Plusieurs commissions AI ont mis au point des formules d'enquête qui simplifient sensiblement le travail.

En général, la nature des mandats confiés par les offices régionaux, comme aussi les services sociaux qui les reçoivent, sont différents des précédents. Pendant la période considérée, les offices régionaux se sont adressés à des services sociaux principalement pour déterminer les aptitudes des invalides, assurer à leur réadaptation professionnelle les meilleures chances de succès et leur procurer des emplois; ils ont fait appel, à cet effet, à des services sociaux spécialisés, tels que le « Blinden-Leuchtturm » à Zurich, pour les invalides aveugles et faibles de vue, et les organisations luttant contre la tuberculose, en particulier l'« Aide postsanatoriale bernoise » et l'organisation « Das Band » (« Le Lien » en Suisse romande), pour ne citer que les principaux. Ils ont fait aussi appel aux services publics d'orientation disposant d'un personnel qui connaît bien les problèmes de l'intégration des invalides dans le monde du travail. En 1962, les offices régionaux ont reçu quelque 700 rapports des services sociaux mandatés.

Le législateur, qui a expressément tenu à encourager cette collaboration, a décrété que l'AI devait rembourser aux services sociaux les frais supplémentaires découlant des mandats qui leur étaient ainsi remis. Les services sociaux établissent à cette fin, pour chaque cas traité, une attestation indiquant brièvement la nature du mandat, les mesures exécutées pour le remplir et les frais encourus (dont les principaux sont les frais de personnel et ceux des déplacements pour les visites aux invalides). Jusqu'à la fin de l'exercice 1962, les indemnités versées par l'AI aux quelque 50 services sociaux intéressés ont atteint la somme de 230 000 francs en chiffre rond, ce qui représente en moyenne 28 francs par cas. Les mandats portant sur des mesures d'ordre professionnel, telles que l'orientation professionnelle et le placement, ont entraîné des frais beaucoup plus élevés; il en alla de même des mandats comportant de longs déplacements, principalement dans les régions de montagne.

Dans l'ensemble, les règles établies pour assurer la collaboration entre services sociaux et organismes AI ont fait leurs preuves. Toutefois, il a fallu rappeler à certaines commissions AI que seuls les offices régionaux ont été autorisés à faire appel directement aux services sociaux pour l'examen de questions touchant des mesures d'ordre professionnel. On a dû parfois insister sur le fait que l'objet d'un mandat ne peut pas sortir du cadre des activités ordinaires des organes de l'AI, et que ceux-ci ne sauraient par conséquent donner à un service social un mandat ne consistant qu'à aider ou secourir un invalide. En effet, l'AI recherche avant tout la réadaptation de l'invalidé à la vie professionnelle, de manière à faire de lui un élément indépendant et utile à la société. Quant aux secours et aux conseils dont l'invalidé a besoin, c'est une tâche que l'AI ne considère pas comme sienne, mais qu'elle laisse aux organismes de l'aide aux invalides, qui y sont mieux préparés; tâche très importante, d'ailleurs, pour assurer le succès des mesures de réadaptation, comme le montrent les subventions élevées que l'AI verse à ces organismes pour les appointements et les frais de déplacement des spécialistes qui s'y consacrent.

La prise en charge par l'AI des suites immédiates et médiatees des infirmités congénitales

Le Tribunal fédéral des assurances a dû se prononcer à deux reprises, en 1962, sur la question de la prise en charge par l'AI du traitement des suites immédiates et médiatees d'une infirmité congénitale, en vertu de l'article 13 LAI (arrêts D. H., RCC 1962, p. 343, et A. et R. W., RCC 1963, p. 76). Il a établi que les suites immédiates d'un complexe morbide congénital doivent être prises en charge par l'AI. Si les suites ne sont que médiatees, c'est-à-dire si l'infirmité congénitale n'est pas la cause unique de l'état de chose à juger, la question du rapport de causalité entre cette infirmité et ses suites médiatees doit être tranchée selon une règle stricte. Un rapport de causalité entre deux faits est adéquat, en principe, si l'un des faits apparaît comme une cause nécessaire de l'autre et s'il est propre, dans le cours normal des choses et selon l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat semblable. Dans le cadre de l'article 13 LAI, qui limite le droit de l'assuré au traitement de l'infirmité congénitale en soi, il est justifié, selon le TFA, de ne reconnaître comme adéquat qu'un lien très étroit entre l'infirmité et ses suites défavorables. Toutefois, dans les deux cas examinés par le TFA, il n'a pas été nécessaire de se demander sur la base de quels critères il fallait admettre ou contester l'existence d'un tel lien, car celui-ci faisait manifestement défaut dans l'un des cas, tandis qu'il existait certainement dans l'autre.

Dans l'arrêt D. H. mentionné ci-dessus, le TFA a nié l'existence d'un lien étroit entre un accident (brûlures) survenu dans la maison paternelle de l'assuré par suite d'une imprudence et l'infirmité congénitale (insensibilité des jambes), ainsi qu'entre cet accident et la mesure de réadaptation (apprentissage dans un technicum) accordée en raison de cette infirmité; par conséquent, il a refusé des prestations de l'AI pour le traitement des brûlures et le séjour à l'hôpital.

Le même tribunal est arrivé à une autre conclusion dans le cas d'un assuré âgé de cinq ans qui souffrait de microcéphalie, idiotie éréthique, diplégie atonique et épilepsie congénitale. Une coordination défectueuse de la musculature de la déglutition avait provoqué, chez cet enfant, une pneumonie de déglutition qui nécessita son hospitalisation dans une clinique pendant trois mois. Comme il existe une corrélation étroite entre l'infirmité congénitale et la pneumonie de déglutition, le TFA a estimé qu'il était juste de mettre à la charge de l'AI les frais de traitement de cette pneumonie, même si cette corrélation n'était pas immédiate (arrêt en la cause A. et R. W., RCC 1963, p. 76).

Se fondant sur cette jurisprudence, l'Office fédéral des assurances sociales a admis, dans un cas qui lui a été soumis récemment, un rapport de causalité étroit entre la maladie de Perthes bilatérale de la tête du fémur, d'une part, et la sténose congénitale de l'isthme de l'aorte (cf. chiffre 98 de la liste de l'OIC). Le rapport de causalité entre la maladie de Perthes et l'infirmité congénitale étant aussi étroit qu'entre la coordination défectueuse de la musculature de déglutition et la pneumonie de déglutition, il a paru équitable de mettre à la charge de l'AI toutes les mesures de traitement de la maladie de Perthes nécessitées par ce grave défaut congénital du cœur.

Les prestations de l'AI liées à la remise d'une prothèse

Une assurée en âge de croissance, dessinatrice sur textiles, a perdu le bras gauche dans un accident; elle l'a fait remplacer par une prothèse, dont l'AI supporte les frais de réparation et de renouvellement. Une contribution annuelle de 150 francs « pour usure de vêtements » lui ayant été accordée, le Tribunal fédéral des assurances a rejeté, le 15 mai 1962 (arrêt U. St., publié dans RCC 1963, p. 30), l'appel de l'OFAS contre son octroi. Le TFA estime que l'article 16, 3^e alinéa, RAI n'est pas applicable en l'espèce et qu'une prothèse, pour remplir vraiment sa fonction et pour être *adéquate* au sens de l'article 21, 2^e alinéa, LAI, doit, suivant les conditions personnelles de l'assuré, satisfaire aussi à des exigences d'ordre esthétique. Si cela nécessite une confection spéciale ou une modification des vêtements, l'AI doit prendre en charge, selon le TFA, les frais supplémentaires qui en résultent, si ces derniers sont élevés et si les vêtements sont entretenus normalement. « Adéquat » signifie donc que l'AI doit, tout en se contentant d'une confection simple, veiller à ce que le moyen auxiliaire se présente sous une forme qui entrave le moins possible la réadaptation désirée, notamment lorsqu'il s'agit de membres artificiels. Ceux-ci doivent en tout cas attirer l'attention le moins possible ou, du moins, ne pas provoquer une impression désagréable chez les personnes dont le succès professionnel dépend notamment d'une bonne présentation extérieure. Il faut donc examiner, dans chaque cas, si l'adaptation des vêtements est d'une importance déterminante pour l'activité professionnelle.

En l'espèce, l'assurée porte une prothèse qui exige une confection spéciale des vêtements, d'où il résulte des frais supplémentaires importants. Le TFA a estimé que dans son cas, une contribution annuelle de 150 francs pour les retouches qui ont dû être apportées pendant deux ans aux habits d'été et d'hiver, ainsi qu'aux manteaux et imperméables, était justifiée. Lorsque l'assurée aura terminé sa croissance, les organes de l'AI pourront fixer à nouveau le montant de cette contribution.

Le tribunal a cru pouvoir s'abstenir de trancher deux questions qui se sont posées à ce propos (la contribution de 150 francs étant accordée en vertu de l'article 21, 2^e alinéa, LAI): les vêtements peuvent-ils, à certaines conditions, être considérés comme « accessoires » d'une prothèse au sens de l'article 14, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI ? En outre, que se passe-t-il au cas où des vêtements sont particulièrement usés par l'utilisation d'une prothèse ?

Dans un autre cas (arrêt D. Ch. du 10 juillet 1962, RCC 1963, p. 79), le TFA a dû établir si les soins nécessités par l'usage normal d'une prothèse appliquée à un moignon sain pouvaient être pris en charge par l'AI. Il a jugé que le traitement des blessures du moignon, dans ce cas-là, devait être pris en charge par l'AI ; toutefois, cette prise en charge se fonde non pas sur l'article 12 LAI, mais sur les articles 21, 2^e alinéa, LAI et 16, 2^e alinéa, RAI. En effet, les soins en question doivent être considérés, en l'espèce, comme une mesure d'adaptation d'un moyen auxiliaire, dont les frais sont à la charge de l'AI (excepté les menus frais). Comme le moignon était en bon état et ne souffrait pas d'une autre affection, ces soins avaient pour seul but de permettre à l'assuré l'utilisation de sa prothèse et l'exercice d'une activité lucrative. Ainsi, l'AI était tenue d'en assumer les frais.

La loi du canton de Schaffhouse sur les allocations pour enfants aux salariés

Le canton de Schaffhouse a été le 23^e à édicter une loi sur les allocations pour enfants aux salariés.

1. Genèse de la loi

Le 7 mai 1956, le Grand Conseil adopta une motion déposée le 2 mars par le député Zehnder et qui chargeait le Conseil d'Etat d'étudier l'institution d'une caisse cantonale de compensation pour allocations familiales et d'adresser au Grand Conseil un rapport et des propositions à ce sujet. D'autre part, quinze personnes présentèrent, à titre d'initiative législative, un projet de loi de 38 articles portant 3730 signatures valables. Par son rapport du 2 mars 1960, le Conseil d'Etat proposa au Grand Conseil de soumettre au peuple l'initiative avec proposition de la rejeter, cela surtout en raison des lacunes du projet de loi. Puis la commission du Grand Conseil chargée d'examiner la question donna mandat à la Direction du commerce et de l'industrie de faire une enquête sur la situation en matière d'allocations pour enfants dans le canton de Schaffhouse. 2020 questionnaires furent envoyés, et l'enquête s'étendit à 1144 entreprises groupant 22 951 salariés avec 15 337 enfants de moins de 18 ans. On constata que 14 248 enfants, soit 92,9 pour cent des enfants considérés, bénéficiaient d'une allocation, les enfants non bénéficiaires étant au

nombre de 1089, soit 7,1 pour cent. L'enquête révéla, en outre, que les allocations payées variaient entre 8 et 50 francs par mois, la grande majorité étant de 15 francs par enfant et par mois.

Le 19 décembre 1960, le Grand Conseil pria le Conseil d'Etat de rédiger un contre-projet à l'initiative susmentionnée. Il était d'avis qu'une loi devait tenir compte, plus que ne le faisait le texte de l'initiative, des conditions existantes et qu'en particulier il devait être possible de libérer de l'assujettissement à la loi les employeurs qui versaient déjà des allocations pour enfants en vertu de conventions. Le 21 février 1962, le Conseil d'Etat soumit au Grand Conseil un projet de loi sur les allocations pour enfants aux salariés qui fut adopté sans opposition par ledit conseil le 6 août 1962, après que quelques modifications sans importance aient été décidées. Enfin, en vote populaire, la loi fut adoptée, le 4 novembre 1962, par 9188 oui contre 3171 non, ce qui rendait l'initiative législative sans objet.

Le 27 décembre 1962, le Conseil d'Etat a édicté le règlement d'exécution de la loi sur les allocations pour enfants aux salariés du 6 août 1962.

2. Champ d'application

Sont assujettis à la loi tous les employeurs qui ont leur domicile, un siège, une succursale ou un établissement dans le canton ; l'assujettissement concerne tous les salariés occupés dans l'entreprise. Ne sont pas assujettis à la loi les administrations et établissements d'Etats étrangers, ceux de la Confédération, y compris la Caisse nationale, les employeurs de l'agriculture, les employeurs de ménages privés pour leur personnel féminin ainsi que les employeurs pour leur conjoint travaillant dans l'entreprise. Les employeurs qui, en vertu d'une convention collective de travail ou d'une décision prise par leur association en accord avec les associations de salariés compétentes et liant tous les membres, ou en vertu de dispositions spéciales de droit public, versent des allocations de même genre et, dans l'ensemble, au moins de même valeur que les allocations légales sont libérés par le Conseil d'Etat, entièrement ou partiellement, de leur assujettissement à la loi. En vertu de ces dispositions, le canton et les communes peuvent aussi se faire libérer de l'assujettissement. L'assujettissement doit être révoqué lorsque les conditions légales ne sont plus remplies. Lorsque, dans une entreprise, une ou plusieurs conventions collectives s'appliquent à la majorité des salariés, la libération peut être étendue à tous les salariés à condition que les prestations légales minimales soient versées aussi aux salariés qui ne relèvent d'aucune convention collective.

Le Conseil d'Etat est compétent pour conclure avec d'autres cantons des accords de réciprocité destinés à éviter les conflits de compétence, et qui peuvent déroger aux dispositions légales en particulier en ce qui concerne l'assujettissement à la loi et le droit aux allocations.

3. Allocataires

Tous les salariés dont l'employeur est assujetti à la loi sont allocataires. Sont expressément exclues du droit aux allocations les personnes qui sont petits

paysans à titre de profession principale, bénéficient d'allocations familiales en vertu de la LFA et travaillent comme salariés à titre accessoire. Pour les salariés qui ne travaillent pas à plein temps ou qui ne sont salariés qu'à titre accessoire, l'allocation pour enfant est calculée d'après la durée du travail. Le droit à l'allocation pour enfant prend naissance et expire en même temps que le droit au salaire ; cependant, en cas d'accident, de maladie, de service militaire ou de décès, les allocations sont versées encore durant trois mois après l'extinction du droit au salaire.

Les salariés ne peuvent, en vertu de la loi, recevoir les allocations que pour leurs enfants vivant en Suisse. Cependant, le Conseil d'Etat peut « à certaines conditions reconnaître que les enfants vivant à l'étranger donnent aussi droit aux allocations ». Le gouvernement cantonal a fait usage de cette compétence et reconnu, pour les enfants résidant à l'étranger, les mêmes droits que pour les enfants demeurant en Suisse. Toutefois, lorsque le droit aux allocations est ouvert en vertu de la législation cantonale aussi bien que de la législation étrangère, les seules allocations dues sont celles de la législation du lieu de travail du père.

4. Allocations pour enfants

L'allocation pour enfant est d'au moins 15 francs par mois et par enfant. Donnent droit aux allocations les enfants légitimes et adoptifs, les enfants illégitimes et les enfants du conjoint que le salarié entretient de manière prépondérante, les enfants recueillis à l'entretien et à l'éducation desquels l'allocataire pourvoit gratuitement et de façon durable, et enfin les frères et sœurs du salarié qu'il entretient de façon prépondérante. La limite d'âge est fixée à 16 ans ; elle est reportée à 20 ans pour les enfants qui font des études ou sont en apprentissage ou qui sont incapables d'exercer une activité lucrative en raison d'une infirmité physique ou mentale. En ce qui concerne le cumul de droits, la loi prévoit qu'une seule allocation peut être versée lorsque les deux époux sont salariés, et qu'elle revient, en règle générale, au mari. Lorsque les parents sont divorcés ou séparés, l'allocation est versée à celui d'entre eux qui pourvoit de façon prépondérante à l'entretien de l'enfant et, en cas de doute, à celui qui a la garde de l'enfant. Si l'allocataire n'offre pas toute garantie que l'allocation sera utilisée conformément à son but, celle-ci sera versée à la personne, l'office ou l'institution qui s'occupe en fait de l'enfant. Les allocations non perçues peuvent être réclamées pour les douze mois précédant la date à laquelle l'allocataire a fait valoir son droit. La restitution d'allocations pour enfants perçues indûment est réglée de la même manière que celle des rentes AVS indûment touchées.

5. Organisation

Tous les employeurs assujettis à la loi sont tenus de s'affilier à une caisse de compensation pour allocations familiales reconnue par le Conseil d'Etat ou à la caisse cantonale. L'application de la loi est donc confiée, comme dans

la très grande majorité des autres cantons, à des caisses de compensation pour allocations familiales reconnues privées et à une caisse cantonale.

La loi prévoit les conditions de reconnaissance suivantes pour les caisses privées : une caisse de compensation pour allocations familiales doit être gérée par une ou plusieurs associations d'employeurs; elle doit prouver qu'elle groupe au moins vingt employeurs occupant 500 salariés au minimum ; elle doit fournir les prestations minimales prévues par la loi ; elle doit offrir toute garantie d'une bonne gestion et les dispositions qui la régissent doivent être conformes aux dispositions de la loi. La condition relative au nombre minimal d'employeurs et de salariés affiliés n'a cependant pas besoin d'être remplie par les caisses de compensation pour allocations familiales qui sont gérées par une caisse de compensation AVS professionnelle et qui sont instituées pour tous les employeurs affiliés à cette caisse. L'autorité de reconnaissance est le Conseil d'Etat auquel doivent être soumis pour approbation les statuts et règlements des caisses privées ainsi que leurs modifications et éventuelles décisions de dissolution ou de fusion. Les caisses existantes qui entendent être reconnues doivent présenter une demande à cette fin à la Direction du commerce et de l'industrie jusqu'au 30 avril 1963 au plus tard. Des caisses de compensation pour allocations familiales peuvent être créées le 1^{er} janvier 1966, pour la première fois et, par la suite, tous les cinq ans. La reconnaissance confère la personnalité juridique aux caisses de compensation pour allocations familiales. Celles-ci doivent être contrôlées chaque année par un organe de revision indépendant qui est tenu de remettre son rapport au Conseil d'Etat. Les caisses reconnues sont exemptées des impôts directs sur le revenu et la fortune, ainsi que des impôts sur les successions et les donations.

Le canton institue une caisse cantonale de compensation pour allocations familiales, organisme public indépendant ayant la personnalité juridique. Sa gestion est confiée à la caisse cantonale de compensation AVS. Toutes les personnes qui, dans les trois mois suivant l'acquisition de la qualité d'employeurs, ne se sont pas rattachées à une caisse privée reconnue sont affiliées à la caisse cantonale. Le Conseil d'Etat fixe périodiquement le montant des contributions d'employeurs à verser à la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales, ainsi que celui de l'allocation à payer par cette caisse ; il détermine également les versements à faire au fonds de réserve et l'indemnité allouée par le canton en raison des tâches administratives qu'assume la caisse en sus de celles qui lui incombent normalement.

6. Financement

Les allocations sont couvertes exclusivement par les contributions des employeurs calculées en pour cent des salaires soumis à cotisation dans l'AVS. Le fonds de réserve d'une caisse de compensation pour allocations familiales doit uniquement permettre de compenser les variations de dépenses et ne doit pas dépasser le montant des dépenses annuelles ; s'il y a dépassement, il faut, soit réduire les cotisations, soit augmenter les allocations.

7. Application et contentieux

C'est au Conseil d'Etat qu'il incombe de surveiller l'exécution de la loi et de contrôler que les caisses appliquent les dispositions de manière uniforme. En outre, la loi prévoit que les salariés et les employeurs, de même que les caisses de compensation pour allocations familiales et les organes chargés de l'administration et du contentieux dans le canton et les communes, sont tenus de fournir des renseignements, et que les personnes appliquant la loi doivent garder le secret envers des tiers. Les dispositions sur l'AVS sont applicables à titre subsidiaire ; tel est en particulier le cas pour les dispositions pénales de la LAVS.

Les décisions des caisses doivent être notifiées par écrit avec indication des motifs et des voies de droit. Les intéressés peuvent recourir contre les décisions des caisses, dans les trente jours de leur notification, auprès du Tribunal suprême du canton de Schaffhouse.

8. Entrée en vigueur

La loi et le règlement d'exécution entreront en vigueur le 1^{er} juillet 1963. Les contributions des employeurs seront perçues dès cette date tandis que le droit des salariés aux allocations prendra naissance le 1^{er} octobre 1963.

La prise en compte des cotisations et des mois de cotisations de l'année où s'ouvre le droit à la rente.

Les cotisations et les mois de cotisations de l'année où s'ouvre le droit à la rente revêtent une importance différente suivant qu'il s'agit de calculer la cotisation annuelle moyenne, de savoir si la durée minimum de cotisations est accomplie ou de déterminer le nombre d'années entières de cotisations, c'est-à-dire l'échelle de rentes applicable.

Pour calculer *la cotisation annuelle moyenne*, on applique — sous réserve du cas particulier prévu par l'article 51, 2^e alinéa, RAVS — la règle posée à l'article 30, 2^e alinéa, LAVS, selon laquelle sont prises en compte seulement les cotisations payées et les périodes de cotisations accomplies jusqu'à la fin de l'année précédant celle où s'ouvre le droit à la rente. Cette règle ne vaut que pour déterminer la cotisation annuelle moyenne, et n'est applicable *ni* pour la question de la *durée minimum de cotisations* (art. 29, 1^{er} al., et 18, 2^e al., LAVS), *ni* pour celle des *années entières de cotisations* de l'assuré, soit de l'échelle de rentes qui lui est applicable (art. 29, 2^e al., et 29 bis LAVS). A cet effet, les cotisations et les mois de cotisations de l'année où s'ouvre le droit à la

rente doivent toujours être entièrement pris en compte, et cela indépendamment du fait qu'ils soient exceptionnellement englobés dans le calcul de la cotisation annuelle moyenne (art. 51, 2^e al., RAVS) ou non. Voici un *exemple*:

Un Suisse de l'étranger, né le 3 septembre 1898, qui n'avait pas adhéré à l'assurance facultative, rentre au pays en octobre 1962. Il est assujéti à l'obligation de payer des cotisations jusqu'à l'accomplissement de sa 65^e année, soit jusqu'à fin septembre 1963. Dès le 1^{er} octobre 1963, il pourra prétendre une rente ordinaire de vieillesse, étant donné que, compte tenu des mois de cotisations de l'année où s'ouvre le droit à la rente, il remplit la condition de la durée minimum de cotisations (3 mois en 1962 et 9 mois en 1963 = 12 mois). De plus, dans ce cas particulier, les cotisations et les mois de cotisations de l'année où s'ouvre le droit à la rente sont également pris en compte, selon l'article 51, 2^e alinéa, RAVS, pour calculer la cotisation annuelle moyenne. Il faudrait procéder de la même façon si ce Suisse de l'étranger était par exemple déjà rentré au pays en juillet 1948 et avait depuis lors, sans interruption, versé les cotisations jusqu'à la naissance du droit à la rente de vieillesse en octobre 1963. Malgré les six mois de cotisations manquants en 1948 (de janvier jusqu'à juin), sa durée de cotisations serait complète, car cette lacune de cotisations serait comblée par les neuf mois de cotisations de l'année 1963 (durée de cotisations de la classe d'âge = 15 ans et 9 mois; sa durée de cotisations = 15 ans et 3 mois), de sorte que le nombre de ses années entières de cotisations serait égal à celui de sa classe d'âge. La rente de vieillesse lui revenant à partir du 1^{er} octobre 1963 serait donc calculée d'après l'échelle de rentes 20. Pour calculer la cotisation annuelle moyenne, en revanche, seules les cotisations versées et les périodes de cotisations accomplies jusqu'au 31 décembre 1962, soit 14 années et 6 mois (après suppression de l'année de cotisations la plus mauvaise, 13 années et 6 mois), seraient prises en compte.

Ces derniers temps, cette réglementation n'a plus été appliquée de façon uniforme, raison pour laquelle elle doit être rappelée ici. Il sied d'ailleurs de renvoyer à l'article publié à ce sujet dans la RCC 1958, p. 414.

Problèmes d'application de l'AI ¹

Infirmités congénitales :

L'absence de dents avec impossibilité de mastication

Conformément à une proposition faite par la Société suisse d'odontologie, et pour assurer un jugement équitable de tous les cas d'impossibilité de mastication (art. 2, chiffre 55, OIC), il est recommandé de considérer comme infir-

¹ Extraits du « Bulletin de l'AI » n° 42.

mité congénitale le manque de germes d'au moins trois dents frontales ou d'au moins cinq dents (seconde dentition) de la mâchoire supérieure ou inférieure, sans tenir compte des dents de sagesse et des dents qui ont été extraites. Les canines sont considérées ici comme dents frontales.

Infirmités congénitales :

La reconnaissance dans des cas d'espèce

En vertu de l'article 3, 2^e alinéa, OIC, le Département fédéral de l'intérieur a désigné comme infirmités congénitales, dans deux cas, la **mégencéphalie** et l'**hypoglycémie spontanée idiopathique**. Il a autorisé l'OFAS à les reconnaître également comme telles dans les cas qu'il aurait à juger désormais. Les demandes concernant ces deux affections seront présentées à l'OFAS avec preuves à l'appui.

Moyens auxiliaires : Les bas à varices

Les bas élastiques à varices ou les bandes à varices *ne sont pas des moyens auxiliaires* nécessaires à la réadaptation à la vie professionnelle au sens de l'article 21 LAI. Ils servent principalement à améliorer la circulation du sang dans les jambes et visent par conséquent le traitement d'une affection qui ne peut être mis à la charge de l'AI ni en vertu de l'article 12, ni en vertu de l'article 13 LAI.

La remise de cyclomoteurs en cas de formation professionnelle initiale ou de reclassement

La remise de véhicules à moteur en cas de formation professionnelle initiale ou de reclassement est exclue, vu que cette mesure suppose l'exercice d'une activité permettant à l'invalidé de couvrir ses besoins. En revanche, dans ces cas-là, l'AI peut accorder des cyclomoteurs (cylindrée jusqu'à 50 cm³, vitesse max. 30 km/h.) qui, contrairement aux motocycles légers, ne sont pas considérés comme des véhicules à moteur au sens de la législation sur la circulation routière ; toutefois, il faut que leur utilisation soit nécessitée par l'invalidité.

BIBLIOGRAPHIE

Fiches juridiques suisses : Le régime des allocations pour perte de gain. Fiches de remplacement 928 et 929. Etat de la législation et de la jurisprudence le 1^{er} juillet 1962. Mise à jour par MM. Albert Granacher et Hans Naef. Genève 1962.

Armin Löwe: **Haus-Spracherziehung für hörgeschädigte Kleinkinder.** Ein neuer Weg in der Früherziehung hörgeschädigter Kinder. 84 pages. Berlin 1962. (« Heilpädagogische Beiträge » publiés par Gerhard Heese, fasc. 6.)

B. de Montmollin : **Le traitement chirurgical de l'arthrose de la hanche.** Conférence. 12 p., ill. (Bulletin N° 4 de la Ligue vaudoise contre le rhumatisme, Lausanne, novembre 1962.)

Hans Petersen : **Der Absehunterricht für Erwachsene.** (« Monatsblatt des Bundes Schweizerischer Schwerhörigen-Vereine », Lucerne, 1960, fasc. 9, p. 266-270.)

F. Sandmeier : **Die berufliche Eingliederung der jugendlichen Invaliden in der Schweiz.** Conférence prononcée lors de l'assemblée plénière de l'Association européenne de médecine sociale à Turin. 23 pages. Résumé français. Tirage à part de « Praxis », revue suisse de médecine, 1961, n° 39, p. 1020-1026.

Wallace Taylor et Isabelle Wagner : **Special education of physically handicapped children in Western Europe.** (... in Switzerland = p. 451-476 !) Ed. : International Society for Rehabilitation of the Disabled, New York. 15 + 497 p. Lochem (Pays-Bas), 1960.

Konrad Widmer : **« Hinweise ».** Ergänzungen zur 6. Auflage der « Einführung in die Heilpädagogik » von Heinrich Hanselmann. 23 pages. Zurich, Rotapfel-Verlag, 1962.

PETITES INFORMATIONS

Commission fédérale AVS/AI

M. Marcel Gard, conseiller d'Etat, Sierre, a quitté la Commission à la fin de l'année 1962. Dans sa séance du 5 février 1963, le Conseil fédéral a nommé un nouveau membre de la Commission, pour le reste de la période administrative, en la personne de M. Plinio Cioccarì, conseiller d'Etat, Bellinzone.

Conseil d'administration du Fonds de compensation de l'AVS

M. Ernst Aebi, sous-directeur de l'Union suisse des paysans, Brougg, a quitté le conseil d'administration à la fin de l'année 1962. Sur la proposition de la Commission fédérale AVS/AI, le Conseil fédéral, dans sa séance du 5 février 1963, lui a donné un successeur pour le reste de la période administrative; c'est M. Willi Neukomm, sous-directeur de l'Union suisse des paysans, Brougg. Il a nommé en outre un nouveau suppléant au sein du conseil d'administration en la personne de M. Josef Studer, Genève.

Allocations familiales dans le canton de Berne

Aux termes de la loi en vigueur, les salariés étrangers n'ont droit aux allocations pour enfants que s'ils vivent avec ceux-ci de façon permanente en Suisse. Le 10 février, un projet de modification de la loi a été accepté en votation populaire par 33 389 voix contre 14 905. Selon la nouvelle disposition, le Conseil exécutif a la faculté de renoncer à la condition précitée pour les ressortissants d'Etats déterminés et d'édicter des dispositions spéciales concernant le droit aux allocations.

Allocations familiales dans le canton de Fribourg

Aux termes d'un arrêté du Conseil d'Etat du 8 janvier 1963, le taux de la contribution due à la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales par les employeurs n'appartenant pas à l'agriculture a été fixé, pour 1963, à 3,2 pour cent des salaires en espèces et en nature soumis à cotisations dans l'AVS. Jusqu'ici, cette contribution s'élevait à 3,5 pour cent. Quant aux employeurs de l'agriculture, ils ont à payer à la caisse cantonale une contribution de 2,2 pour cent des salaires. La contribution fédérale de 1,3 pour cent s'ajoutant à la contribution cantonale, la contribution globale s'élève, pour le régime agricole, à 3,5 pour cent comme jusqu'ici.

Par ailleurs, les caisses de compensation pour allocations familiales reconnues encaissent, depuis le 1^{er} janvier 1963, auprès des employeurs n'appartenant pas à l'agriculture une contribution spéciale représentant la participation patronale à

l'enseignement professionnel. La loi du 27 novembre 1959, modifiant celle du 2 février 1937 appliquant la loi fédérale sur la formation professionnelle, prévoit en effet le prélèvement d'une contribution patronale aux charges financières des locaux et installations des écoles complémentaires professionnelles. La moitié de cette contribution est à la charge des employeurs au sens de la législation cantonale sur les allocations familiales, à l'exception des employeurs de l'agriculture, et se calcule en pour mille des salaires soumis à contribution. Son taux est fixé actuellement à 0,25 pour mille.

Le 15 janvier 1963, le Conseil d'Etat a pris un arrêté modifiant l'arrêté d'exécution de la loi sur les allocations familiales. Depuis le 1^{er} janvier 1963, le droit à l'allocation subsiste en cas de maladie pendant 12 mois (jusqu'ici 6 mois) au plus au cours d'une période de 18 mois consécutifs (jusqu'ici 12 mois) après l'extinction du droit au salaire. De plus, l'allocation entière est payée si le salarié a travaillé durant 20 jours par mois ou 160 heures pour deux quinzaines (jusqu'ici 25 jours ou 180 heures).

Nouvelles personnelles

M. André Pettavel, qui a longtemps dirigé la caisse de compensation « Horlogerie », a quitté son poste pour raisons d'âge. Le comité de direction a nommé son successeur en la personne de M. Rudolf Berner.

Erratum RCC 1961

A la page 455, à la deuxième ligne de l'article sur le strabisme, lire *strabisme concomitant* et non pas *strabisme convergent*.

Errata de la circulaire du 15 janvier 1963 concernant le statut des réfugiés dans l'AVS et l'AI

Sous n° 41, le terme « carte d'identité pour étrangers » doit être remplacé par *livret pour étrangers*, et sous n° 43 le terme « carte d'identité » par *certificat d'identité*.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 24 octobre 1962, en la cause B. B.

Article 16, 1^{er} alinéa, LAVS. Si, lors de la survenance de l'événement assuré, des cotisations n'ont pas encore fait l'objet d'une décision, seules les cotisations non prescrites peuvent être exigées après coup ou compensées avec la rente.

Articolo 16, capoverso 1, LAVS. Se, all'avverarsi dell'evento assicurato, i contributi non sono ancora stati fissati in una decisione, si può esigere il pagamento o effettuare la compensazione con le rendite soltanto dei contributi arretrati non prescritti.

L'appelant apatride, ayant atteint l'âge de 65 ans en avril 1960, demanda à être mis au bénéfice d'une rente de vieillesse. Selon les constatations faites par la caisse de compensation, il n'avait payé aucune cotisation de 1954 à 1956 (séjour à l'étranger) et ne remplissait dès lors pas la condition de la durée de cotisations de dix ans prévue à l'article 18, 2^e alinéa, LAVS. Sa demande de rente fut écartée et, sur son recours, la décision de la caisse de compensation fut confirmée par l'autorité de première instance. L'appel interjeté contre ce jugement fut écarté par le TFA qui, en ce qui concerne le paiement après coup et la compensation de cotisations dans un cas de rente, s'est prononcé comme suit:

1.

2. Malgré la lacune de séjour des années 1954 à 1956, l'appelant apatride aurait droit à la rente s'il avait payé les cotisations AVS pendant dix années entières au moins (art. 18, 2^e alinéa, LAVS, en corrélation avec l'article 5 de la convention internationale relative au statut des réfugiés). Or, cette condition aussi n'est pas remplie en l'espèce, puisque, au cours de la durée de cotisations de douze ans et quatre mois (janvier 1948 à avril 1960), aucune cotisation n'a été payée pendant trois ans au total (1954 à 1956).

Certes, dans son rapport, la police cantonale des étrangers atteste que, durant son séjour à l'étranger de décembre 1954 à avril 1956, l'appelant avait maintenu son domicile civil en Suisse et continuait ainsi à être soumis à l'obligation de payer des cotisations (art. 1^{er}, 1^{er} al., lettre a; art. 3, 1^{er} al., et art. 10 LAVS). Toutefois, aucune cotisation ne peut plus être versée après coup pour cette période ou compensée par la caisse de compensation avec d'éventuels montants de rentes dues, parce

que, durant le délai de prescription prévu par l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS (qui a pris fin, pour l'année de cotisations 1955, à fin décembre 1960 et pour l'année de cotisations 1956, à fin décembre 1961), aucune décision exigeant le paiement après coup de cotisations n'a été rendue par la caisse de compensation. Toute prescription intervenue selon l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS a les effets d'une péremption absolue: une créance de cotisations qui ne fait pas l'objet d'une décision dûment notifiée dans le délai de cinq ans s'éteint et ne peut plus être exercée après coup, même si la lacune de cotisations qui en résulte est imputable à une omission de la caisse de compensation (ATFA 1955, p. 196 et 271; 1957, p. 45; 1958, p. 199; arrêts du TFA en la cause A. V., du 29 janvier 1959, RCC 1959, p. 400, et en la cause I. K., du 21 avril 1961, considérant 2, RCC 1961, p. 332). C'est la raison pour laquelle il n'y a pas lieu d'examiner en la procédure actuelle si le fait de ne pas avoir exigé après coup le versement de cotisations pour les années 1955 et 1956, lorsque l'appelant a présenté sa demande de rente, constitue ou non une omission de la part de la caisse de compensation.

3.

Arrêt du TFA, du 7 septembre 1962, en la cause J. S.

Articles 37 et 39 RAVS. La procédure de sommation prévue par l'article 37 RAVS ne doit pas être engagée avant l'envoi d'une décision de cotisations arriérées.

Articoli 37 e 39 OAVS. La procedura d'intimazione prevista dall'articolo 37 OAVS non può essere iniziata prima dell'emanazione di una decisione di pagamento dei contributi arretrati.

L'autorité fiscale, en taxant le revenu d'un agriculteur pour les années 1959 et 1960, avait, pour chaque année, admis la déduction de salaires en espèces s'élevant à 1400 francs. La caisse de compensation constata qu'aucune cotisation n'avait été acquittée sur ces salaires. L'agriculteur alléguait qu'il n'avait, ces années-là, occupé que son fils adoptif, né en 1943, à qui il n'aurait versé aucun salaire en espèces. Les salaires pour main-d'œuvre étrangère au domaine indiqués dans la déclaration fiscale correspondent à des sommes et prestations en nature allouées à des écoliers qui l'avaient aidé pour la récolte des pommes de terre et celles des carottes. Ces prestations ne sont pas soumises à cotisations. La caisse de compensation invita l'agriculteur à lui fournir des renseignements sur les destinataires des sommes versées. Celui-ci n'ayant pas répondu à cette invitation, la caisse réclama les cotisations paritaires arriérées et l'agriculteur forma recours.

L'autorité juridictionnelle de première instance annula la décision de la caisse pour le motif que celle-ci n'avait pas, avant l'envoi de cette décision, engagé la procédure de sommation prévue par les articles 37 et 38 RAVS. La caisse interjeta appel de cette décision au TFA. La juridiction fédérale a admis cet appel et renvoyé la cause aux premiers juges pour examen quant au fond. Elle a émis les considérants suivants:

1. Selon l'article 13 LAVS, en liaison avec l'article 12, tout employeur ayant un établissement stable en Suisse et allouant des rétributions du travail à des personnes obligatoirement assurées doit verser à la caisse de compensation compétente les cotisations paritaires légales sur les salaires attribués à son personnel. Il doit payer celles-ci périodiquement en indiquant les dates nécessaires à l'exécution d'un contrôle approprié. S'il néglige, malgré sommation, de fournir ces indications, ou s'il ne fournit que

des renseignements incomplets ou inexacts sur les sommes et les périodes de salaire, la caisse de compensation fixera, le cas échéant, les cotisations dues dans une taxation d'office (art. 14, 3^e al., LAVS; art. 34 ss RAVS). Si elle est informée après coup seulement du fait que l'employeur a versé des cotisations inférieures à celles qui étaient dues, la caisse doit, autant que sa créance n'est pas prescrite, réclamer le paiement des cotisations arriérées dans une décision, qui doit être prise selon l'article 39 RAVS (arrêt du TFA, du 22 mai 1953, en la cause J. M.; RCC 1953, p. 271).

L'article 39 RAVS institue, du moins en ce qui concerne les cotisations paritaires, une réglementation autonome et complète qui se situe en dehors de la procédure ordinaire de perception des cotisations. Contrairement à l'opinion de l'autorité de première instance, la caisse n'avait aucune sommation à notifier avant de prendre sa décision réclamant des cotisations arriérées. En effet, la sommation prévue par l'article 37 RAVS n'est envoyée que dans la procédure ordinaire de perception des cotisations, ainsi qu'en vue du paiement des cotisations. Elle n'est pas nécessaire en cas de réclamation du paiement de cotisations arriérées, comme le laisse entendre clairement l'article 39 RAVS.

Du moment que l'autorité de première instance a admis à tort que la procédure de sommation devait être engagée avant l'envoi d'une décision réclamant le paiement de cotisations arriérées, le jugement de cette autorité doit être annulé.

2. ...

RENTES

Arrêt du TFA, du 5 septembre 1962, en la cause S. P.

Article 29, 1^{er} alinéa, LAVS. La femme divorcée n'a droit à une rente ordinaire de vieillesse simple que si elle a payé elle-même des cotisations pendant au moins une année entière.

Articolo 29, capoverso 1, LAVS. La donna divorziata ha diritto a una rendita ordinaria semplice di vecchiaia, soltanto se ha pagato essa stessa i contributi durante almeno un anno intero.

L'assurée, née en 1898, divorcée depuis le 29 septembre 1960, a versé des cotisations AVS du 1^{er} octobre 1960 à juillet 1961, mois au cours duquel elle a atteint l'âge de 63 ans. La caisse de compensation lui a refusé toute rente de vieillesse, du fait que l'assurée ne remplissait pas les conditions requises pour être mise au bénéfice d'une rente ordinaire ou extraordinaire de vieillesse simple. Un recours contre la décision de la caisse n'eut aucune suite favorable.

Le TFA, qui avait été saisi de la cause, a rejeté l'appel pour les motifs suivants:

Il n'est pas contesté que l'appelante, dont le divorce a été prononcé le 29 septembre 1960, n'a été soumise à l'obligation de cotiser que pendant dix mois, soit du 1^{er} octobre 1960 au 31 juillet 1961. Or, d'après le système de la LAVS, les rentes ordinaires sont réservées aux assurés qui ont payé des cotisations pendant une année entière au moins (art. 29, 1^{er} al., LAVS). Dans l'arrêt M. H. du 3 février 1959 (ATFA 1959, p. 59 = RCC 1959, p. 161), le TFA a déclaré que la condition de durée minimum de cotisations devait également être remplie par la femme divorcée et que le juge ne saurait adopter une autre solution, plus favorable à cette catégorie d'assurés, sans donner une interprétation de la loi contraire au sens et au texte précis des

dispositions applicables. La caisse de compensation s'est donc conformée à la loi et aux principes jurisprudentiels en décidant que la requérante ne pouvait prétendre une rente ordinaire de vieillesse.

Le mandataire de la requérante fait valoir en appel que la situation s'est modifiée depuis le 1^{er} janvier 1960, date de l'entrée en vigueur de la loi du 19 juin 1959 revisant et complétant les dispositions antérieures. Or, dans un arrêt précédent, le TFA s'est déjà prononcé sur cette question. Il est arrivé à la conclusion que la loi du 19 juin 1959 n'avait apporté aucun changement important sur ce point et que depuis 1960, comme auparavant, les femmes divorcées devaient avoir acquitté des cotisations pendant une année au moins pour avoir droit à une rente ordinaire.

Le mandataire de la requérante se réfère également aux arrêts H., du 16 juin 1953 (ATFA 1953, p. 219) et F. G., du 14 novembre 1955 (ibid. 1955, p. 272 = RCC 1956, p. 110). Ces deux cas ne peuvent toutefois être rapprochés de l'espèce, et l'application analogique de l'article 33, 3^e alinéa, LAVS — dont les conditions d'application ne seraient pas réalisées ici — ne peut être envisagée.

Le TFA a reconnu, certes, que la solution à adopter dans les cas où, comme dans l'espèce, une femme divorcée n'avait pas eu la possibilité d'acquitter des cotisations pendant une année au moins n'était pas satisfaisante. Il ne faut cependant pas perdre de vue que c'est en premier lieu au juge civil à sauvegarder les droits futurs envers l'AVS des époux au moment du divorce, en ratifiant ou en ne ratifiant pas les conventions réglant les effets accessoires du divorce...

Assurance-invalidité

R É A D A P T A T I O N

Arrêt du TFA, du 17 septembre 1962, en la cause B. B.¹

Article 78, 2^e alinéa, RAI. Opération de la cataracte à considérer comme urgente dans le cas d'un dentiste indépendant. (Considérant 1.)

Article 12 LAI. Lorsqu'une mesure médicale présente aussi bien les caractéristiques du traitement de l'affection comme telle que celles de la réadaptation professionnelle, on examinera si le traitement de l'affection relègue à l'arrière-plan les desseins également présents de réadaptation professionnelle. C'est en général le cas quand le but prépondérant de la mesure est de guérir ou d'atténuer un état pathologique labile ou évolutif. Si la mesure médicale requise n'appartient pas au traitement proprement dit de l'affection, il faut alors examiner, en particulier sur la base de la situation professionnelle de l'assuré, si elle est principalement destinée à améliorer ou à sauvegarder de façon durable et importante la capacité de gain de l'assuré, ou si elle poursuit un autre but. (Considérant 2.)

Article 12 LAI. L'opération de la cataracte n'appartient pas au traitement proprement dit de l'affection. Elle est seule propre à sauver l'existence professionnelle d'un dentiste âgé de 44 ans; elle est donc principalement

¹ Un commentaire à ce sujet paraîtra dans un prochain numéro.

destinée à sauvegarder la capacité de gain de l'assuré au sens de l'article 12 LAI. (Considérant 3.)

Article 21 LAI. Lorsque l'opération de la cataracte représente une mesure de réadaptation au sens de la LAI, on reconnaîtra à l'assuré également le droit à la remise d'une paire de lunettes (verres à cataracte). (Considérant 4.)

Articolo 78, capoverso 2, OAI. L'operazione della cataratta dev'essere considerata di carattere urgente nel caso di un dentista esercitante un'attività indipendente. (Considerando 1.)

Articolo 12 LAI. Quando un provvedimento sanitario ha sia le caratteristiche della cura vera e propria del male come quelle dell'integrazione professionale, si esaminerà se la cura vera e propria del male prevale sullo scopo dell'integrazione. Ciò è in generale il caso, quando la cura mira alla guarigione o al lenimento di uno stato patologico labile. Se il provvedimento sanitario richiesto non rientra nell'ambito della cura specifica dell'infermità, occorrerà allora esaminare, fondandosi particolarmente sulla situazione professionale dell'assicurato, se detto provvedimento è destinato in primo luogo a migliorare o a conservare in modo duraturo e sostanziale la capacità al guadagno dell'assicurato, o se esso mira ad altri scopi. (Considerando 2.)

Articolo 12 LAI. L'operazione della cataratta non è considerata cura vera e propria del male. Nel caso di un dentista 44enne, essa costituisce l'unico provvedimento sanitario atto a salvare la sua esistenza professionale ed ha pertanto come scopo principale quello di conservare la capacità al guadagno dell'assicurato a' sensi dell'articolo 12 LAI. (Considerando 3.)

Articolo 21 LAI. Se l'operazione della cataratta costituisce un provvedimento d'integrazione a' sensi dell'articolo 12 LAI, si riconoscerà all'assicurato pure il diritto alla consegna di un paio di occhiali con apposite lenti. (Considerando 4.)

L'assuré, né en 1918, possède son propre cabinet dentaire. En mai 1961, il demanda des prestations de l'AI. Le rapport médical précisait qu'il souffrait de cataracte grise aux deux yeux (cataracta praesenilis); il pouvait encore travailler, car l'acuité visuelle d'un œil était encore suffisante, mais son affection finirait par entraîner une incapacité de gain complète si l'on ne procédait pas à une opération des deux yeux. Le 24 novembre 1961, l'assuré informa la commission AI que son affection avait évolué à tel point qu'il ne pouvait pratiquement plus exercer sa profession, et que par conséquent son œil gauche devait être opéré au plus vite. La caisse de compensation informa l'assuré que l'AI ne pouvait assumer les frais de l'opération et de la remise de verres à cataracte.

L'autorité cantonale de recours rejeta le recours de l'assuré. Les motifs invoqués par ce tribunal peuvent se résumer ainsi: L'opération de la cataracte présente aussi bien les caractéristiques de la réadaptation que celles du traitement de l'affection comme telle. Cependant, celles-ci étant prépondérantes, l'opération ne pouvait être prise en charge par l'AI. L'assurance ne pouvait pas davantage accorder une paire de verres à cataracte, ce moyen auxiliaire ne pouvant être remis que pour compléter des mesures médicales de réadaptation. L'octroi éventuel d'une rente, demandé par l'assuré, n'entraînait pas en ligne de compte.

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

1. Comme le TFA l'a exposé dans son arrêt du 4 septembre 1962 en la cause L. E. (RCC 1962, p. 442), l'AI ne prend en charge, en principe, que les mesures de réadap-

tation ordonnées par la commission AI avant d'être exécutées (cf. art. 60, 1^{er} al., lettre b, LAI). Il fallait, néanmoins, admettre des exceptions à cette règle; c'est ce que le Conseil fédéral a fait à l'article 78, 2^e alinéa, RAI. La prise en charge exceptionnelle de mesures de réadaptation qui ont été appliquées avant d'avoir été prescrites y est soumise à deux conditions: Premièrement, il doit s'agir d'une mesure urgente, que dans l'intérêt de l'assuré l'on ne pouvait remettre à plus tard; ensuite, il faut que l'assuré ait déposé sa demande au plus tard trois mois après le début de l'application de cette mesure.

En l'espèce, l'urgence de l'opération de la cataracte doit être admise. Dentiste indépendant, l'assuré était obligé de mettre tout en œuvre pour rétablir au plus vite son entière capacité de gain. La question du délai de trois mois ne se pose pas ici, car l'opération n'a été entreprise qu'après le dépôt de la demande à l'AI. Du point de vue formel, il n'y a donc pas d'obstacle à la prise en charge de l'opération par l'AI.

2. La question litigieuse est de savoir si l'opération de la cataracte représente ou non une mesure de réadaptation au sens de l'article 12 LAI. « Traitement de l'affection comme telle » et « réadaptation » sont deux notions qui ne constituent pas nécessairement une antithèse, comme on pourrait en conclure de la teneur de cet article. L'expérience montre, bien plutôt, que la même mesure peut présenter aussi bien les caractéristiques du traitement de l'affection comme telle que celles de la réadaptation. Il y a mesure de réadaptation lorsqu'on ne peut parler d'un traitement de l'affection comme telle et que la mesure appliquée est de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. On examinera donc tout d'abord si un acte médical est une mesure de traitement proprement dit, qui l'emporte toujours sur la réadaptation; c'est le cas, en règle générale, lorsque cet acte vise principalement à guérir ou à atténuer un état pathologique labile ou évolutif. Lorsque le caractère de traitement proprement dit n'est pas ainsi établi, on examinera ensuite si la mesure envisagée sert principalement à la réadaptation professionnelle ou vise d'autres buts. La situation professionnelle de l'assuré est déterminante dans cet examen.

3. On ne peut dire que l'opération de la cataracte fasse partie du traitement proprement dit de l'affection. Elle n'a pas pour but de guérir un état pathologique labile, mais vise uniquement à éliminer, par l'ablation de la lentille devenue opaque, donc inutile, une affection qui se serait, quoi qu'il en soit, stabilisée spontanément. On peut comparer cette opération à l'amputation d'un orteil déformé ou de doigts estropiés (main en griffe), amputation qui vise uniquement à améliorer le fonctionnement de ces extrémités.

Dans ces conditions, il faut se demander si l'opération de la cataracte, en l'espèce, vise principalement le but de réadaptation prévu à l'article 12 LAI. L'assuré, dentiste âgé de 44 ans, se trouve encore dans la première moitié de la période que l'on considère normalement comme la période d'activité d'un universitaire indépendant; en général, la seconde moitié de cette période est la plus productive, celle qui rapporte les meilleurs bénéfices. L'opération de la cataracte s'est révélée nécessaire à un moment où l'assuré avait encore devant lui la partie la plus longue et la plus productive de sa carrière. Elle était le seul moyen d'assurer son existence professionnelle, et le succès de cette intervention devait sauvegarder sa capacité de gain comme dentiste et le préserver d'une invalidité très prononcée. Dans de telles circonstances, c'est avant tout en vue de la capacité de gain qu'il importe de sauvegarder l'acuité visuelle, les autres buts n'étant que secondaires. Entre l'intérêt à sauvegarder une fonction qui n'est pas physiologiquement indispensable à l'existence, et dont la perte n'est pas trop pénible physiquement et moralement, et l'intérêt à empêcher, par un acte médical, la ruine imminente d'une

existence professionnelle, bien avant le terme où celle-ci prend fin normalement, c'est évidemment le second intérêt qui l'emporte. L'opération de la cataracte à laquelle l'assuré s'est soumis représente donc une mesure de réadaptation au sens de l'article 12 LAI.

4. La commission AI fixera le montant des prestations liées à cette opération. Celle-ci étant une mesure de réadaptation, l'assuré a droit aussi à la remise de verres à cataracte en vertu de l'article 21, 2^e alinéa, LAI.

...

Arrêt du TFA, du 5 octobre 1962, en la cause H. H.

Article 12 LAI. Un traitement proprement dit de l'affection (p. ex. la thérapie des maladies infectieuses) n'est pas réputé mesure médicale au sens de l'article 12 LAI. Lorsqu'on n'a pas affaire à un traitement proprement dit de l'affection, il y a lieu d'examiner si l'acte médical vise principalement la réadaptation professionnelle ou s'il a d'autres buts. (Considérant 1.)

Article 12 LAI. Dans le cas d'une assurée âgée de 49 ans, les actes médicaux visant à éliminer des troubles de la circulation sanguine et l'obstruction des voies lymphatiques, séquelles d'une poliomyélite, ont pour but prépondérant la guérison d'un état pathologique labile ou évolutif, but qui relègue à l'arrière-plan les desseins également présents de réadaptation professionnelle. L'AI n'est donc pas tenue d'allouer des prestations dans ce cas. (Considérant 2.)

Articolo 12 LAI. Una cura vera e propria del male (p. es. la cura di malattie infettive) non costituisce provvedimento sanitario nel senso dell'articolo 12 LAI. Ove non vi sia una cura del male propriamente detta, deve essere esaminata se l'intervento medico mira in primo luogo all'integrazione professionale o ad altri scopi. (Considerando 1.)

Articolo 12 LAI. Nel caso di un'assicurata 49enne, gli interventi medici tendenti ad eliminare i disturbi d'irrorazione sanguigna e d'ostruzione delle vie linfatiche, sequele di una poliomielite, hanno per scopo principale di guarire uno stato patologico labile che prevale sul fine dell'integrazione. In questo caso l'AI non deve pertanto assegnare delle prestazioni. (Considerando 2.)

L'assurée, née en 1913, fit une poliomyélite en 1929. Depuis lors, sa jambe droite est presque entièrement paralysée; le tronc présente également des symptômes de paralysie. En décembre 1959, de graves troubles de la circulation sanguine apparurent dans la jambe paralysée; c'est pourquoi l'assurée dut suivre un traitement à l'hôpital du 12 décembre 1959 au 2 avril 1960. Après un bref séjour de convalescence, l'assurée se plaignit de nouveaux troubles et dut entrer le 27 mai 1960 dans une clinique où elle resta jusqu'au 13 juin suivant. Par la suite, une obstruction partielle des voies lymphatiques provoqua de nouveaux troubles à la jambe droite; l'assurée dut séjourner dans un autre hôpital du 20 juillet au 22 septembre 1960. Le 17 octobre suivant, elle put enfin reprendre son travail dans une fabrique de souliers, qu'elle avait dû interrompre en décembre 1959.

L'assurée présente une première demande à l'AI en mars 1960. La caisse de compensation décida que le traitement médical appliqué dans le premier hôpital serait payé par l'AI dès le 1^{er} janvier 1960. Cette décision passa en force. L'assurée demanda

ensuite à l'AI de prendre en charge aussi les frais du traitement reçu à la clinique et dans le deuxième hôpital, mais cette seconde demande fut rejetée, car il s'agissait là d'un traitement de l'affection comme telle.

Le recours de l'assurée fut agréé par l'autorité cantonale de recours. Celle-ci ordonna à la caisse de prendre en charge les frais des mesures appliquées, alléguant que celles-ci visaient principalement à rétablir la capacité de gain de l'assurée.

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

1. Aux termes de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit aux mesures médicales qui sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle, mais n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Le TFA s'est prononcé sur la portée de cette disposition dans son arrêt du 28 mars 1961 en la cause A. Sch. (RCC 1961, p. 207), qui est fréquemment cité par l'OFAS; il a repris la question dans un arrêt du 17 septembre 1962 en la cause B. B. (p. 117 du présent numéro). Dans la présente cause, le TFA croit devoir préciser et compléter ses arguments de la manière suivante.

Il est des mesures qui appartiennent manifestement au traitement de l'affection comme telle (p. ex. la thérapie des nombreuses affections infectieuses, comme celles des organes de la respiration). D'autre part, il y a aussi des actes médicaux indispensables à l'exercice d'une profession, et qui appartiennent manifestement aux mesures de réadaptation. L'expérience montre qu'une seule et même mesure présente souvent certains caractères du traitement de l'affection comme telle *et* de la réadaptation. C'est pourquoi, dans de nombreux cas, on ne peut distinguer nettement le traitement de l'affection comme telle et la réadaptation; ces deux notions ne constituent pas nécessairement une antithèse, comme on pourrait en conclure de la teneur allemande de la loi (art. 12, 1^{er} alinéa, LAI), alors que la teneur française donne une nuance de sens différente. Une mesure médicale appartient à la réadaptation si elle ne fait pas partie du traitement proprement dit de l'affection et si elle est de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Il faut donc — si le caractère n'en est pas d'emblée évident — vérifier que l'objet des mesures médicales ne soit pas le traitement proprement dit de l'affection et que cet objet ne relègue pas à l'arrière-plan les desseins également présents de réadaptation professionnelle; le caractère de traitement proprement dit l'emportera, en règle générale, lorsque le but prépondérant des mesures est de guérir ou d'atténuer un état pathologique évolutif ou labile. Lorsque le caractère de traitement proprement dit n'est pas ainsi établi, il y a lieu ensuite de rechercher si la mesure envisagée vise avant tout la réadaptation professionnelle ou d'autres buts. Cet examen du but des actes médicaux a toujours été considéré par le TFA, dès les débuts de l'AI, comme déterminant.

2. En l'espèce, les actes médicaux étaient destinés à éliminer les troubles de la circulation sanguine et l'obstruction des voies lymphatiques; ils visaient donc principalement la guérison d'un état pathologique labile. Ils font donc partie du traitement proprement dit de l'affection, qui relègue à l'arrière-plan les desseins également présents de réadaptation professionnelle. Le fait que les troubles circulatoires ont affecté la jambe déjà malade et étaient causés probablement par la poliomyélite de l'assurée n'y change rien. On pourrait concevoir, certes, notamment chez des jeunes assurés atteints de poliomyélite, que les mesures appliquées pour éliminer ces troubles soient prises en charge par l'AI en corrélation avec d'autres mesures médicales de réadaptation, car il faut considérer alors le but de cet ensemble de mesures (arrêt N. Ch. du 19 décembre

1961, RCC 1962, p. 252). Toutefois, telle n'est pas la situation en l'espèce, car il n'est pas question ici d'autres actes médicaux.

...

*Arrêt du TFA, du 12 octobre 1962, en la cause H. V.*¹

Article 78, 2^e alinéa, RAI. Cette disposition ne peut être opposée à un assuré qui, après la notification d'une décision négative de la caisse, fait appliquer une mesure de réadaptation sans attendre l'issue de la procédure de recours. (Considérant 1.)

Article 12 LAI. Un traitement proprement dit de l'affection (p. ex. les actes médicaux relatifs à des maladies infectieuses) n'est pas réputé mesure médicale au sens de l'article 12 LAI. Si un acte médical présente aussi bien les caractéristiques du traitement de l'affection comme telle que de la réadaptation professionnelle, et ne représente pas un traitement proprement dit de l'affection, il y a lieu d'examiner si c'est le traitement de l'affection comme telle ou la réadaptation professionnelle qui l'emporte. A cet effet, on se fondera en particulier sur la situation professionnelle de l'assuré avec ou sans l'exécution de cet acte médical. (Considérant 2.)

Article 12 LAI. Dans le cas d'un mineur sans activité lucrative, mais ayant atteint l'âge où commence la formation professionnelle, un acte médical présente avant tout le caractère d'une mesure de réadaptation si l'absence de cet acte risque d'entraîner, dans un proche avenir, la persistance de séquelles (malgré la guérison de la maladie) ou un état stabilisé qui gênent la formation professionnelle ou diminuent la capacité de gain. (Considérant 2.)

Article 12 LAI. L'opération des jambes en O (crura vara) acquises, subie par une assurée de 16 ans qui va entreprendre sa formation professionnelle, constitue une mesure de réadaptation de l'AI, car il faudrait s'attendre sinon à la persistance de séquelles. (Considérant 3.)

Articolo 78, capoverso 2, OAI. Questa disposizione non può essere fatta valere nei confronti di un assicurato che, dopo aver ricevuto una decisione negativa da parte della cassa, fa eseguire un provvedimento d'integrazione senza attendere l'esito della procedura di ricorso. (Considerando 1.)

Articolo 12 LAI. Una cura vera e propria del male (ad es. le cure mediche per malattie infettive) non è considerata provvedimento sanitario ai sensi dell'articolo 12 LAI. Se un provvedimento sanitario ha sia le caratteristiche della cura del male come quelle dell'integrazione professionale, ma non costituisce in sé una vera e propria cura del male, occorre esaminare quale di queste due caratteristiche prevale. A tal riguardo, si considererà particolarmente la situazione professionale dell'assicurato, come essa si presenta con o senza l'esecuzione di detta cura medica. (Considerando 2.)

Articolo 12 LAI. Nel caso di un minorenne non esercitante una attività lucrativa, che ha però raggiunto l'età in cui si inizia la formazione professionale, una cura medica è da considerarsi provvedimento sanitario se tra-

¹ Un commentaire à ce sujet sera publié dans un prochain numéro.

lasciandola si arrischia di cagionare, in un prossimo avvenire, una guarigione incompleta o uno stato stabilizzato che ostacola la formazione professionale o diminuisce la capacità al guadagno. (Considerando 2.)

Articolo 12 LAI. L'operazione della crura vara (gambe storte) acquisita, subita da un'assicurata 16enne che sta per iniziare la sua formazione professionale, costituisce un provvedimento d'integrazione a' sensi dell'AI, poichè altrimenti si dovrebbe aspettarsi una guarigione incompleta. (Considerando 3.)

L'assurée, née en 1946, souffre d'une affection des os qui a provoqué une angulation anormale très prononcée des jambes (jambes en O). Cette malformation acquise a commencé il y a quelques années et s'est accentuée sans cesse; elle est accompagnée d'une épiphysite vertébrale ou maladie de Scheuermann. En juillet 1961, une demande de prestations de l'AI fut déposée en faveur de l'assurée. Le médecin spécialiste informa la commission AI qu'une intervention chirurgicale visant à corriger la malformation des jambes était à conseiller pour empêcher une inflammation de l'articulation du genou; à cette occasion, on pourrait aussi soumettre le dos à un traitement conservateur. Ensuite, l'assurée pourrait entreprendre un apprentissage, par exemple comme vendeuse. La commission AI refusa de prendre en charge les mesures médicales recommandées par le médecin, ce traitement visant non pas une infirmité congénitale, mais une affection acquise qui était encore en évolution.

Le père de l'assurée recourut contre cette décision. Il demanda des mesures médicales de réadaptation et déclara que, selon le médecin traitant, l'affection dont souffrait sa fille était liée à une infirmité congénitale. L'autorité cantonale de recours admit ce recours et mit à la charge de l'AI les frais de l'opération et du traitement orthopédique prescrits par le médecin.

Le TFA a rejeté, pour les raisons suivantes, l'appel de l'OFAS contre ce jugement cantonal:

1. ...

L'assurée a attendu l'exécution des mesures médicales jusqu'à la notification de la décision (négative) de la caisse. Cette décision doit être examinée dans la présente procédure, qui devra établir si, au moment de sa notification, des prestations auraient dû être accordées ou non. Si le juge conclut à une réponse affirmative, on ne pourra opposer à l'assurée, en ce qui concerne les mesures exécutées depuis la notification, ni l'article 60, 1^{er} alinéa, lettre b, LAI, ni l'article 78, 2^e alinéa, RAI. La seule question déterminante est de savoir si, au moment de la notification, les mesures n'étaient pas encore exécutées, donc les conditions de l'article 78, 2^e alinéa, RAI remplies. Or, comme déjà dit, l'exécution des mesures n'était pas encore commencée à ce moment, si bien qu'aucun obstacle formel ne s'oppose à leur prise en charge par l'AI.

2. Comme l'a exposé le TFA dans son arrêt du 5 octobre 1962 en la cause H. H. (RCC 1963, p. 120), à propos de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, il y a mesure de réadaptation lorsqu'on ne peut parler d'un traitement proprement dit de l'affection et que la mesure appliquée est de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Si un acte médical n'appartient pas au traitement proprement dit de l'affection, on examinera s'il sert principalement à la réadaptation professionnelle dans la mesure indiquée ou s'il vise d'autres buts.

Pour décider si un acte médical dont bénéficie un assuré mineur vise principalement la réadaptation professionnelle et s'il est de nature à améliorer la capacité de gain de

façon durable et importante, il faut se fonder sur l'article 5, 2^e alinéa, LAI. Aux termes de cette disposition, les assurés mineurs, atteints dans leur santé physique ou mentale et qui n'exercent pas d'activité lucrative, sont réputés invalides si l'atteinte à leur santé aura vraisemblablement pour conséquences une incapacité de gain. Les mineurs sans activité lucrative n'ayant pas droit à une rente, cette disposition concerne uniquement les mesures de réadaptation. C'est pourquoi, en posant la question du droit de ces mineurs à des mesures de réadaptation, il faut se placer au moment où ils entreranno dans la vie professionnelle; ceci mène logiquement à tenir compte aussi des circonstances dans lesquelles se trouve placé un assuré en âge d'apprendre un métier, si l'on admet qu'une formation professionnelle lui aurait été donnée s'il n'avait pas été invalide. L'incapacité de gain ne doit donc pas nécessairement être imminente. Comme le Conseil fédéral l'a dit très justement dans son message sur la LAI, la réadaptation professionnelle, autrement dit les mesures permettant une activité lucrative, ne doivent pas nécessairement suivre immédiatement les mesures médicales; les mineurs peuvent bénéficier de telles mesures médicales aussi en vue d'une activité professionnelle future. Si l'affection traitée est de nature évolutive, des mesures médicales de réadaptation selon l'article 12 LAI n'entrent, il est vrai, guère en ligne de compte — ne serait-ce qu'en raison des phénomènes physiologiques de la croissance — tant que l'âge de la formation professionnelle est encore éloigné; mais lorsque cet âge est atteint, ou imminent, il peut sembler judicieux, même en cas d'affection évolutive, de ne pas attendre, pour entreprendre ces mesures, une guérison avec séquelles ou un état stabilisé d'une manière ou d'une autre. Un tel retard pourrait, dans bien des cas, compliquer la formation professionnelle de l'assuré, l'obliger à remettre à plus tard son activité lucrative et réduire les chances de succès des mesures de réadaptation qui devraient tout de même être exécutées un jour. Pour les jeunes assurés qui arrivent à l'âge de la formation professionnelle, des actes médicaux peuvent donc servir à la réadaptation professionnelle aux conditions suivantes:

- a. s'il survenait dans un proche avenir, à défaut de ces actes médicaux, une guérison avec séquelles ou un état stabilisé qui gêneraient la formation professionnelle ou la capacité de gain, ou toutes les deux;
- b. si ces actes sont uniques ou répétés dans une période limitée, nécessaires à l'activité professionnelle future et adéquats;
- c. si la prescription de ces mesures, au moment considéré, semble judicieuse, tant du point de vue médical que professionnel.

3. En l'espèce, on ne peut dire que l'opération des jambes en O appartienne au traitement proprement dit de l'affection. Dans le cas de l'assurée, née en 1946, il fallait s'attendre pour un proche avenir, c'est-à-dire pour la fin de la période de croissance, à un état stabilisé avec invalidité probable. L'opération qui a rectifié la forme de ses jambes était une mesure unique, qui convenait et qui était nécessaire à son activité professionnelle future. Le tribunal de première instance a admis à bon droit que l'assurée ne pourrait entreprendre avec succès un apprentissage correspondant à ses aptitudes et à sa situation que si elle était libérée de son infirmité. Une jeune fille rencontre des difficultés considérables, voire insurmontables, si elle doit apprendre et exercer un métier comme celui de vendeuse en étant affligée d'une difformité. L'assurée allait atteindre l'âge de formation professionnelle; il était donc indiqué de l'opérer alors (en novembre 1961). L'opération constitue donc une mesure de réadaptation selon l'article 12 LAI et doit être prise en charge par l'AI.

En ce qui concerne le traitement conservateur du dos, la situation est moins claire. On peut se dispenser, toutefois, d'examiner si ce traitement aurait pu être pris en charge par l'AI en vertu de l'article 12 LAI au cas où il n'aurait pas été effectué avec l'opé-

ration des jambes en O. Vu les circonstances du cas, on peut le considérer comme faisant partie de l'ensemble des mesures prises; il ne semble pas avoir occasionné des frais supplémentaires importants, et d'autre part on ne pouvait le négliger sans compromettre la carrière professionnelle de l'assurée (cf. arrêt N. Ch., RCC 1962, p. 252).

4. Puisque les actes en question doivent être pris en charge par l'AI en vertu de l'article 12 LAI, il est superflu de se demander s'il y a une infirmité congénitale et si l'assurée pourrait prétendre aussi des prestations en vertu de l'article 13.

Arrêt du TFA, du 8 novembre 1962, en la cause T. F.

Article 12 LAI. L'opération des vertèbres lombaires (laminectomie, forage, fixation par greffe osseuse) d'une assurée qui souffre d'adiposité et de sciatique est un traitement proprement dit de l'affection. Le but de la réadaptation, bien qu'il soit également visé, est ici secondaire. C'est pourquoi l'AI n'est pas tenue d'allouer des prestations.

Articolo 12 LAI. L'operazione della colonna vertebrale lombare (laminectomia, forage, fissazione con scheggia ossea) di un'assicurata che soffre d'obesità e di sciatica è considerata cura vera e propria del male. Quantunque si miri anche all'integrazione, essa riveste, nel caso concreto, un'importanza secondaria e quindi l'AI non può concedere prestazioni.

L'assurée, née en 1927, souffrait déjà, étant mineure, de troubles hormonaux, qui provoquèrent une grave adiposité. Depuis 1950, elle se plaignit en outre de ses vertèbres lombaires. De graves crises de sciatique l'immobilisaient constamment et l'obligeaient à s'aliter. Une hémilaminectomie bilatérale L4/L5 (ablation d'une partie des arcs vertébraux), effectuée en 1956, n'améliora pas son état. A partir du 1^{er} janvier 1960, l'assurée toucha une rente entière simple de l'AI, ainsi qu'une allocation pour impotent calculée sur la base d'un degré d'impotence faible.

Le 1^{er} avril 1961, le médecin de famille envoya l'assurée d'urgence à l'hôpital, déclarant que ses maux s'étaient aggravés et étaient entrés dans une phase aiguë. A l'hôpital, le médecin procéda à une nouvelle laminectomie, avec forage bilatéral des trous rachidiens L4 et L5, suivie d'une fixation par greffe osseuse. Il prescrivit, en outre, une cure d'amaigrissement rigoureuse. Le 10 octobre 1961, le médecin de famille informa la commission AI que l'assurée n'était plus impotente et que l'on pouvait envisager une reprise du travail. La commission décida alors de ne plus verser l'allocation pour impotent à partir du 1^{er} décembre 1961; elle refusa en outre de prendre en charge les frais des actes médicaux de l'hôpital cantonal, qu'elle considérait comme faisant partie du traitement de l'affection comme telle.

L'assurée recourut contre ce refus de la prise en charge des mesures médicales. La commission de recours rejeta le recours, estimant, comme l'avait fait la commission AI, que les actes en question appartenaient au traitement de l'affection.

A son tour, le TFA rejeta l'appel de l'assurée. Voici ses considérants:

1. Aux termes de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit aux mesures médicales qui sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle, mais n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Comme le TFA l'a exposé dans son arrêt du 5 octobre 1962 en la cause H. H. (RCC 1963, p. 120), il y a mesure de réadaptation lorsqu'on ne peut parler de traitement proprement dit de l'affection et que la mesure est de nature à améliorer de façon

durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Il faut donc — si le caractère n'en est pas d'emblée évident — vérifier que l'objet des mesures médicales ne soit pas le traitement de l'affection comme telle et que cet objet ne relègue pas à l'arrière-plan les desseins également présents de réadaptation professionnelle; le caractère de traitement proprement dit l'emportera, en règle générale, lorsque le but prépondérant des mesures est de guérir ou d'atténuer un état pathologique labile ou évolutif. Lorsque le caractère de traitement proprement dit n'est pas ainsi établi, il y a lieu ensuite de rechercher si la mesure envisagée vise avant tout la réadaptation professionnelle ou d'autres buts.

2. Les actes médicaux dont l'assurée a bénéficié à l'hôpital visaient principalement la guérison d'un état pathologique labile. L'assurée a déclaré elle-même qu'avant d'entrer à l'hôpital, elle avait souvent des rechutes qui l'obligeaient chaque fois à garder le lit pendant deux ou trois mois. Selon le certificat médical, ces rechutes étaient des crises de douleur très violentes, qui empêchaient même l'assurée de s'asseoir dans son lit. Le médecin de famille ne parvenait alors à lui rendre sa faculté de se mouvoir que par des traitements de longue durée. L'hospitalisation de l'assurée fut décidée d'urgence dans une phase aiguë de son mal. Dans ces conditions, il est certain que les mesures exécutées à l'hôpital appartenaient au traitement proprement dit de l'affection, qui reléguait à l'arrière-plan les desseins également présents de réadaptation professionnelle. L'administration et l'autorité de première instance ont donc refusé à bon droit de mettre les frais de ces mesures à la charge de l'AI.

...

Arrêt du TFA, du 5 décembre 1962, en la cause G. W.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Une opération de l'oreille en cas d'otosclérose (mobilisation de l'étrier avec interposition) chez une assurée âgée de 59 ans, qui souffre en outre de faiblesse de la mémoire et de la vue, n'a pas pour objet principal la réadaptation professionnelle, mais vise d'autres buts.

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Un'operazione all'orecchio in caso d'otosclerosi (mobilizzazione della staffa con interposizione) subito da un assicurato 59enne che è inoltre debole di memoria e di vista, non ha per scopo principale l'integrazione professionale ma altri fini.

L'assurée, née en 1903, souffre depuis plusieurs années d'otosclérose (ossification de l'oreille moyenne) et entend mal. En outre, elle souffre d'artériosclérose cérébrale, de faiblesse de la mémoire et d'une diminution de la vue. Son œil gauche ne voit presque plus et ne pourra plus être guéri, selon l'expertise de l'oculiste. Depuis mars 1960, l'assurée travaille à l'heure comme facturiste. A en croire son employeur, elle est désavantagée par la faiblesse de son ouïe. A la fin d'octobre 1960, l'assurée demanda à l'AI la remise de lunettes acoustiques; plus tard, elle demanda, au lieu de ce moyen auxiliaire, la prise en charge d'une opération des oreilles (mobilisation de l'étrier avec interposition). Par décision du 11 décembre 1961, la caisse de compensation informa l'assurée que la commission AI refusait de prendre en charge l'opération demandée, celle-ci appartenant au traitement de l'affection comme telle; si l'assurée désirait un appareil acoustique, elle devait présenter une nouvelle demande à cet effet. Le recours formé par l'assurée fut rejeté par la commission cantonale de recours.

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

1. Comme l'a exposé le TFA dans son arrêt du 5 octobre 1962 en la cause H. H. (RCC 1963, p. 120), à propos de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, un acte médical vise la

réadaptation s'il n'appartient pas au traitement proprement dit de l'affection et est de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Si un acte médical n'appartient pas au traitement proprement dit de l'affection, on examinera s'il sert principalement à la réadaptation professionnelle dans la mesure indiquée ou s'il vise d'autres buts. Dans cet examen, la situation professionnelle de l'assuré est déterminante (arrêt du 17 septembre 1962 en la cause B. B., RCC 1963, p. 117).

2. On ne peut pas dire que l'opération en question (mobilisation de l'étrier) appartienne nettement au traitement proprement dit de l'affection. En revanche, l'examen des conditions professionnelles de l'assurée permet de conclure que l'opération, dans ce cas-là, ne vise pas principalement la réadaptation professionnelle au sens indiqué ci-dessus, mais a d'autres buts. L'assurée a 59 ans et touche à la fin de son activité; celle-ci s'achève, du point de vue de l'AI, lorsque l'assuré atteint l'âge donnant droit à une rente de l'AVS (65 ans pour les hommes, 63 pour les femmes), âge à partir duquel l'octroi de mesures de réadaptation est exclu (art. 10, 1^{er} al., LAI). Or, si un assuré a derrière lui la partie la plus longue de son activité, les mesures médicales n'ont plus pour objet principal, en règle générale, la réadaptation professionnelle (cf. arrêt du 17 septembre 1962 en la cause H. F., RCC 1963, p. 73). En l'espèce, il y a lieu de considérer, en outre, que l'assurée est non seulement dure d'oreille, affection qui pourrait être guérie au moins partiellement par une opération, mais souffre encore de pertes de mémoire et d'une mauvaise vue. Même si l'opération parvenait à améliorer sensiblement sa capacité de gain, celle-ci serait tout de même limitée pendant les quelques années d'activité qui restent à l'assurée avant d'atteindre l'âge de 63 ans.

En outre, l'opération des oreilles n'influencerait guère la capacité de gain de l'assurée dans son activité de facturiste, étant donné ses autres infirmités (pertes de mémoire et mauvaise vue), d'autant plus que les pertes de mémoire, dues probablement à l'artériosclérose, semblent devoir augmenter à l'avenir. Or, les mesures médicales ne sont prises en charge par l'AI que si elles permettent d'améliorer sensiblement la capacité de gain, et d'une manière aussi stable que possible; sinon, elles ne sont pas de nature à améliorer cette capacité, au sens de l'article 12 LAI, d'une manière durable et importante (cf. message du Conseil fédéral sur la LAI, chapitre « Les mesures médicales », n° 1).

L'opération des oreilles ne faisant pas partie des mesures médicales de réadaptation, il est superflu de se demander si une telle mesure — surtout si l'on considère les risques de la réadaptation, cf. art. 11 LAI — serait indiquée ici en vertu de l'article 10, 1^{er} alinéa, LAI. Notons toutefois que dans son rapport à la commission AI, le médecin estime qu'étant donné l'état général de l'assurée (artériosclérose), une opération serait contre-indiquée.

3. La commission AI aura à se prononcer sur la question de la remise d'un appareil acoustique ou de lunettes acoustiques, sur demande de l'assurée.

Arrêt du TFA, du 6 novembre 1962, en la cause L. K.

Article 17, 1^{er} alinéa, LAI. Pour avoir droit au reclassement, l'assuré ne doit pas nécessairement avoir déjà accompli un apprentissage à proprement parler. Cependant, le reclassement doit être nécessité par l'invalidité. Si un assuré est déjà suffisamment réadapté comme aide-comptable, l'invalidité n'exige pas un reclassement comme spécialiste en cartes perforées.

Articolo 17, capoverso 1, LAI. Per aver diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, non si richiede necessariamente che l'assicurato debba già

aver fatto un tirocinio vero e proprio. Tuttavia, la riforma professionale deve essere resa necessaria dall'invalidità. Se un assicurato è stato sufficientemente reintegrato come aiuto-contabile, l'invalidità non esige una riforma professionale come specialista perforatore meccanografico.

L'assuré, âgé de 38 ans, n'a pas appris de métier. Il travailla d'abord principalement dans la branche hôtelière, puis, pendant plusieurs années, comme magasinier, activité qui lui rapportait, en dernier lieu, un salaire horaire de 3 fr. 07. En juillet 1959, il dut quitter cet emploi, car il souffrait d'une tuberculose du genou. En été 1961, il sortit guéri du sanatorium où il avait été hospitalisé. Comme les médecins estimaient qu'un travail physiquement pénible l'exposerait à une rechute, l'assuré obtint par l'entremise de l'office régional AI, dès le 1^{er} septembre 1961, un emploi d'aide-comptable qu'il occupe encore aujourd'hui. Son salaire initial, 650 francs, fut augmenté à 700 francs au bout de deux mois déjà.

Par décision du 20 décembre 1961, la caisse de compensation informa l'assuré qu'elle lui accordait, conformément à un prononcé de la commission AI, une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 1960 au 31 août 1961; la commission ne pouvait, en revanche, donner suite à sa demande de reclassement comme spécialiste en cartes perforées. L'assuré recourut et demanda que l'AI prenne en charge ce reclassement ou la fréquentation de cours de comptabilité. La commission de recours rejeta cette demande.

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

Un assuré a droit, aux termes de l'article 17, 1^{er} alinéa, 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. Ce droit n'implique pas nécessairement que l'assuré ait déjà fait un apprentissage proprement dit (arrêt du 30 avril 1962 en la cause A. H., RCC 1962, p. 348). Si le tribunal de première instance a rejeté le recours en invoquant l'absence d'une formation professionnelle du recourant, on ne peut, sur ce point, lui donner raison qu'avec réserves. Toutefois, son jugement doit tout de même être confirmé, et voici pourquoi.

Un droit au reclassement n'existe que si ce dernier est *rendu nécessaire par l'invalidité*. Cette condition n'est certainement pas remplie en l'espèce. L'assuré occupe, depuis le 1^{er} septembre 1961, un emploi d'aide-comptable. Cette nouvelle activité correspond à ses connaissances et aptitudes; elle a été choisie en tenant compte de son invalidité, elle répond aussi à son désir de travailler dans ce domaine. Elle est d'autant plus indiquée pour lui qu'elle lui procure un revenu supérieur à ce qu'il avait gagné précédemment. Or, si l'assuré est suffisamment réadapté, il n'y a pas, pour lui, de nécessité (créée par l'invalidité) d'apprendre un autre métier, pour lequel il n'est pas sûr qu'il ait des aptitudes. De même, l'AI n'a aucune raison de prendre en charge les frais d'un cours de comptabilité.

Arrêt du TFA, du 6 novembre 1962, en la cause M. M.

Article 19, 1^{er} alinéa, LAI. La fréquentation d'une classe préliminaire qui prépare à l'école publique n'est pas considérée comme formation scolaire spéciale, s'il s'agit là d'un enseignement à l'échelon des classes spéciales ou de développement.

Article 11 RAI. Un enfant qui souffre seulement d'agrammatisme (troubles de la parole) n'a pas droit à la prise en charge par l'AI de ses frais de transport pour se rendre à l'école.

Articolo 19, capoverso 1, LAI. Il frequentare una classe preliminare che prepara alla scuola pubblica non è considerato come istruzione scolastica speciale se l'insegnamento ivi impartito corrisponde a quello delle classi differenziali.

Articolo 11 OAI. Un bambino che soffre soltanto di agrammatismo (disturbi della loquela) non ha diritto all'assunzione delle spese di trasporto per recarsi a scuola da parte dell'AI.

L'assurée, née en 1952, souffre d'agrammatisme (construction incohérente du langage par défaut d'agencement grammatical) et est mentalement arriérée. Elle séjourna de septembre 1958 à mars 1959 dans un home pour enfants atteints de difficultés d'élocution, puis fréquenta une classe ordinaire de l'école publique, en habitant chez ses parents. Ne pouvant suivre cet enseignement, elle dut, quelques mois plus tard, passer à l'école enfantine, où elle resta jusqu'au printemps 1960. Depuis le 26 avril 1960, l'assurée suit la classe préliminaire de l'école publique de la ville voisine.

En mai 1960, le père de l'assurée demanda à l'AI des subsides pour sa formation scolaire spéciale en vertu de l'article 19 LAI. La commission AI rejeta cette demande, alléguant que la classe préliminaire faisait partie de l'école publique et que, par conséquent, son enseignement ne pouvait être considéré comme formation scolaire spéciale.

Le représentant légal de l'assurée recourut contre la décision de la caisse et demanda la prise en charge par l'AI des frais occasionnés par les trajets quotidiens jusqu'en ville, s'élevant à 195 francs par an. En outre, l'assurée avait dû, les premiers temps, se faire accompagner à l'école. La commission AI donna, cette fois, un préavis favorable. Le recours fut admis par la commission de recours.

L'OFAS interjeta, contre ce jugement, un appel qui fut admis par le TFA pour les motifs suivants:

1. Aux termes de l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI, des subsides sont alloués pour la formation scolaire spéciale des mineurs aptes à recevoir une instruction mais qui, par suite d'invalidité, ne peuvent fréquenter l'école publique ou dont on ne peut attendre qu'ils la fréquentent. Est considéré comme école publique, selon l'article 8, 2^e alinéa, RAI (reconnu conforme à la loi par le TFA dans l'arrêt N. M. du 5 janvier 1962, ATFA 1962, p. 62 = RCC 1962, p. 124), tout enseignement du cycle de la scolarité obligatoire, y compris l'enseignement dans des classes spéciales ou de développement. La classe préliminaire que l'assurée fréquente pour cause d'invalidité introduit les élèves à l'école publique ordinaire. Les élèves y apprennent les mêmes matières qu'à l'école publique, mais le rythme des leçons est plus lent. Cette classe n'est donc, si l'on considère son but, qu'une classe spéciale de l'école publique; cet argument, très pertinent, de l'OFAS, n'a d'ailleurs pas été réfuté dans la réponse à l'appel. Si l'on se fonde sur l'article 8, 2^e alinéa, RAI et sur la jurisprudence du TFA (arrêt N. M., mentionné ci-dessus; arrêt E. K., du 2 novembre 1961, ATFA 1961, p. 328 = RCC 1962, p. 36), l'assurée n'est donc pas inapte à suivre l'école publique par suite d'invalidité. Elle ne peut donc, en se fondant sur l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI, prétendre des subsides pour la formation scolaire spéciale.

2. L'article 8, 1^{er} alinéa, lettre b, RAI montre que les mineurs invalides, même s'ils sont capables de suivre l'école publique, ont droit à des mesures spéciales leur permettant de fréquenter cette école. L'une de ces mesures est, selon l'article 11 RAI, la prise en charge des frais de transport à l'école occasionnés par l'invalidité, jusqu'à concurrence de 50 francs par mois. En l'espèce, toutefois, les frais de transport ne sont pas occasionnés par l'invalidité de l'assurée. Celle-ci souffre d'agrammatisme, déficience qui ne nécessite pas, en soi, des mesures spéciales pour effectuer les trajets jusqu'à

l'école de la ville voisine et retour. Elle marche normalement, et personne n'a prétendu qu'elle voyait ou entendait mal. Sa faculté de se mouvoir (notamment pour aller à l'école) n'étant nullement influencée par son invalidité, les articles 8, 1^{er} alinéa, lettre b, et 11 RAI ne sont donc pas applicables en l'espèce. Elle n'a donc pas droit à la prise en charge des frais de transport, et l'appel de l'OFAS doit être admis.

Arrêt du TFA, du 6 septembre 1962, en la cause W. J.¹

Articles 21 LAI et 15, 2^e alinéa, RAI. Un véhicule à moteur est un moyen auxiliaire nécessaire à un représentant qui porte une prothèse depuis la cuisse et n'utiliserait pas d'automobile pour visiter sa clientèle s'il n'était pas invalide.

Articoli 21 LAI e 15, capoverso 2, OAI. Un veicolo a motore è un mezzo ausiliare necessario ad un rappresentante che porta una protesi alla coscia e che non utilizzerebbe un'automobile per visitare la clientela se non fosse invalido.

L'assuré, né en 1916, eut en 1954 un accident dont les suites exigèrent l'amputation de la jambe droite au-dessus du genou. Après sa guérison clinique, il travailla quelques années dans une fabrique de soie artificielle. Depuis janvier 1960, il est représentant d'une société d'assurance-vie dans une circonscription assez limitée. En 1961, il échangea son automobile, acquise en 1955 et désormais hors d'usage, contre une nouvelle voiture, dans laquelle il fit installer un embrayage automatique. Cette nouvelle auto lui coûta 5475 francs, plus 1100 francs pour l'embrayage. En avril 1961, l'assuré demanda à la commission AI « de l'aider à payer les frais de la nouvelle voiture ». La commission AI estima que l'assuré, même en n'étant pas invalide, aurait eu besoin d'une auto pour exercer son métier, ce qui excluait l'allocation d'une contribution aux frais d'achat du véhicule; en revanche, l'AI pouvait prendre en charge la somme de 1100 francs consacrée aux transformations nécessitées par l'invalidité. L'assuré ayant recouru, la commission cantonale de recours mit à la charge de l'AI ladite somme de 1100 francs, plus un tiers du prix d'achat de la nouvelle auto, soit 1825 francs.

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

1. En vertu de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires qui sont nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle et qui figurent dans une liste dressée par le Conseil fédéral. Cette liste est donnée par l'article 14, 1^{er} alinéa, RAI, qui considère aussi comme moyens auxiliaires, sous lettre g, les « véhicules adaptés à l'infirmité », notamment les voitures automobiles légères. L'article 15, 2^e alinéa, du même règlement précise que les véhicules à moteur seront fournis aux seuls assurés qui peuvent, d'une manière durable, exercer une activité leur permettant de couvrir leurs besoins et qui ne sont pas en mesure de se rendre à leur travail sans un véhicule à moteur personnel.

2. L'OFAS déclare qu'en l'espèce, une automobile n'est pas un moyen auxiliaire nécessaire au sens de l'article 21 LAI, puisque même un représentant bien portant ne pourrait, sans un tel véhicule, exercer avec profit son métier dans le champ d'activité actuel de l'assuré. Cette assertion est démentie par les attestations produites en instance d'appel, qui montrent clairement que l'assuré n'aurait pas besoin d'auto pour

¹ Un commentaire à ce sujet paraîtra dans un prochain numéro.

son activité s'il n'était pas invalide. La carte géographique figurant au dossier montre que la circonscription de l'assuré peut être parcourue assez rapidement et sans grands efforts en chemin de fer ou à vélo. En tout cas, un représentant en bonne santé pourrait se contenter, dans ce cas-là, d'un scooter. Comme on ne peut demander à l'assuré d'utiliser un véhicule à deux roues, depuis qu'il porte une prothèse de cuisse, l'automobile représente donc pour lui, dans les circonstances actuelles, un moyen auxiliaire indispensable, sans lequel il ne pourrait avoir une capacité de gain complète. Il faut encore relever à ce propos que l'assuré ne pourrait guère obtenir son revenu actuel (nécessaire à l'entretien d'une famille de douze membres) en exerçant un métier sédentaire. En outre, il utilisait déjà une automobile pour aller travailler à la fabrique de soie, avant de devenir agent d'assurance.

Les pièces du dossier montrent que l'assuré s'est créé une situation stable, suffisante à couvrir ses besoins, par sa nouvelle activité. Il reste à examiner s'il a besoin de ce véhicule pour « se rendre à son travail » au sens de l'article 15, 2^e alinéa, RAI. On entend généralement par là le chemin parcouru depuis le domicile jusqu'au lieu de travail et retour. Dans son arrêt du 14 février 1962 en la cause E. Sch. (RCC 1962, p. 210), le TFA s'était demandé « si l'on doit entendre par chemin de travail, dans le cas des commis voyageurs, le chemin parcouru pour visiter la clientèle, car un véhicule à moteur serait alors nécessaire à la réadaptation et contribuerait à sauvegarder la capacité de gain dans ce métier ». En l'espèce, cette question doit recevoir une réponse affirmative, si bien que les conditions mises à l'octroi de prestations AI pour le véhicule de l'assuré sont remplies.

...

RENTES

Arrêt du TFA, du 5 novembre 1962, en la cause S. F.

Articles 4 et 29, 1^{er} alinéa, LAI. L'assuré qui, par suite de maladie, présente une incapacité totale de travail de 360 jours consécutifs a droit à une rente, même si l'incapacité de gain consécutive, de la moitié au moins, est de courte durée.

Articoli 4 e 29, capoverso 1, LAI. L'assicurato che a causa di malattia è stato totalmente e ininterrottamente incapace al lavoro per 360 giorni ha diritto alla rendita, anche se l'incapacità consecutiva al guadagno di almeno la metà è di breve durata.

L'assuré, né en 1923, qui est peintre de métier, a dû abandonner sa profession en juin 1959, en raison d'une grave tuberculose pulmonaire. Par la suite, il exerça encore une activité de manœuvre, puis de voyageur de commerce. A partir du 15 octobre 1959, il fut totalement incapable de travailler, ainsi qu'il ressort d'une attestation médicale. Du 5 décembre 1959 au 4 juillet 1960, il fut hospitalisé dans un sanatorium, où il revint pour une cure supplémentaire jusqu'à fin novembre 1960. Depuis le 1^{er} décembre 1960, il occupe une place de manœuvre, effectuant de légers travaux de montage. Son revenu mensuel s'élève à 550 francs.

La caisse, se fondant sur un prononcé de la commission AI, a rejeté la demande qu'il avait présentée à l'AI en mars 1960, et qui tendait à l'octroi de mesures de reclassement dans une nouvelle profession, ainsi que d'une rente. La commission de recours en fit de même du recours qu'il avait interjeté en ce qui concerne l'octroi d'une rente; en revanche, elle enjoignit à l'AI d'assumer les frais d'un reclassement professionnel et de servir

l'indemnité journalière durant l'exécution de cette mesure. L'assuré porta le litige devant le TFA en demandant à être mis au bénéfice d'une rente dès le 1^{er} janvier 1960.

Le TFA a admis partiellement l'appel en reconnaissant à l'assuré le droit à une rente entière, avec rente complémentaire pour l'épouse, durant les mois d'octobre et de novembre 1960, en considérant ce qui suit:

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 lorsque l'assuré est invalide pour les deux cinquièmes (40 pour cent) au moins. Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28, 2^e al., LAI).

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

2. Ainsi que l'a définie le TFA dans l'arrêt M. S., du 22 septembre 1962 (= RCC 1963, p. 83), l'incapacité de gain peut être présumée permanente lorsque l'état de santé physique ou mentale de l'assuré est suffisamment stabilisé pour laisser prévoir que l'incapacité s'étendra vraisemblablement à toute la période normale d'activité, compte tenu des probabilités moyennes de vie de sa classe d'âge, et que la capacité ne pourra être rétablie entièrement ou dans une mesure notable par des mesures de réadaptation. Une telle stabilité n'est pas donnée en l'occurrence. En 1960, l'assuré était atteint d'une affection pathologique non stabilisée, qui ne présentait pas un caractère permanent. Dès lors, et ainsi que le relève l'OFAS à juste titre, l'assuré ne peut prétendre une rente que s'il a été totalement incapable de travailler durant 360 jours consécutifs, comme le prévoit la deuxième hypothèse de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI. Etant donné qu'il faut prendre en compte la période d'incapacité de travail antérieure au 1^{er} janvier 1960 (date de l'entrée en vigueur de la LAI; cf. arrêt du TFA, du 28 mars 1962, en cause B. F., RCC 1962, p. 353) le délai de 360 jours vient à échéance dans la première moitié du mois d'octobre 1960. A cette date, l'assuré était toujours incapable de travailler à 100 pour cent, en sorte qu'il peut prétendre une rente entière, ainsi qu'une rente complémentaire pour son épouse, dès le 1^{er} octobre 1960 (la rente étant allouée pour tout le mois au cours duquel le droit à la rente est né, selon l'article 29, 1^{er} al., LAI). A cet égard, le fait que, le 1^{er} décembre 1960, l'assuré ne présentait plus une incapacité de gain de la moitié au moins — ce qui demeure à établir — est sans importance. Lorsqu'un assuré a été incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs, il suffit, pour pouvoir prétendre une rente, que sa capacité de gain soit réduite de la moitié au moins pendant une courte durée encore; en tout cas, cette réduction est suffisante si elle dure, comme en l'espèce, un mois et demi encore. Il y a lieu de considérer, en effet, que, lorsque le délai de 360 jours d'incapacité totale de travail est écoulé, la condition d'incapacité de gain de longue durée au sens de l'article 4 LAI est réalisée, en sorte qu'il importe peu que cette incapacité se maintienne encore durant un laps de temps déterminé.

3. Le 1^{er} décembre 1960, l'assuré était à nouveau en mesure de reprendre une activité de manœuvre contre une rémunération mensuelle de 550 francs. Bien que l'assuré n'ait pas toujours pu poursuivre normalement son activité jusqu'en juin 1961, on ne saurait admettre que cette activité, qui correspond à celle que l'on est raisonnablement

en droit d'attendre de lui, ne lui ait pas procuré dès décembre 1960 la moitié au moins du gain moyen d'un peintre en bonne santé. Il s'ensuit que, dès cette date, l'invalidité de l'appelant est certainement inférieure à 50 pour cent, ce qui entraîne la suppression de la rente. Les conditions d'un cas pénible, permettant l'octroi d'une rente lorsque l'assuré est invalide à 40 pour cent, ne sont pas non plus réalisées en l'espèce, sans qu'il y ait lieu en outre de se demander — ce qui est fort douteux — si l'invalidité de l'assuré a atteint encore 40 pour cent à partir du 1^{er} décembre 1960. Le degré d'incapacité de travail retenu par le médecin (60 pour cent) ne saurait changer quoi que ce soit à ce qui précède: l'AI n'assure pas l'atteinte à la santé comme telle, mais uniquement ses conséquences économiques, soit la diminution de la capacité de gain sur le marché du travail.

Le reclassement de l'assuré dans une nouvelle profession (question qui n'est plus litigieuse en appel) ne crée pas un nouveau droit à une rente. En revanche, l'assuré pourra prétendre une indemnité journalière durant son reclassement. Il n'y a pas lieu d'examiner au surplus si l'assuré, qui touchait une rente immédiatement avant d'entreprendre sa réadaptation, peut continuer à en percevoir une durant les mesures de réadaptation, vu que cette question ne se pose pas en l'espèce.

4. ...

Arrêt du TFA, du 18 septembre 1962, en la cause Ch. H.

Article 28, 1^{er} alinéa, LAI. Lorsqu'une assurée partiellement invalide se contente, parce qu'elle vit avec sa famille, d'un travail sensiblement moins bien rémunéré que celui qu'on pourrait raisonnablement exiger d'elle, vu ses capacités et forces résiduelles, on ne saurait admettre pour autant l'existence d'un cas pénible.

Articolo 28, capoverso 1, LAI. Non si può ammettere trattarsi di un caso di rigore se un'assicurata parzialmente invalida si contenta, perchè vive con la sua famiglia, di un lavoro meno retribuito di quello che si potrebbe da essa ragionevolmente esigere date le sue capacità e forze residue.

L'assurée, née en 1917, porte une prothèse, la jambe droite ayant dû lui être amputée jusqu'au genou dans ses jeunes années. Après avoir terminé son apprentissage de travaux manuels, elle aida tout d'abord dans l'exploitation agricole de ses parents et fit aussi de la broderie. Depuis 19 ans, elle vit dans la famille d'un beau-frère qui dirige une petite exploitation agricole. Elle y effectue des travaux à la ferme et aux champs et touche — depuis le début — un salaire mensuel de 100 francs en espèces en plus de la nourriture et du logement.

Se fondant sur le prononcé de la commission AI, la caisse de compensation lui notifie une décision selon laquelle l'AI se chargeait des frais d'une nouvelle prothèse, ainsi que des frais de réparation de l'ancienne prothèse, tandis que l'octroi d'une rente était refusé. Sur recours de l'assurée, l'autorité cantonale de première instance lui reconnut le droit à la rente. L'OFAS ayant interjeté appel contre ce jugement, le TFA, refusant d'admettre qu'il s'agisse d'un cas pénible, a rétabli la décision de la caisse 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; dans les cas pénibles, la rente peut être allouée lorsque l'assuré est invalide pour les deux cinquièmes au moins. La LAI entend par invalidité la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée (art. 4 LAI). Pour évaluer la capacité de gain, selon l'article 28, 2^e alinéa,

LAI, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

2. Il est incontestable qu'une domestique de campagne non invalide obtient, dans le canton de Zurich, un revenu de 435 francs par mois, en moyenne. L'assurée travaille depuis 19 ans comme domestique de campagne dans l'exploitation agricole de son beau-frère et touche depuis lors, sans changement, un salaire mensuel de 100 francs en espèces, plus 135 francs sous forme de prestations en nature (nourriture et logement). L'autorité de première instance l'a par conséquent considérée comme réadaptée et s'est fondée sur son gain effectif pour déterminer le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement exiger d'elle, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail. En comparant ces deux revenus, l'autorité de première instance est arrivée à la conclusion que la perte de revenu était de 200 francs par mois ou de 46 pour cent. Le bien-fondé de ces chiffres est contesté par l'OFAS, qui relève que l'assurée pourrait être réadaptée à une activité professionnelle correspondant mieux à son invalidité (p. ex. en travaillant uniquement au ménage), de sorte que son invalidité serait inférieure à 40 pour cent. Cette objection peut toutefois être négligée en l'espèce, puisque, même d'après les chiffres établis par l'autorité de première instance, une rente ne pourrait être accordée que si l'on se trouvait en présence d'un cas pénible.

3. Selon l'arrêt du TFA en la cause B. R. (ATFA 1962, p. 78 = RCC 1962, p. 291, considérant 4), il y a cas pénible lorsque l'assuré, malgré son degré d'invalidité inférieur à la moitié, ne peut, en raison de circonstances particulières, assurer son entretien et celui de ses proches. La reconnaissance d'un cas pénible dépend de critères économiques et sociaux. On se trouve notamment en présence d'un cas pénible lorsque l'assuré, invalide de 40 à 50 pour cent, ne peut, pour des raisons particulières d'ordre économique ou social (telles que lourdes charges familiales ou frais médicaux indispensables et extrêmement élevés), atteindre le minimum vital nécessaire à son entretien et à celui de ses proches.

Quant à savoir si la notion de cas pénible ne pourrait pas être définie de façon plus précise encore, comme l'autorité de première instance a essayé de le faire, cette question n'a pas besoin d'être examinée ici, car en l'espèce, et à en juger d'après la situation telle qu'elle se présente aujourd'hui encore, on ne se trouve manifestement pas en présence d'un tel cas. Puisque l'assurée a préféré renoncer à exercer sa profession initiale ou une autre activité n'exigeant pas de gros efforts physiques et où elle ne serait pas sensiblement handicapée, pour jouir de la vie de famille, il n'existe plus de rapport décisif entre sa situation de revenu actuelle et son invalidité. Et c'est précisément aussi en raison de cette vie de famille, à laquelle l'assurée donne la préférence, que l'on ne saurait admettre l'existence d'un cas pénible en l'espèce. D'ailleurs, selon les déclarations faites par l'assurée, on doit aussi se demander si, pour des considérations d'ordre familial, elle ne se contente pas d'un salaire trop faible par rapport au travail qu'elle fournit, du moins après la remise de la nouvelle prothèse.

4. A en juger d'après les indications figurant au dossier, on peut admettre qu'en occupant sa place dans l'exploitation agricole de son beau-frère, l'assurée n'utilise pas à fond sa capacité de gain comme on pourrait raisonnablement l'exiger d'elle, même compte tenu de sa santé psychique. Les conditions prévues aux articles 8 et suivants LAI pour l'octroi de mesures de réadaptation sont vraisemblablement remplies. Si donc l'assurée devait présenter une demande dans ce sens, l'administration aurait à examiner la possibilité de la réadapter à une activité professionnelle mieux rémunérée.

CHRONIQUE MENSUELLE

La sous-commission spéciale pour la 6^e revision de l'AVS, dont les 18 membres ont été recrutés au sein de la Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, a siégé le 15 mars, ainsi que les 2 et 3 avril, sous la présidence de M. A. Saxer, et en présence de MM. Frauenfelder, directeur, et Kaiser, conseiller mathématique des assurances sociales, représentants de l'Office fédéral des assurances sociales. La sous-commission a été informée, à l'aide d'une documentation complète, des problèmes de la 6^e revision de l'AVS et a discuté l'augmentation des prestations de l'AVS et de l'aide complémentaire. Elle terminera ses travaux probablement en mai.

L'assurance-invalidité en 1962

Extrait de l'exposé de M. A. Granacher, chef de la subdivision AVS/AI/APG, à la conférence annuelle des commissions AI, du 28 février 1963¹.

L'AI a accompli sa troisième année. Du point de vue du travail fourni et de la situation financière, peut-on déjà parler d'une année normale? Pour qu'une organisation aussi différenciée fonctionne d'une manière satisfaisante, pour que des prestations si variées puissent être allouées d'une manière uniforme, il faut plus de temps que ne voudraient l'admettre les amis de l'assurance. Le bilan de l'année 1962 peut donc se résumer ainsi: Les organes de l'AI sont toujours aussi chargés, les prestations financières ont augmenté.

Les commissions AI des cantons et de la Confédération ont reçu, en chiffre rond, 42 000 demandes, si bien que l'accroissement mensuel a été de 3500 en

¹ Cf. RCC 1963, p. 92. Les autres exposés présentés lors de cette réunion seront également publiés dans la RCC.

moyenne. Ce nombre, étonnamment élevé, est à peine inférieur aux valeurs enregistrées en 1961, qui englobaient pourtant de nombreux assurés de la génération d'entrée. On ne doit pas, cependant, tirer trop de conclusions de cette donnée. D'une part, en effet, de nombreux assurés ont déposé plusieurs demandes, et d'autre part, il est arrivé souvent que des commissions AI doivent examiner le cas d'un assuré pour la seconde fois au moins, même sans nouvelle demande. C'est pourquoi le nombre des demandes déposées ne permet pas de tirer des conclusions absolues sur l'étendue de l'invalidité dans notre pays; ce point-là ne sera vraiment élucidé que lorsqu'on connaîtra les statistiques des prestations AI pour une période d'une certaine durée. Une chose, toutefois, peut être d'ores et déjà affirmée: les commissions AI sont généralement plus chargées que l'on ne s'y attendait lors de leur création. Les cas en suspens ont pu être en bonne partie liquidés, lentement certes, mais d'une manière constante; leur nombre avait baissé, à la fin de l'année 1962, à 10 pour cent du total des demandes. On ne pourra jamais les éliminer complètement; un cas, en effet, sera toujours liquidé d'autant mieux qu'il aura été examiné plus consciencieusement.

Les *offices régionaux AI* et les *services sociaux* ont participé en 1962, plus encore que par le passé, à l'instruction des demandes. Les offices régionaux ont reçu 9000 mandats, soit 1000 de plus que l'année précédente, et liquidé 8300 cas, ce qui n'a été possible que grâce à un développement de leur organisation. Les services sociaux ont exécuté en 1962 plus de 4000 mandats, c'est-à-dire environ autant que dans les années 1960 et 1961 ensemble. La collaboration des services sociaux et leur intervention experte ont grandement facilité l'application de l'AI. En outre, on a fait appel, plus encore que par le passé, à des spécialistes pour faire des expertises.

Le travail fourni par les *caisses de compensation* est illustré le plus clairement par les décisions AI qu'elles ont rendues. En 1962, il y eut 22000 décisions sur l'octroi de rentes, 900 sur des allocations pour impotents et 39 000 sur des mesures de réadaptation. Un invalide peut recevoir plusieurs décisions; c'est pourquoi le nombre des décisions dépasse celui des bénéficiaires de prestations. Les décisions négatives ne sont pas comprises dans ces chiffres. Le nombre des décisions de rentes et d'allocations pour impotents a diminué; celui des décisions qui concernent des mesures de réadaptation, en revanche, a sensiblement augmenté et dépasse le nombre des rentes accordées depuis l'entrée en vigueur de la LAI. Cette évolution est réjouissante; elle est bien conforme à l'esprit de l'assurance, qui place au premier rang les mesures de réadaptation et n'accorde des prestations en espèces qu'à titre secondaire.

La *Centrale de compensation* examine et paie les factures pour les frais d'instruction et pour l'exécution des mesures de réadaptation. Le nombre de ces factures s'accroît sans cesse; en 1960, il était de 89 000, pour atteindre 138 000 en 1961 et même 142 000 en 1962. Cette augmentation serait encore plus prononcée s'il n'y avait pas, pour 1961 et 1962, un décalage dû au fait que beaucoup de factures, payées par la Centrale dans les premiers mois d'une

année, concernant des mesures exécutées l'année précédente. On recherche, actuellement, une solution permettant de payer les factures d'une façon encore plus expéditive, avec la collaboration de tous les intéressés.

Il est superflu d'insister ici sur l'importance de la *pratique des tribunaux* pour une application uniforme du droit. En revanche, il y a lieu de signaler la besogne toujours croissante que l'AI apporte aux autorités juridictionnelles cantonales et fédérales. Les jugements de première instance enregistrés par l'Office fédéral des assurances sociales en 1962 ont atteint le nombre de 2439, soit environ 800 de plus qu'en 1961. Ceux du Tribunal fédéral des assurances ont augmenté de près du double dans le même laps de temps; on en a compté 372 en 1962. L'Office fédéral a porté 103 jugements de première instance devant le tribunal suprême pendant cette année. 77 cas étaient liquidés le 31 décembre; l'appel a été admis dans 68 cas et rejeté dans 5 autres; dans 4 cas, l'Office fédéral a retiré son appel.

Dans le domaine assez spécial des *subventions pour l'encouragement de l'aide aux invalides*, le temps d'introduction a été nécessairement plus long que pour les prestations personnelles, mais les difficultés initiales sont généralement vaincues. Les subventions pour la construction ont augmenté en 1962, et les subventions pour frais d'exploitation ont été neuf fois plus élevées qu'en 1961. On enregistre également un accroissement sensible des subventions aux institutions d'aide aux invalides, à leurs organisations centrales et aux centres de formation de personnel spécialisé. Enfin, une aide financière efficace a pu être accordée pour des cours destinés à développer des invalides et à conseiller leurs proches, pour des cours sportifs, des cours de formation de spécialistes et des cours de moniteurs sportifs, en tout 222 cours. Il n'y avait aucune subvention de ce genre en 1960, et en 1961 on n'en avait compté que 116.

Voici, pour terminer, le *résultat des comptes de 1962*; le tableau ci-après en donne les principales positions. L'excédent de recettes de 17,3 millions porte à 79,2 millions le capital de l'AI. Les comptes d'exploitation de 1962 de l'AVS, de l'AI et du régime des APG seront analysés plus en détail dans un prochain numéro de la RCC et comparés aux comptes précédents; c'est pourquoi l'on se contentera, pour le moment, des quelques données ci-après.

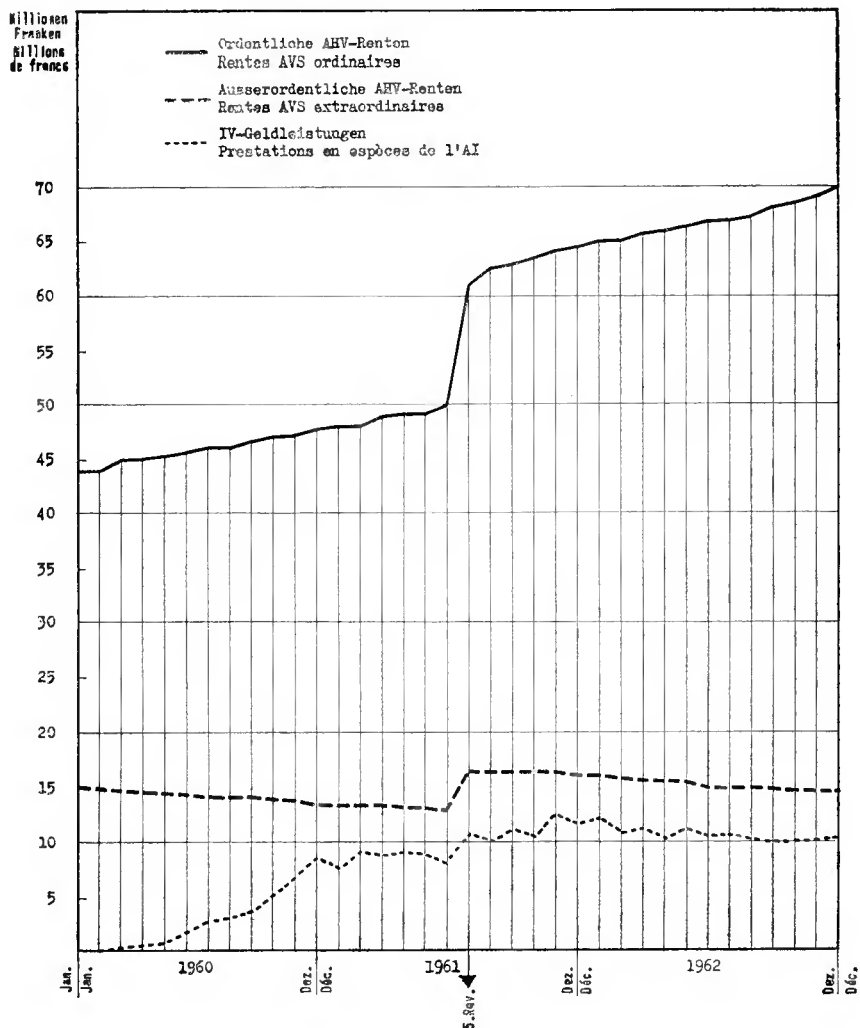
* * *

Cet exposé montre, une fois de plus, que l'AI reste une branche des assurances sociales où la somme de travail est particulièrement considérable. Elle l'est d'autant plus que les cas dont elle s'occupe peuvent être très individualisés; elle ne saurait les traiter schématiquement, selon la routine administrative, mais elle doit considérer avant tout l'homme invalide et ses conditions personnelles. Les organes de l'assurance, les services sociaux, les centres de réadaptation, les écoles spéciales, ainsi que les autres établissements et homes pour invalides, bref tous les organes et agents d'exécution ont de nouveau abattu une belle besogne en 1962. Qu'ils en soient vivement remerciés.

Le compte d'exploitation de l'AI en 1962

Genres de recettes et de dépenses	Montants en millions de francs	
RECETTES		
Cotisations des assurés et des employeurs	100,5	
Contributions des pouvoirs publics	84,2	
Intérêts	0,9	
Total des recettes	185,6	
DÉPENSES		
1. Prestations en espèces		
Rentes	114,6	
Allocations pour impotents	3,8	
Indemnités journalières	3,6	
Prestations de secours aux Suisses à l'étranger	0,2	122,2
2. Prestations en nature		
Mesures médicales	18,4	
Mesures professionnelles	3,9	
Contributions pour la formation scolaire spéciale et pour les mineurs inaptes à recevoir une instruction	8,2	
Moyens auxiliaires	4,1	34,6
3. Subventions aux institutions et organisations		
Subventions aux offices du travail, offices d'orientation professionnelle, services sociaux	0,1	
Subventions pour la construction	2,3	
Subventions pour frais d'exploitation	1,4	
Subventions aux institutions d'aide aux invalides, aux cours, à la formation de personnel spécialisé	1,2	5,0
4. Frais d'exécution et d'administration		
y compris les frais de voyage des invalides		6,5
Total des dépenses		168,3
RÉSULTAT		
Excédent de recettes		17,3

L'évolution des prestations mensuelles en espèces de l'AVS et de l'AI



La RCC a décrit à plusieurs reprises, dans des articles illustrés de graphiques, l'évolution des versements mensuels des rentes AVS jusqu'en 1958 (cf. RCC 1959, p. 40, avec références des articles précédents). Le présent article montre la suite de cette évolution depuis janvier 1960 jusqu'en décembre 1962; les prestations en espèces de l'AI y figurent également et permettent des comparaisons avec les rentes de l'AVS.

L'augmentation des rentes survenue le 1^{er} juillet 1961 par suite de la cinquième révision de l'AVS est illustrée nettement par les courbes des rentes AVS; elle est moins prononcée si l'on considère la courbe des prestations AI en espèces. Les courbes AVS reprennent leur évolution régulière après leur brusque ascension de juillet 1961. Les sommes des rentes ordinaires versées chaque mois augmentent constamment, d'une part parce que le nombre net (augmentation moins diminution) des bénéficiaires croît, d'autre part parce que les nouvelles rentes sont en moyenne plus élevées que celles qui ont été supprimées. Les montants mensuels des rentes extraordinaires baissent, car rien ne compense, pratiquement, la diminution constante de l'effectif de leurs bénéficiaires. Ainsi, la différence entre les sommes des rentes AVS ordinaires et extraordinaires s'accroît d'un mois à l'autre, ce que montre clairement le graphique, où les courbes de ces deux rentes s'écartent de plus en plus l'une de l'autre.

Les rentes AVS ordinaires versées mensuellement ont augmenté, de janvier 1960 (43,8 millions) à décembre 1962 (69,6 millions), de plus de la moitié, soit de 25,8 millions. Les rentes AVS extraordinaires, elles, n'ont pratiquement pas varié (15 millions au début de la période considérée, 14,4 millions à la fin), parce que leur baisse constante a été quelque peu compensée par l'augmentation des rentes en juillet 1961.

Afin de permettre une comparaison avec les résultats enregistrés dans l'AVS, on a englobé dans les prestations de l'AI les rentes ordinaires et extraordinaires, les indemnités journalières, les allocations pour impotents et les prestations de secours aux Suisses à l'étranger. On n'oubliera pas, à ce propos, que ces prestations en espèces ne sont pas les seules prestations de l'AI. En outre, dans les premières années de l'AI, l'évolution des versements mensuels ne s'était pas encore stabilisée, si bien que la courbe ne saurait être considérée comme représentative. On voit que les versements n'ont commencé sérieusement que dans la seconde moitié de 1960, pour atteindre vers la fin de l'année 1962, après quelques fluctuations, un montant d'environ 10 millions.

L'Exposition nationale suisse en 1964

« Par son Exposition nationale, notre pays dresse périodiquement le bilan de ses réalisations et s'interroge sur son avenir. Tous les vingt-cinq ans, cette manifestation offre au peuple suisse l'occasion d'une nouvelle prise de conscience. » (Communiqué de presse de la Haute Commission de l'Exposition, du 8 mars 1960).

Les expositions nationales suisses ont été les suivantes: Berne 1857, Zurich 1883, Genève 1896, Berne 1914, Zurich 1939. La « Landi » de 1939 a laissé à tous ses visiteurs une impression profonde et a influencé le moral du peuple suisse dans des temps difficiles. Un quart de siècle s'est écoulé depuis; il incombe de nouveau à la Suisse romande d'organiser l'Exposition, qui aura lieu, cette fois, à Lausanne, du 30 avril au 25 octobre 1964.

* * *

Le thème de l'Expo 64 est le suivant: « Pour la Suisse de demain: croire et créer ». Son but: « Une prise de conscience du peuple suisse par rapport à ce qui a été fait, à ce qui a été omis et à ce qu'il faudra faire ».

Les assurances sociales vont-elles contribuer à cette noble tâche, et comment? Davantage, en tout cas, que lors de l'Expo de 1939. A cette époque, les assurances sociales ne se trouvaient pas dans une situation très avantageuse. Les assurances contre la maladie et les accidents, ainsi que l'assurance militaire, avaient été adoptées, il est vrai, depuis longtemps, mais l'AVS et l'AI n'étaient encore que de lointains projets; les allocations familiales étaient quasi inconnues, tandis qu'on commençait seulement à organiser le régime des allocations pour perte de salaire et de gain. Quant à l'assurance-chômage, elle se remettait peu à peu des épreuves exceptionnellement dures des années de crise. C'est pourquoi les offices fédéraux des assurances sociales et de l'industrie, des arts et métiers et du travail durent se borner à publier en 1939 une mince brochure pour y exposer cette situation assez décevante.

De grands changements sont survenus depuis lors. Les assurances sociales se sont développées et enrichies tout spécialement par l'introduction de l'AVS, de l'AI et du régime des APG. Ces œuvres nouvelles, comme les anciennes, devront être présentées à l'Exposition de 1964.

* * *

L'Exposition se divise en une partie générale et en une partie des sections spéciales. Cette dernière comprend plusieurs secteurs, subdivisés eux-mêmes en sections et groupes. Les assurances sociales, qui comprennent l'AVS, l'AI, les APG, l'assurance-maladie et accidents, l'assurance-chômage, l'assurance militaire et l'assurance immobilière, sont exposées sommairement dans la partie générale; en outre, elles forment une section du secteur « Les échanges » avec les assurances privées et les institutions officielles et privées de prévoyance en faveur du personnel. Ces diverses œuvres ne seront pas juxtaposées, mais présentées globalement.

La section « Assurances » est organisée par les institutions intéressées (les caisses de compensation, en leur qualité d'organes des assurances sociales, ont également pu émettre leurs suggestions), dont les représentants se réunissent selon les besoins pour discuter les problèmes qu'elle pose. Elle se bornera à l'essentiel; les procédés les plus modernes seront utilisés pour lui donner un caractère attrayant. Les visiteurs désireux de connaître de plus amples détails disposeront à cet effet d'un guide imprimé spécial.

En ce qui concerne les assurances sociales, le programme est fixé dans ses grandes lignes. Il s'agira de mettre en évidence le sentiment de solidarité que créent l'AVS, l'AI et le régime des APG. Dans les domaines qui touchent aussi d'autres secteurs, par exemple la réadaptation professionnelle ou la formation scolaire spéciale, les points de contact ont été signalés.

L'Expo 64 sera grandiose; elle laissera une surabondance d'impressions et de souvenirs. Il est juste que les assurances sociales, qui ont pris un tel développement, reçoivent aussi leur place et jouent un rôle dans cette vaste compétition.

Les assurances sociales suisses de 1955 à 1961

Les assurances sociales suisses ont considérablement évolué au cours des dernières années. Le tableau ci-contre tiré de la « Revue suisse des assurances sociales » (Editions Stämpfli et Co, Berne, 1962, p. 283), montre ce développement. Ces chiffres sont publiés régulièrement dans l'Annuaire statistique de la Suisse.

Branches d'assurance	Cotisations en milliers de francs (y compris les contributions des pouvoirs publics)				
	1955	1958	1959	1960	1961
Assurance-accidents CNA	214 436	258 778	273 131	303 312	338 217
Assurance-maladie . . .	332 217	437 984	464 213	500 285	570 789
Assurance militaire . . .	40 715	45 700	48 990	48 151	47 499
Assurance-chômage . . .	31 923	32 673	30 904	27 769	25 497
Régime des APG ¹ . . .	46 993	52 634	52 718	74 959	88 734
AVS fédérale	760 393	841 940	904 325	958 225	1 066 508
AI fédérale ²	—	—	—	102 039	167 735
Assurances-vieillesse, invalidité et survivants cantonales	12 844	12 892	14 168	15 416	16 047
Régime des allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux paysans de la montagne ; caisses cantonales de compensation pour allocations familiales ³	19 162	30 149	38 086	44 488	48 299
Caisses de pension ⁴ . . .	949 186	1 235 130	1 372 800	1 484 930	1 563 160
Total	2 407 869	2 947 880	3 199 335	3 559 574	3 932 485
	Versements en milliers de francs				
	1955	1958	1959	1960	1961
Assurance-accidents CNA	153 551	190 812	199 940	214 936	242 144
Assurance-maladie . . .	282 276	356 983	384 623	415 164	439 635
Assurance militaire . . .	38 285	42 761	45 849	44 993	44 284
Assurance-chômage . . .	13 755	19 337	15 888	8 564	4 767
Régime des APG ¹ . . .	46 993	52 634	52 718	63 591	71 529
AVS fédérale	372 014	652 868	687 314	721 065	848 426
AI fédérale ²	—	—	—	48 985	149 646
Assurances-vieillesse, invalidité et survivants cantonales	8 682	10 880	12 518	12 122	13 610
Régime des allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux paysans de la montagne ; caisses cantonales de compensation pour allocations familiales ³	17 749	28 141	32 719	36 756	39 683
Caisses de pension ⁴ . . .	492 935	631 400	679 290	730 870	805 540
Total	1 426 240	1 985 816	2 110 859	2 297 046	2 659 264

¹ Ce régime a reçu une nouvelle base à partir du 1er janvier 1960.

² En vigueur depuis le 1er janvier 1960.

³ Sans les caisses de compensation privées pour allocations familiales.

⁴ Y compris les caisses d'épargne, assurances de groupe et fonds de bienfaisance.

Les opérations, mesures médicales de réadaptation de l'AI

Le Tribunal fédéral des assurances a défini, dans deux arrêts, la notion de mesures médicales de réadaptation. Dans le cas d'un dentiste âgé de 44 ans¹, il a établi que seule une opération de la cataracte (qui ne fait pas partie du traitement proprement dit de l'affection) pouvait sauver l'existence professionnelle de l'assuré; elle visait donc principalement à sauvegarder la capacité de gain au sens de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Dans ses considérants, le tribunal a estimé que l'assuré se trouvait dans la première moitié de la période que l'on considère normalement comme la période d'activité d'un universitaire indépendant; il avait encore devant lui la partie la plus longue et la plus productive de sa carrière. L'opération était le seul moyen de sauvegarder sa capacité de gain comme dentiste et de le préserver d'une invalidité très prononcée.

Le même tribunal, qui a considéré dans ce cas-là que l'opération de la cataracte était une mesure médicale de réadaptation de l'AI, a nié, le même jour, que cette assurance fût tenue d'allouer des prestations dans le cas d'une ménagère âgée de 55 ans, qui demandait également la prise en charge par l'AI d'une telle opération². Dans ce second cas, le tribunal a estimé qu'à l'âge de 55 ans, la durée prévisible probable d'activité était déjà sensiblement réduite, et que par conséquent l'opération ne pouvait être considérée principalement comme une mesure de réadaptation, mais contribuait avant tout au bien-être général de l'assurée. Cette intervention ne représentait donc pas une mesure médicale de réadaptation au sens de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI. C'est pourquoi l'AI ne pouvait remettre à l'assurée, à titre de moyen auxiliaire, des verres à cataracte.

Comme le montrent ces deux arrêts, si différents dans leurs conclusions, bien que concernant la même affection, objet des mêmes mesures, il faut examiner dans chaque cas si les conditions posées par le tribunal de dernière instance pour la prise en charge des frais par l'AI sont remplies ou non. L'âge de l'assuré joue un rôle important. L'assurée âgée de 55 ans (arrêt H. F.) approchait de la fin de son activité; du point de vue de l'AI, l'activité prend fin lorsque l'assuré atteint l'âge qui donne droit aux rentes de l'AVS (65 ans pour les hommes, 63 pour les femmes), âge à partir duquel l'octroi de mesures de réadaptation est exclu (art. 10, 1^{er} alinéa, LAI). Tel n'était pas le cas du dentiste, âgé seulement de 44 ans (arrêt B. B.); lorsqu'un assuré a encore devant lui la partie la plus longue de son activité professionnelle, les actes médicaux qui n'appartiennent

¹ Arrêt du TFA, du 17 septembre 1962, en la cause B. B., RCC 1963, p. 117.

² Arrêt du TFA, du 17 septembre 1962, en la cause H. F., RCC 1963, p. 73.

pas au traitement proprement dit de l'affection et dont les desseins de réadaptation ne sont pas relégués à l'arrière-plan par d'autres buts visent, en général, principalement la réadaptation professionnelle et doivent, par conséquent, être pris en charge par l'AI comme mesures de réadaptation.

Un autre critère est lié à celui de l'âge de l'assuré et de la durée de son activité future: c'est celui des conséquences d'une opération sur la capacité de gain. Il est essentiel, en effet, de savoir si une mesure déterminée peut garantir l'amélioration ou la sauvegarde durable et importante de la capacité de gain au sens de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI.

Seul un examen consciencieux des circonstances montrera, dans chaque cas, si l'on a affaire, oui ou non, à des mesures de réadaptation que l'AI doive prendre en charge.

Les actes médicaux à l'âge de la formation professionnelle

Le Tribunal fédéral des assurances a étudié, dans l'arrêt H. V. du 12 octobre 1962¹, le caractère des actes médicaux dont bénéficient des assurés mineurs qui n'ont pas d'activité lucrative, mais atteignent l'âge où commence la formation professionnelle. Il a commencé par se prononcer sur le problème de la délimitation entre le traitement de l'affection et les mesures médicales de réadaptation au sens des articles 12, 1^{er} alinéa, LAI et 2, 1^{er} alinéa, RAI. Si un acte médical présente aussi bien les caractéristiques du traitement de l'affection comme telle que de la réadaptation professionnelle, et ne représente pas un traitement proprement dit de l'affection (p. ex. les actes médicaux relatifs à des maladies infectieuses), il y a lieu d'examiner, selon la jurisprudence récente (complétant la pratique appliquée jusqu'à présent et fondée sur l'arrêt A. Sch. du 28 mars 1961, RCC 1961, p. 207), si c'est le traitement de l'affection comme telle ou la réadaptation professionnelle qui l'emporte. A cet effet, on se fondera en particulier sur la situation professionnelle de l'assuré avec ou sans l'exécution de cet acte médical. Dans le cas d'un mineur qui n'a pas encore atteint l'âge où commence la formation professionnelle, un acte médical présente avant tout le caractère d'une mesure de réadaptation si l'absence de cet acte risque d'entraîner, dans un proche avenir, la persistance de séquelles (malgré la guérison de la maladie) ou un état stabilisé qui gênent la formation professionnelle ou diminuent la capacité de gain.

Se fondant sur l'article 5, 2^e alinéa, LAI, aux termes duquel les assurés mineurs, atteints dans leur santé physique ou mentale et qui n'exercent pas

¹ Cf. RCC 1963, p. 122.

d'activité lucrative, sont réputés invalides si l'atteinte à leur santé aura vraisemblablement pour conséquence une incapacité de gain, le TFA a déclaré qu'en posant la question du droit que donne l'invalidité à des mesures de réadaptation, il fallait se placer au moment où ces mineurs entreraient dans la vie professionnelle; ceci mène logiquement à tenir compte aussi des circonstances dans lesquelles se trouve placé un assuré en âge d'apprendre un métier. L'incapacité de gain ne doit donc pas nécessairement être imminente. Si l'affection traitée est de nature évolutive, des prestations de l'AI en vertu de l'article 12 LAI n'entrent, il est vrai, guère en ligne de compte tant que l'âge de la formation professionnelle est encore éloigné; mais lorsque cet âge est atteint, ou imminent, il ne faut pas remettre à plus tard les mesures de réadaptation à appliquer, car un retard pourrait compliquer la formation professionnelle de l'assuré, l'obliger à remettre à plus tard son activité lucrative et réduire les chances de succès des mesures de réadaptation qui devraient tout de même être exécutées un jour.

En application de ces principes, le TFA a admis, dans le cas d'une jeune fille de 16 ans, que l'opération des jambes en O (infirmité acquise) présentait le caractère d'une mesure de réadaptation. Une autre question moins importante, qui s'est posée dans le même cas, est celle de la prise en charge par l'AI du traitement de la maladie de Scheuermann dont souffrait l'assurée; en l'espèce, ce traitement a été considéré comme faisant partie de l'ensemble des mesures appliquées.

La pratique de l'Office fédéral des assurances sociales en matière d'affiliation

Le dernier commentaire publié à ce sujet portait sur les conflits d'affiliation tranchés par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) entre le 1^{er} juillet 1956 et le 30 juin 1959 (RCC 1959, p. 334 ss).

Alors qu'un seul cas s'était présenté en 1959 (commenté dans la RCC 1959, p. 334), l'OFAS a dû en trancher 6 en 1960 et 1961 et 3 en 1962. Le petit nombre de décisions (16 au total en quatre ans) montre à quel point la pratique en matière d'affiliation s'est affermie.

Nous relaterons ci-après les décisions rendues entre le 1^{er} juillet 1959 et le 31 décembre 1962.

Appartenance à une association fondatrice (art. 64, 1^{er} al., LAVS)

Selon l'article précité, la qualité de membre d'une association fondatrice entraîne l'affiliation à sa caisse professionnelle de compensation. L'appartenance à une section cantonale ou régionale suffit d'ailleurs à entraîner l'affiliation à la caisse professionnelle de compensation de l'association. Les dispositions légales

ne permettent pas de tenir compte des désirs individuels des cotisants (cf. RCC 1959, p. 334).

Nonobstant ce qui précède, une caisse professionnelle crut pouvoir justifier l'affiliation de la centrale de vente d'une association; la centrale elle-même ne faisait partie ni de l'association fondatrice, ni d'une de ses sections. mais la caisse voulait voir en elle l'organisation de vente d'une association de producteurs qui, elle, était une section de l'association fondatrice. L'OFAS s'est prononcé en considérant la situation réelle de la centrale de vente: non seulement elle était inscrite au registre du commerce en qualité de société coopérative, ce qui lui conférait la personnalité juridique, mais encore elle était indépendante sur le plan commercial et administratif. Aussi l'OFAS a-t-il jugé que ladite centrale, de par sa structure, ne pouvait être assimilée à une association professionnelle ni, par conséquent, du point de vue de l'AVS, être considérée comme une sous-association ou une section de l'association fondatrice.

Appartenance à plusieurs associations fondatrices
(art. 117, 1^{er} al., RAVS; chap. E I 3 b de la circulaire n° 36 a)

Une entreprise qui, en 1948, était membre de deux associations fondatrices, A et B, avait alors opté en faveur de la caisse de compensation de l'association A. Par suite de démission de l'association B, son sociétariat auprès de cette dernière s'éteignit à fin 1955. Le 1^{er} janvier 1959, elle adhéra à une association nouvellement constituée, et dépendant de l'association fondatrice B. Le 29 septembre 1959, elle informa sa caisse de compensation qu'elle passerait le 1^{er} janvier 1960 à la caisse de compensation de l'association fondatrice B. La première caisse s'est opposée à ce passage en faisant valoir qu'un changement de caisse, en vertu de l'article 117, 1^{er} alinéa, RAVS, ne pourrait pas avoir lieu avant le 1^{er} janvier 1961. L'OFAS fit observer que le délai d'attente de cinq ans fixé à l'article 117, 1^{er} alinéa, RAVS s'applique seulement aux affiliés qui ont déjà usé de leur droit d'option dans les mêmes circonstances. En revanche, l'article 117, 1^{er} alinéa, RAVS ne fixe pas le délai dans lequel peut être exercé le droit d'option, lorsque celui-ci naît de l'adhésion ultérieure à l'association fondatrice d'une autre caisse de compensation. Dans ce cas, on applique, conformément à la circulaire n° 36 a, le principe général du changement de caisse en fin d'année, c'est-à-dire que les cotisants, pourvu qu'ils aient exercé leur droit d'option avant le 30 septembre suivant leur entrée dans la nouvelle association, peuvent passer à la nouvelle caisse de compensation au début de l'année suivante.

L'OFAS a également eu l'occasion de confirmer qu'une personne affiliée à deux associations fondatrices, après avoir opté pour une caisse de compensation conformément à l'article 117, 1^{er} alinéa, RAVS, ne peut plus changer de caisse que dans les délais de cinq ans fixés à l'article 99 RAVS, c'est-à-dire pour le 1^{er} janvier des années 1951, 1956, 1961, 1966, etc. Un changement ne peut donc avoir lieu dans l'intervalle que lorsqu'un membre démissionne de l'association fondatrice de sa caisse de compensation, en quel cas il cesse de remplir les conditions d'affiliation à cette caisse.

Appartenance fictive à une association fondatrice
(art. 121, 2° al., RAVS)

Dans deux cas, l'OFAS dut décider si l'acquisition de la qualité de membre d'une association fondatrice avait eu pour seul but l'affiliation à la caisse professionnelle de compensation. Il confirma sa pratique antérieure, suivant laquelle l'article 121, 2° alinéa, RAVS peut être invoqué seulement lorsqu'il n'existe objectivement aucun autre intérêt prépondérant à la qualité de membre de l'association que celui d'être affilié à la caisse professionnelle de compensation (cf. RCC 1958, p. 296). Ceci n'était pas le cas dans les deux affaires à juger.

Communication tardive de l'adhésion à une association fondatrice
(art. 121, 3° al., RAVS; chap. E I 2 b aa de la circulaire n° 36 a)

Si l'acquisition de la qualité de membre d'une association fondatrice entraîne un changement de caisse, la nouvelle caisse est tenue en vertu de l'article 121, 3° alinéa, RAVS d'en informer la caisse à laquelle le nouveau membre était affilié jusqu'alors. Suivant la circulaire n° 36 a, cette communication doit avoir lieu jusqu'au 30 septembre; mais si la nouvelle caisse omet de communiquer à temps à l'ancienne caisse l'adhésion du membre à l'association fondatrice, ce n'est pas ce dernier qui doit en supporter les conséquences. En effet, tout comme on ne saurait exiger d'un affilié qu'il continue durant une nouvelle année à régler ses comptes avec son ancienne caisse, parce que celle-ci aurait omis de communiquer en temps opportun à la caisse cantonale la nouvelle de sa démission de l'association fondatrice, de même il ne serait pas équitable, en cas d'adhésion à une nouvelle association, de faire supporter au membre les conséquences d'un oubli imputable à son association ou à la caisse de cette dernière, et d'empêcher pour ce motif le changement de caisse désiré.

Affiliation à plusieurs caisses de compensation
(art. 119, 2° al., RAVS; chap. E I 3 a de la circulaire n° 36 a)

Selon l'article 117, 4° alinéa, RAVS, les employeurs et les personnes de condition indépendante ne peuvent, sous réserve des articles 119, 2° alinéa, et 120, 1^{er} alinéa, RAVS, être affiliés qu'à une seule caisse de compensation. Les exceptions légales se rapportent notamment au personnel de maison pour lequel l'employeur peut régler les comptes avec la caisse cantonale de compensation, même s'il est affilié par ailleurs à une caisse professionnelle. Il ressort clairement de l'article 119, 2° alinéa, RAVS que l'employeur affilié à une caisse professionnelle de compensation n'est pas obligé de régler automatiquement avec cette caisse de compensation les cotisations pour son personnel de maison. C'est au contraire la caisse cantonale de compensation qui est compétente pour assujettir le personnel de maison, tant que l'employeur ne déclare pas expressément vouloir régler les comptes directement avec la caisse professionnelle. Il s'agit en l'occurrence d'un droit d'option analogue à celui qui est mentionné à l'article 117, 1^{er} alinéa, RAVS pour les cas d'appartenance à plusieurs associations fondatrices. Vu qu'il n'existe pas de prescription particulière fixant le moment où ce droit peut être

exercé, c'est dans ce cas l'article 117, 1^{er} alinéa, RAVS qu'il faut appliquer par analogie.

*Affiliation d'entreprises nouvellement créées
(chap. A de la circulaire n° 36 a)*

La circulaire n° 36 a contient, sous chapitre A (ouverture d'entreprises), une prescription générale selon laquelle les caisses cantonales de compensation doivent, lorsqu'elles découvrent une entreprise nouvellement ouverte qui n'est pas encore affiliée à une caisse de compensation, communiquer au propriétaire que son entreprise sera affiliée à la caisse cantonale de compensation, à moins qu'il ne leur adresse (ou fasse adresser), dans le délai de 2 mois, l'attestation d'une caisse professionnelle de compensation comme quoi cette entreprise lui est affiliée. Malgré cette prescription, une caisse cantonale de compensation avait, sans avis préalable, adressé une décision d'affiliation à une entreprise nouvellement ouverte, avant même que celle-ci eût commencé son activité. Dans sa décision, l'OFAS s'est prononcé comme suit: Si la caisse cantonale de compensation omet d'inviter par écrit l'employeur à lui remettre une déclaration appropriée de la caisse professionnelle de compensation, elle n'est pas habilitée, en vertu de la prescription précitée, à rendre une décision d'affiliation. Même lorsque plus de deux mois se seraient écoulés depuis l'ouverture de l'entreprise, la caisse cantonale ne saurait faire valoir que le délai fixé pour la remise de la déclaration d'affiliation à une caisse professionnelle n'a pas été respecté. Les caisses professionnelles de compensation ne sont pas non plus tenues, avant d'y avoir été invitées par l'employeur intéressé, de remettre de leur propre chef une telle déclaration à la caisse cantonale de compensation.

*Affiliation d'une entreprise à raison individuelle qui devient
société en nom collectif*

Un employeur membre de l'association fondatrice étant décédé, son entreprise passa à ses héritiers qui, un an plus tard, se constituèrent en société en nom collectif. Cette transformation a donné à l'entreprise un nouveau statut juridique, qui diffère entièrement de celui de l'ancienne entreprise individuelle et de l'hoirie. La caisse professionnelle de compensation était d'avis que l'entreprise continuait à faire partie de l'association fondatrice sous une forme nouvelle. Contrairement à cette opinion, l'OFAS décida que la qualité de membre reconnue à l'entreprise à raison individuelle (et en hoirie) ne pouvait pas passer sans autre formalité à la société en nom collectif. Celle-ci aurait donc dû être formellement reçue comme nouveau membre de l'association fondatrice, sur sa demande orale ou écrite, à l'occasion d'une assemblée des membres.

*Remise de la déclaration du choix de la caisse à une caisse de
compensation non compétente (chap. E I 3 b de la circulaire n° 36 a)*

Selon la circulaire n° 36 a, la déclaration d'option remise à une autre caisse qu'à celle à laquelle l'intéressé appartient ne doit pas être prise en considération.

L'OFAS a toutefois ajouté, dans une décision, que cette règle générale n'excluait pas l'obligation de rechercher, dans chaque cas particulier, comment une telle erreur avait pu se produire et si elle était imputable à l'affilié. En effet, comme l'exercice du droit d'option est un acte juridique que l'assuré peut accomplir seulement tous les cinq ans et qui peut en outre avoir des effets de droit matériel (frais d'administration), toute autre solution serait formaliste à l'excès et contraire aux principes fondamentaux du droit administratif.

Problèmes d'application de l'AI ¹

Reclassement : Les voyages de l'assuré à son domicile pour les week-ends

L'assuré qui doit séjourner dans un centre de réadaptation, donc hors de chez lui, pour un reclassement n'a droit au remboursement de ses frais de voyage, lorsqu'il rentre à la maison pour le week-end, que tous les quinze jours (cf. circulaire concernant le remboursement des frais de voyage, du 1^{er} septembre 1961, n° 24). Cette règle s'applique aux assurés qui vivent seuls et aux assurés mariés.

Le remboursement ne peut être accordé pour chaque week-end que si le centre de réadaptation ne donne pas la nourriture et le logement ou est fermé pendant les week-ends. L'interruption de l'enseignement pendant les week-ends ne suffit pas; la condition n'est remplie que si tout l'établissement est fermé.

Aide en capital : L'activité lucrative indépendante

Une aide en capital ne peut être allouée à un assuré que pour entreprendre une activité indépendante. Un assuré invalide qui travaille dans l'entreprise de son épouse est un employé; il n'a donc pas droit à l'aide en capital.

Moyens auxiliaires : Les instruments nécessaires à l'exercice d'une profession (métier à tisser)

Une commission AI a demandé si le métier à tisser d'une tisseuse invalide peut être considéré comme moyen auxiliaire au sens des articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 14, 1^{er} alinéa, lettre h, RAI. Il faut répondre négativement. Le métier à tisser

¹ Extraits du « Bulletin de l'AI » n° 43.

est un instrument de travail nécessaire à l'exercice de la profession de tisseur. Dès lors, il ne peut pas être remis comme moyen auxiliaire à la charge de l'AI. L'AI assumera tout au plus les frais des transformations apportées éventuellement au métier à tisser et qui sont nécessitées par l'invalidité de l'assurée.

L'étendue des prestations en cas de remise de véhicules à moteur

L'AI remet les véhicules à moteur avec leurs accessoires ordinaires, compris dans le prix global figurant sur la liste (outils, roue de rechange, etc.). Elle prend en charge, en outre, un examen médical éventuel, l'examen du permis de conduire, le contrôle du véhicule, le permis de circulation, les plaques de contrôle, un triangle de panne et une ceinture de sécurité.

Si l'assuré doit se faire accompagner constamment pour faire les trajets jusqu'à son lieu de travail, l'AI assume également les frais d'une deuxième ceinture de sécurité. En règle générale, une ceinture ordinaire fixée en deux points, revenant à 75 francs au plus (y compris l'installation), suffit. Dans des cas exceptionnels (p. ex. si l'assuré a été amputé des deux jambes au-dessus du genou ou souffre d'une grave infirmité des pieds), le contrôle cantonal des véhicules peut prescrire une ceinture fixée en trois points; l'AI peut alors en assumer les frais, qui s'élèvent à environ 135 francs (y compris l'installation). La personne qui accompagne l'invalidé n'a droit qu'à une ceinture à deux points.

Les frais des transformations et des accessoires nécessités par l'invalidité (freins à main, poignée fixée au volant, disposition spéciale du siège, rétroviseur extérieur, etc.) peuvent être assumés par l'AI selon les circonstances du cas.

Le prononcé de la commission AI et la décision de la caisse doivent indiquer chacune des prestations qui ne sont pas comprises dans le prix de la liste et en préciser le montant.

Si un véhicule n'est pas remis en prêt, mais que l'AI accorde une contribution d'amortissement, la décision ne porte que sur les transformations et les accessoires nécessités par l'invalidité; les autres frais mentionnés ci-dessus sont compris dans la contribution d'amortissement.

Contribution aux frais de taxi après la réadaptation

Si un invalide réadapté a besoin d'un véhicule à moteur pour se rendre à son travail, en exerçant une activité lucrative, l'AI peut, après examen des droits de l'assuré à la remise d'un véhicule à moteur, accorder pour une durée limitée ou à titre définitif des contributions à ses frais de taxi dans les cas suivants:

- l'assuré a un besoin urgent d'un véhicule à moteur avant que l'AI puisse lui en remettre un (p. ex. s'il doit commencer immédiatement son activité dans un nouvel emploi);

- l'assuré a obtenu un véhicule à moteur, mais n'a pas encore son permis de conduire;
- le véhicule à moteur personnel, accordé par l'AI, se trouve momentanément en réparation et n'est pas disponible;
- l'assuré ne peut conduire lui-même, par exemple pour cause d'invalidité grave, le véhicule à moteur que l'AI pourrait lui accorder.

Cette règle ne s'applique pas aux cas de formation professionnelle initiale et de reclassement.

Les frais de taxi peuvent être pris en charge jusqu'à concurrence du montant que l'AI aurait déboursé pour la remise d'un véhicule à moteur. Ce montant ne doit pas dépasser 200 francs par trimestre. Les prononcés des commissions AI sur la prise en charge des frais de taxi doivent être, jusqu'à nouvel avis, soumis à l'approbation de l'OFAS. Le montant de la contribution aux frais de taxi sera notifié à l'assuré sous forme de décision.

Demandes de devis pour des mesures de réadaptation

S'il n'existe pas de convention tarifaire avec un agent d'exécution sur les frais des mesures de réadaptation, et que ces frais ne peuvent pas être déterminés d'une autre manière (p. ex. prix d'achat fixe des véhicules à moteur), la commission AI doit, avant d'accorder une prestation, demander un devis. Si le remboursement demandé dépasse le taux fixé par l'AI pour des prestations analogues (p. ex. gymnastique curative / entraînement à l'usage d'une prothèse), le taux de remboursement doit être demandé à l'OFAS, auquel on enverra le dossier.

En cas de traitement dans un établissement hospitalier, la communication publiée dans RCC 1961, p. 105, « Hôpitaux sans convention tarifaire », est réservée.

Procédure de recours: Préavis de l'OFAS

Ces derniers temps, des caisses de compensation ou des commissions AI ont souvent demandé à l'OFAS de se prononcer sur des affaires en instance de recours. Il convient de renoncer à de telles démarches, car, en raison de la séparation des pouvoirs entre l'administration et la juridiction, l'OFAS ne peut intervenir dans la procédure de recours. Cela concerne également les prestations en nature dont l'OFAS a subordonné l'octroi à son approbation expresse (p. ex. la remise de véhicules à moteur, ou l'octroi d'une aide en capital).

Sont réservés, toutefois, les cas où l'OFAS est directement invité par une autorité de recours à lui donner un préavis.

BIBLIOGRAPHIE

G. von Schulthess: *Die Behandlung der Schwerhörigkeit*. (Monatsblatt des Bundes schweizerischer Schwerhörigenvereine, 1962, fasc. 12, pp. 371-376).

PETITES INFORMATIONS

Interventions parlementaires traitées

Postulat Roggo,
du 5 décembre 1962

Lors de la séance du Conseil des Etats du 5 mars 1963, M. Roggo, conseiller aux Etats, a développé son postulat concernant l'augmentation des subventions fédérales aux cantons et aux fondations « Pour la vieillesse » et « Pour la jeunesse » en faveur de l'aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants (RCC 1963, p. 14). M. Tschudi, conseiller fédéral, accepta le postulat, mais signala que le Fonds serait bientôt épuisé et qu'il fallait chercher de nouvelles ressources.

Postulat Landolt,
du 26 septembre 1962

Postulat Allemann,
du 19 décembre 1962

Dans sa séance du 13 mars 1963, le Conseil national a traité deux postulats concernant l'AI. M. Landolt, conseiller national, a développé celui qu'il avait présenté (RCC 1962, p. 431) sur l'amélioration de diverses prestations de l'AI; son collègue, M. Allemann, a demandé que les subventions pour la construction soient augmentées (RCC 1963, p. 64). M. Tschudi, conseiller fédéral, a accepté les deux postulats; il a déclaré toutefois qu'une revision de l'AI ne serait possible que lorsque serait intervenue la stabilisation consécutive à la période initiale. Le Conseil national a approuvé tacitement la transmission des postulats au Conseil fédéral.

Allocations familiales dans le canton de Genève

Le 12 janvier 1963, le Grand Conseil a adopté un projet de loi modifiant celle sur les allocations familiales aux salariés. Les dispositions nouvelles, qui concernent le montant de l'allocation pour enfant, ainsi que le droit des travailleurs étrangers aux allocations, ont pris effet le 1^{er} janvier 1963.

Montant
de l'allocation
pour enfant

Le montant de l'allocation pour enfant versée aux salariés en raison de leurs enfants de moins de cinq ans a été porté de 25 à 30 francs par mois. L'allocation s'élève ainsi à 30 francs pour tous les enfants de moins de 10 ans. Les autres taux d'allocations sont demeurés inchangés.

Par une loi du 12 janvier, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1963, cette amélioration a également été apportée au régime des allocations familiales aux agriculteurs indépendants.

Salariés étrangers

a) Salariés ayant leurs enfants en Suisse

Aux termes des dispositions nouvelles, tout salarié étranger qui, au bénéfice d'un titre de séjour, réside en Suisse a droit aux allocations familiales, à la condition qu'il fasse ménage commun en Suisse avec sa famille. Jusqu'ici, l'octroi des allocations était subordonné à un délai d'attente d'une année. Les allocations versées sont non seulement les allocations pour enfants, mais encore les allocations de formation professionnelle et les allocations de naissance.

b) Salariés ayant leurs enfants à l'étranger

Par la loi nouvelle précitée, le Conseil d'Etat a reçu la compétence de prescrire que des salariés étrangers résidant et travaillant sur territoire genevois ont droit à des allocations familiales en raison d'enfants vivant à l'étranger. Il peut édicter des dispositions de détail déterminant le champ d'application, les modalités, la quotité et la nature des allocations familiales entrant en ligne de compte, ainsi que les catégories d'enfants donnant droit à l'allocation. Sont réservés le principe de réciprocité et les dispositions des conventions internationales.

Selon un arrêté du Conseil d'Etat du 22 février 1963 applicable dès le 1^{er} janvier 1963, les salariés étrangers ont droit à une allocation pour enfant mensuelle de 25 francs pour leurs enfants légitimes et adoptifs, vivant hors de Suisse, âgés de moins de 15 ans révolus. Seuls les ressortissants d'Etats européens peuvent prétendre à ces allocations. L'épouse salariée étrangère n'a pas droit aux allocations à moins que, séparée judiciairement, la garde des enfants ne lui ait été confiée. Les allocations de formation professionnelle et de naissance ne sont pas octroyées. Le salarié est tenu de présenter une demande avec les pièces justificatives nécessaires, considérées comme valables dans son pays d'origine, ainsi que le titre de séjour délivré par les autorités suisses.

Allocations familiales
dans le
canton de Vaud

Par une loi du 26 février 1963 dont l'entrée en vigueur est fixée au 1^{er} avril 1963, le montant minimal de l'allocation pour enfant aux salariés a été porté de 15 à 20 francs par mois et par enfant. L'allocation mensuelle versée par la Caisse générale d'allocations familiales pour les enfants demeurant en

Suisse s'élève à 25 francs (au lieu de 20 francs) depuis le 1^{er} janvier 1963.

Par la loi précitée, le Conseil d'Etat a reçu tous pouvoirs pour étendre l'octroi des allocations pour enfants aux salariés étrangers qui ont laissé leur famille à l'étranger.

**Allocations familiales
dans le canton
d'Unterwald-le-Haut**

Le 16 mars, le Grand Conseil a décidé de fixer l'allocation pour enfant à 15 francs par mois pour chaque enfant des familles de deux enfants ou plus. Ce taux est applicable avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1963. Auparavant, l'allocation s'élevait à 12 francs dès le deuxième enfant et jusqu'au quatrième, et à 15 francs pour le cinquième enfant et les suivants.

**Allocations familiales
dans le
canton de Zurich**

Le 24 mars, une modification de la loi sur les allocations pour enfants aux salariés a été acceptée en votation populaire par 102 430 oui contre 24 421 non. L'allocation pour enfant a été portée de 15 à 20 francs par mois et par enfant; ce nouveau taux sera applicable dès le 1^{er} juillet 1963. Par ailleurs, le Conseil d'Etat a reçu la compétence de régler de façon nouvelle le droit aux allocations des salariés étrangers qui ne sont pas au bénéfice d'un permis d'établissement. Les dispositions en la matière sont actuellement élaborées.

Enfin, la loi nouvelle prévoit que les caisses de compensation pour allocations familiales reconnues doivent soumettre pour examen à la Direction de l'assistance, jusqu'au 31 mai 1963 au plus tard, les statuts et règlements sur la base desquels la reconnaissance a été prononcée. Pour la même date, les employeurs exemptés de l'assujettissement à la loi doivent également présenter les pièces justificatives qu'ils avaient produites à l'appui de leur demande de libération. Au préalable, les intéressés devront procéder aux adaptations rendues nécessaires par les modifications légales. La Direction de l'assistance examine si les conditions mises à la reconnaissance des caisses ou à l'exemption des employeurs continuent d'être remplies. Au besoin, elle proposera au Conseil d'Etat de retirer la reconnaissance ou de rapporter la décision d'exemption.

**Allocations familiales
dans le
canton de Saint-Gall**

Le Conseil d'Etat a abaissé, avec effet au 1^{er} janvier 1963, de 1,5 à 1,25 pour cent des salaires la contribution due par les employeurs à la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales.

† Emile Giroud

M. Emile Giroud, conseiller national, vice-président et secrétaire central de la Fédération suisse des ouvriers sur métaux et horlogers, est décédé subitement lors d'une séance à Moutier, le 16 mars 1963. Il faisait partie, depuis 1948, en qualité de représentant des ouvriers et employés de la Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité et de sa sous-commission des frais d'administration.

JURISPRUDENCE

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 10 décembre 1962, en la cause A. D.

Article 10, 2^e alinéa, LAI. Un assuré qui refuse, sans raisons suffisantes, de se soumettre à un examen médical nécessaire pour déterminer son droit à des prestations de l'AI empêche une réadaptation éventuelle, et n'a par conséquent pas droit à ces prestations.

Articolo 10, capoverso 2, LAI. Un assicurato che, senza sufficienti motivi, si rifiuta di sottoporsi ad un esame medico necessario per stabilire il suo diritto a prestazioni dell'AI, impedisce un'eventuale integrazione e non ha pertanto diritto a tali prestazioni.

L'assurée, née en 1908, fit demander des prestations de l'AI par son conjoint en février 1960. La demande signalait que l'assurée avait été opérée plusieurs fois au bas-ventre et avait séjourné dans divers hôpitaux, notamment dans un hôpital étranger. Questionné à ce sujet, le médecin informa la commission AI qu'il soignait l'assurée depuis novembre 1958 pour des maux de ventre intermittents. La commission transmit alors le dossier à l'office régional AI pour plus ample examen. L'office renvoya le dossier à la commission en juin 1960 et déclara que l'assurée avait été invitée à trois reprises, sans succès, à se présenter pour un examen plus approfondi de ses droits. La caisse de compensation notifia à l'assurée que l'octroi de prestations de l'AI lui était refusé; le comportement de l'assurée avait empêché un examen des possibilités de réadaptation, ce qui excluait l'octroi de prestations.

Le mari de l'assurée recourut contre cette décision. Il déclara que l'assurée avait été opérée dans un hôpital étranger, où elle avait séjourné depuis la fin de mai jusqu'au début de juillet 1960; aussi l'office régional avait-il été prié de remettre à plus tard l'examen du cas. La chancellerie de la commission de recours demanda alors le dossier de l'assurée au service local de l'aide aux invalides. Ce dossier révéla que l'assurée avait consulté en décembre 1957 un médecin, selon lequel un diagnostic précis de l'affection du bas-ventre ne pourrait être établi que dans un hôpital. Ayant interrogé l'assurée, le

président de la commission de recours ordonna le 10 janvier 1962 un examen dans un hôpital communal; il avertit l'assurée qu'en cas de refus de se soumettre à cet examen, aucune prestation de l'AI ne lui serait accordée. L'assurée n'ayant pas obtempéré, la commission de recours, par jugement du 18 avril 1962, rejeta le recours pour les motifs suivants:

Etant donné le comportement de l'assurée, la cause devait être jugée en l'état du dossier. Celui-ci n'indiquant pas d'une manière suffisante le genre de l'infirmité et le degré d'invalidité, la demande de l'assurée, visant à obtenir des prestations de l'AI, devait être rejetée.

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

1. Aux termes de l'article 10, 2^e alinéa, LAI, l'ayant droit a le devoir de faciliter toutes les mesures prises en vue de sa réadaptation à la vie professionnelle. L'assurance peut suspendre ses prestations si l'ayant droit entrave ou empêche la réadaptation. L'article 72, 3^e alinéa, RAI dispose en outre que si le requérant s'abstient sans excuse valable d'entrer à l'établissement hospitalier ou au centre de réadaptation où son admission a été jugée nécessaire pour les besoins de l'expertise, la commission peut se prononcer en l'état du dossier.

2. On peut se dispenser de se demander si la commission AI pouvait refuser des prestations parce que l'assurée n'avait pas donné suite à l'invitation, répétée trois fois en tout, de se présenter à l'office régional. Dans tous les cas, la demande de prestations a dû être rejetée à cause du comportement de l'assurée pendant la procédure de recours. L'assurée a subi, au cours des dernières années, plusieurs opérations du bas-ventre. Pour pouvoir trancher la question de la nécessité de mesures de réadaptation (les rentes ne sont allouées, en principe, que lorsque la question de la réadaptation a été élucidée, cf. arrêt H., ATFA 1960, p. 255; arrêt A. M., RCC 1961, p. 73), un examen médical dans un hôpital était indispensable. Le rapport du médecin ne donne pas de précisions suffisantes sur l'état de l'assurée; en outre, comme l'a constaté la commission de recours, l'assurée ne possède pas de certificat médical indiquant le genre et le traitement de l'affection. Un certificat établi par un hôpital en 1955, qui pourrait être produit, selon les allégations de l'assurée en instance d'appel, ne suffirait nullement à éclaircir l'affaire, puisque l'assurée a été opérée plusieurs fois depuis lors. D'ailleurs, un médecin a déjà constaté en 1957 qu'un diagnostic précis devait être établi dans un hôpital. L'assurée ayant refusé, sans raisons suffisantes, l'examen prescrit par le président de la commission de recours, elle a empêché ainsi une réadaptation éventuelle, et n'a donc pas droit à des prestations de l'AI (art. 10, 2^e al., LAI). Le fait que son mari paie des cotisations à l'AI ne saurait modifier l'issue de cette procédure, quoiqu'on ait allégué à ce sujet en instance d'appel; pour que des prestations puissent être accordées, en effet, il faut non seulement que des cotisations aient été payées, mais encore que les conditions énoncées par la LAI soient remplies.

En outre, la demande présentée en instance d'appel ne saurait être admise même si la cause était jugée en l'état du dossier, selon l'article 72, 3^e alinéa, RAI. Comme l'a constaté la commission de recours, le dossier ne permet pas de conclure que l'assurée ait droit à des prestations de l'AI.

L'appel n'est donc pas fondé. Néanmoins, cela n'exclut pas que l'assurée, sur une nouvelle demande, puisse obtenir plus tard des prestations si elle revient à de meilleurs sentiments et se prête à l'exécution des mesures nécessaires.

Arrêt du TFA, du 15 janvier 1963, en la cause M. M.

Articles 10, 1^{er} alinéa, et 42, 1^{er} alinéa, LAI. Une assurée âgée de plus de 60 ans, qui partage avec son mari le droit à une rente de vieillesse pour couple, n'a droit ni à des mesures de réadaptation, ni à une allocation pour impotent.

Articoli 10, capoverso 1, e 42, capoverso 1, LAI. Un'assicurata d'età superiore ai 60 anni che, con il marito, riceve una rendita di vecchiaia per coniugi, non ha diritto nè a provvedimenti d'integrazione, nè ad un assegno per invalidi senza aiuto.

Par lettres du 24 mars et du 12 avril 1961, l'assurée, née en 1899, et dont le mari reçoit depuis juillet 1959 une rente de vieillesse pour couple, demanda à la commission AI des moyens auxiliaires et une allocation pour impotent. Elle déclara à l'appui de cette demande que par suite d'un accident subi en 1958, elle portait un appareil de soutien pour sa jambe, marchait à l'aide de béquilles et était en traitement chez un spécialiste. Comme elle n'était pas affiliée à une caisse-maladie, son mari devait supporter tous ses frais d'hôpital et de médecin. La caisse de compensation lui écrivit que l'AI ne pouvait accorder des prestations, l'assurée étant bénéficiaire d'une rente AVS.

L'assurée recourut et renouvela sa demande. L'autorité cantonale admit ce recours et décida que la commission AI devait accorder à la recourante les prestations de l'AI qui lui revenaient.

L'OFAS ayant interjeté appel contre ce jugement, le TFA admit l'appel pour les motifs suivants:

La question litigieuse est de savoir si l'AI doit prendre en charge l'appareil de soutien de la jambe, les chaussures spéciales et les béquilles dont a besoin l'assurée et lui accorder, en outre, une allocation pour impotent. Il s'agit ici de moyens auxiliaires orthopédiques qui (en vertu de l'art. 21 LAI) sont énumérés à l'article 14, 1^{er} alinéa, lettres b et f, RAI et constituent des mesures de réadaptation au sens de l'article 8, lettre d, LAI, ainsi que de prestations périodiques en espèces, destinées selon l'article 42 LAI aux impotents nécessiteux.

Aux termes de l'article 10, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré cesse d'avoir droit aux mesures de réadaptation de l'AI lorsqu'il peut prétendre une rente de vieillesse de l'AVS; les mesures de réadaptation qui ne sont pas achevées à ce moment-là seront menées à chef. De même, l'article 42, 1^{er} alinéa, LAI dispose que l'assuré qui a obtenu une allocation pour impotent conserve ce droit après la naissance du droit à la rente de vieillesse de l'AVS.

En vertu de l'article 85, 1^{er} alinéa, LAI, l'invalidité de l'assurée est réputée survenue non pas lors de l'accident de 1958, mais seulement le 1^{er} janvier 1960, jour de l'entrée en vigueur de la LAI. A cette date, l'assurée avait déjà dépassé l'âge de 60 ans, donc atteint l'âge lui donnant droit à une rente AVS (art. 22, 1^{er} al., LAVS), et partageait avec son mari le droit à une rente de vieillesse pour couple de l'AVS (arrêts du TFA en les causes M., ATFA 1948, p. 97 = RCC 1948, p. 464; W., ATFA 1960, p. 325 = RCC 1960, p. 433; R. B., ATFA 1961, p. 57, bas = RCC 1961, p. 294). C'est pourquoi l'AI ne peut, en vertu des articles 10, 1^{er} alinéa, et 42, 1^{er} alinéa, LAI, lui accorder ni des mesures de réadaptation, ni une allocation pour impotent. Si l'on se fonde sur les dispositions qui fixent la limite entre le champ d'application de l'AI et celui de l'AVS (art. 10, 1^{er} al., 30, 1^{er} al., 34, 1^{er} al., 35, 1^{er} al., et 42, 1^{er} al., LAI), on doit admettre qu'une invalidité survenue seulement à l'âge donnant droit aux rentes AVS ne crée pas

de droits envers l'AI. Le TFA renvoie, à ce propos, à ses arrêts J. R. du 20 octobre 1960, considérants 2 et 3 (ATFA 1960, p. 340 = RCC 1961, p. 42), I. B. du 20 octobre 1960, considérant 2 (ATFA 1960, p. 346 = RCC 1961, p. 40) et R. B. du 1^{er} mars 1961, considérants 1 et 2 (ATFA 1961, p. 53 = RCC 1961, p. 294). C'est pourquoi la question qui n'a pas été tranchée dans ledit arrêt R. B., considérant 3 (p. 58 de la publication des ATFA), mais qui doit l'être dans la présente cause, doit recevoir une réponse négative, et la décision de la caisse de compensation doit être confirmée.

Arrêt du TFA, du 7 novembre 1962, en la cause K. W.

Article 12 LAI. Dans un cas de coxarthrite avec suppuration chronique, une intervention chirurgicale visant à éliminer les foyers d'infection et de suppuration chroniques n'est pas une mesure médicale de réadaptation au sens de l'AI. En revanche, l'AI prend en charge les frais de l'ostéotomie de correction qui suit cette opération, ainsi que les frais d'hôpital.

Articolo 12 LAI. Nel caso di coxartrite con suppurazione cronica, un intervento chirurgico che ha per scopo di eliminare i focolai d'infezione e di suppurazione cronici, non è considerato, a' sensi dell'AI, provvedimento sanitario d'integrazione. Per contro, l'AI assume le spese d'osteotomia correttiva susseguente a questa operazione come pure le spese per il relativo soggiorno all'ospedale.

L'assuré, né en 1914, est maître menuisier. Depuis 1955, il souffrait, après avoir fait une furonculose, d'une coxarthrite non spécifique, avec suppuration chronique, du côté gauche, ce qui l'obligea à fermer son atelier. Du 4 janvier au 16 juin 1960, il séjourna dans une clinique, où les foyers chroniques d'infection et de suppuration dans la région de l'articulation de la hanche gauche furent éliminés en deux opérations. Le médecin estima en outre qu'à la suite de ces interventions, une ostéotomie de correction serait nécessaire pour réadapter l'assuré à la vie professionnelle.

Se fondant sur un prononcé de la commission AI, la caisse de compensation refusa, par décision du 27 octobre 1960, d'allouer une rente. La commission cantonale de recours, par jugement du 17 juillet 1961, ordonna à l'AI d'allouer à l'assuré, depuis le 1^{er} janvier 1960 jusqu'à l'exécution de mesures de réadaptation, une rente entière d'invalidité. Ce jugement a passé en force.

Dans une autre décision, datée du 8 novembre 1961, la caisse notifia à l'assuré que l'AI prenait en charge l'ostéotomie prévue et le séjour en clinique nécessité par cette opération; en outre, pendant ce séjour, l'assuré toucherait une indemnité journalière de 7 francs, ainsi qu'un supplément de réadaptation. En revanche, l'AI ne prenait pas en charge les frais de l'opération de l'arthrite septique et du séjour en clinique lié à cette intervention, car il s'agissait là d'un traitement de l'affection comme telle.

Un recours contre ce refus fut admis par la commission de recours, qui modifia la décision de la manière suivante:

- a. Prise en charge par l'AI des mesures médicales exécutées en clinique du 4 au 18 juin 1960;
- b. Allocation d'une indemnité journalière de 14 fr. 20, plus supplément de réadaptation, en vertu de l'article 25 LAI, pendant la durée de la réadaptation.

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

1. Il est établi que l'ostéotomie de correction envisagée, ainsi que le séjour en clinique nécessité par cette opération, sont des mesures de réadaptation à la charge de l'AI, et que l'assuré a droit, pendant la durée de sa réadaptation, à une indemnité journalière de 14 fr. 20 avec supplément de réadaptation. Le seul objet de la procédure d'appel est de savoir si les interventions effectuées en clinique du 4 janvier au 16 juin 1960 peuvent être considérées comme faisant partie des mesures médicales de réadaptation que l'assurance doit, selon l'article 12 LAI, prendre en charge.

2. L'expérience montre que lorsqu'il s'agit d'appliquer l'article 12 LAI, il arrive très souvent qu'une seule et même mesure présente certaines caractéristiques tant du traitement de l'affection comme telle que des mesures médicales de réadaptation. Il y a mesure de réadaptation lorsqu'on ne peut parler d'un traitement proprement dit et que la mesure appliquée est de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Il faut donc — si le caractère n'en est pas d'emblée évident — vérifier que l'objet des mesures médicales ne soit pas le traitement de l'affection comme telle et que cet objet ne relègue pas à l'arrière-plan les desseins également présents de réadaptation professionnelle; le caractère de traitement proprement dit l'emportera, en règle générale, lorsque le but prépondérant des mesures est de guérir ou d'atténuer un état pathologique évolutif. Lorsque le caractère de traitement proprement dit n'est pas ainsi établi, il y a lieu ensuite de rechercher si les mesures servent principalement à la réadaptation professionnelle dans la proportion indiquée ou si elles visent d'autres buts (cf. arrêt du 5 octobre 1962 en la cause H. H., RCC 1963, p. 120).

3. Les actes médicaux effectués en clinique en 1960 visaient à éliminer les foyers d'infection et de suppuration dans la région de l'articulation de la hanche gauche; ils recherchaient principalement la guérison de la coxarthrite suppurant d'une manière chronique, c'est-à-dire d'un état pathologique évolutif. Par conséquent, ils font partie du traitement proprement dit, qui relègue à l'arrière-plan les desseins également présents de réadaptation professionnelle. Le fait que l'ostéotomie de correction, qui doit suivre ces actes médicaux, représente une mesure de réadaptation n'y change rien. Il a été retenu, il est vrai, dans l'arrêt N. Ch. (RCC 1962, p. 252), que lorsqu'une mesure est liée à d'autres, il faut considérer le genre et le but de cet ensemble, surtout si la mesure en question ne peut être séparée des autres sans en compromettre les chances de succès et n'a pas une importance telle qu'elle relègue les autres à l'arrière-plan. Cependant, cette situation ne se présente pas en l'espèce; les opérations de 1960 étaient nécessaires à la guérison de la coxarthrite, indépendamment du fait qu'une ostéotomie de correction serait effectuée ou non après cette guérison. Que l'on prévienne, déjà pendant le traitement d'un état pathologique évolutif, la persistance de séquelles après la guérison de la maladie ne suffit pas à donner à cette thérapie un caractère de réadaptation. Ce caractère ne peut, en tout cas, lui être attribué lorsque l'on prévoit, pour une date ultérieure, des mesures de réadaptation qui ne peuvent pas encore être exécutées avant la fin du traitement. Or, si les actes médicaux de 1960 ne sont pas des mesures de réadaptation, l'AI ne peut allouer des indemnités journalières pendant leur exécution.

Arrêt du TFA, du 30 novembre 1962, en la cause R. J.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Les mesures médicales appliquées à un assuré qui souffre de crises d'angor et d'insuffisance coronarienne représentent un traitement de l'affection comme telle. (Considérant 1.)

Articles 18, 2^e alinéa, LAI et 7, 1^{er} alinéa, RAI. Une aide en capital ne peut être accordée à un photographe indépendant s'il est établi, sur la base d'un certificat médical, que cet assuré ne peut travailler qu'en étant assis et que son affection (crises d'angor et insuffisance coronarienne) a plutôt tendance à s'aggraver. (Considérant 2.)

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Il trattamento medico a cui è sottoposto un assicurato che soffre di spasmi cardiaci e di disturbi d'irrorazione sanguigna dei vasi coronari è considerato cura vera e propria del male. (Considerando 1.)

Articoli 18, capoverso 2, LAI e 7, capoverso 1, RAI. Un aiuto in capitale può essere assegnato a un fotografo indipendente se è certificato da un'attestazione medica che l'assicurato può lavorare soltanto seduto e che la sua malattia (spasmi cardiaci e disturbi d'irrorazione sanguigna dei vasi coronari) ha piuttosto la tendenza di aggravarsi. (Considerando 2.)

L'assuré a appris le métier de photographe. Il souffre depuis 1955 de crises d'angor et présente une insuffisance coronarienne. Il a, le 8 février 1960, demandé à l'AI une aide en capital destinée à l'achat d'appareils photographiques, afin de pouvoir exercer sa profession de photographe d'une manière indépendante. Les organes de l'AI s'informèrent de la situation du requérant et de ses qualités personnelles et professionnelles. Le 9 octobre 1961, la commission AI refusa de donner suite à la demande d'aide en capital.

L'assuré recourut contre cette décision. La commission cantonale rejeta le recours en faisant valoir, dans l'essentiel, que, vu les condamnations pénales dont il avait été l'objet, le recourant ne possédait pas les qualités personnelles requises par l'article 7 RAI pour être mis au bénéfice d'une aide en capital. Elle renvoya donc la cause à la commission AI en l'invitant à prendre toutes mesures utiles pour offrir à l'assuré un travail correspondant à ses possibilités.

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

1. Comme il l'avait déjà fait devant les autorités cantonales, l'assuré reprend en appel ses conclusions tendant à l'octroi de mesures médicales. Vu la solution qui doit nécessairement être donnée à ce chef de conclusions, le TFA peut se saisir de cette question alors même qu'elle n'a pas été examinée par les autorités cantonales. Etant donné la nature des affections présentées par le patient, il est évident en effet que les mesures médicales réclamées par son état ont essentiellement pour objet le traitement de ces affections et, partant, qu'elles ne peuvent être prises en charge par l'AI conformément à l'article 12 LAI et à la jurisprudence.

2. L'octroi d'une aide en capital, prévu par l'article 18, 2^e alinéa, LAI, est une des mesures de réadaptation professionnelle visées par l'article 8, lettre b, LAI. Cette aide n'est accordée que si elle est nécessaire et de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser la capacité de gain d'un assuré partiellement invalide (art. 9, 1^{er} al., LAI) et si le requérant a les connaissances professionnelles et les qualités personnelles qu'exige l'exercice d'une activité indépendante (art. 7, 1^{er} al., RAI).

Comme le juge cantonal, le TFA estime que le requérant ne peut être mis au bénéfice d'une aide en capital. Mais s'il arrive à cette conclusion, c'est essentiellement parce

qu'il considère que la profession de photographe ambulant à titre indépendant, exercée actuellement par l'assuré, n'est nullement appropriée à son état physique. En effet, les déplacements continuels qu'exige le métier de photographe ambulant ne sont guère compatibles avec l'état cardiovasculaire que présente l'assuré. Dans son rapport du 3 août 1960, le médecin, après avoir posé le diagnostic d'insuffisance coronarienne (angor), a relevé que le patient avait de la difficulté à monter les escaliers et qu'il ne pouvait pas porter de charges; il a catégoriquement déclaré ceci: «Doit avoir une activité absolument sédentaire, aucun travail exigeant un effort, même bref. Doit être assis.»

Le nouvel examen médical auquel l'assuré s'est soumis et le certificat médical du 27 juillet 1962, établi à sa demande par un médecin de la Policlinique universitaire de médecine, n'infirmant en rien ce qui précède; ils n'autorisent pas, en particulier, à admettre qu'une amélioration s'est produite et que le patient est capable maintenant, sans nuire à sa santé, d'exercer une activité exigeant de plus grands efforts. Les constatations faites par le médecin parlent plutôt dans le sens contraire: ce médecin signale qu'il existe, chez ce patient qui est obèse, une dyspnée d'effort, un œdème malléolaire et une récurrence de hernie inguinale droite opérée mais réductible; il relève enfin que «l'insuffisance coronarienne constatée auparavant persiste toujours plutôt en aggravation».

Il s'ensuit que, du point de vue physique déjà, le requérant ne remplit pas les «conditions personnelles» exigées par l'article 7, 1^{er} alinéa, RAI, et qu'il ne peut être mis au bénéfice d'une aide en capital pour lui permettre d'exercer l'activité de photographe ambulant, alors même que cette activité lui plaît et qu'il paraît être qualifié pour l'exercer.

Si une réadaptation de cet assuré, physiquement fort handicapé, doit entrer en ligne de compte, c'est dans un emploi exigeant beaucoup moins de mouvements, d'efforts et de station qu'elle doit être tentée. Les propositions contenues dans le rapport psycho-technique, établi à fin 1959, gardent toute leur valeur. Le médecin de la Policlinique s'y réfère d'ailleurs expressément et indique bien par là que c'est dans ce sens qu'une réadaptation doit être envisagée. Avec raison, dès lors, le juge cantonal a renvoyé l'affaire à la commission AI pour qu'elle cherche à procurer à cet assuré un emploi convenable correspondant à ses possibilités.

Arrêt du TFA, du 18 décembre 1962, en la cause R. B.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Un traitement physiothérapeutique ambulatoire, avec cure de bains, en cas de fracture du fémur non entièrement consolidée fait partie du traitement proprement dit de l'affection et ne donne donc pas droit à des prestations de l'AI. Les actes médicaux de nature physiothérapeutique ne sont à la charge de l'AI que lorsqu'un état stabilisé a été atteint.

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Un trattamento fisioterapeutico ambulatorio e una balneoterapia, in caso di frattura del femore non completamente consolidata, fanno parte della cura vera e propria del male e non danno diritto a prestazioni dell'AI. Le spese per cure fisioterapeutiche vanno a carico dell'AI, soltanto quando è stato raggiunto uno stato terminale stabilizzato.

L'assuré, né en 1920, eut en 1960 une fracture du fémur et séjourna sept mois à l'hôpital. Lorsqu'il sortit de l'hôpital, la fracture n'était pas encore entièrement consolidée.

Jusqu'à mi-juin 1961, l'assuré subit un traitement physiothérapeutique ambulatoire. Au début de mars 1961, il reprenait à 50 pour cent son travail à domicile. La guérison, cependant, ne progressait que lentement, ce qui le décida, sur prescription médicale, à faire une cure de bains du 26 juin au 15 juillet 1961. Plus tard, on dut constater que la fracture ne s'était pas consolidée normalement et qu'il en était résulté une déformation de l'os. L'assuré dut subir par conséquent une opération (enclouage médullaire de Küntscher) et séjourna de nouveau à l'hôpital du 4 au 18 août 1961. Dès le 6 novembre 1961, il travailla de nouveau à 50 pour cent, et dès le 22 novembre à 75 pour cent. En octobre 1961, il avait déclaré qu'un traitement physiothérapeutique n'entraînait pas en ligne de compte, car il ne pouvait charger sa jambe droite.

Le 17 avril 1961, l'assuré demanda des prestations de l'AI. La caisse de compensation lui notifia que l'AI prenait en charge les frais du traitement physiothérapeutique et les frais de voyage nécessités par ce traitement depuis le 17 avril jusqu'au 31 décembre 1961. L'assuré ayant recouru, l'autorité de recours modifia la décision en mettant à la charge de l'AI les frais de ce traitement au-delà du 31 décembre 1961, sans limite dans le temps, ainsi que les frais de la cure de bains de l'été 1961.

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

1. Comme le TFA l'a exposé, à propos de l'article 12 LAI, dans l'arrêt H. H. du 5 octobre 1962 (RCC 1963, p. 120), il y a mesure de réadaptation lorsqu'on ne peut parler de traitement proprement dit de l'affection et que la mesure est de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Il faut donc — si le caractère n'en est pas d'emblée évident — vérifier que l'objet des mesures médicales ne soit pas le traitement proprement dit de l'affection et que cet objet ne relègue pas à l'arrière-plan les desseins également présents de réadaptation professionnelle; le caractère de traitement proprement dit l'emportera, en règle générale, lorsque le but prépondérant des mesures est de guérir ou d'atténuer un état pathologique évolutif ou labile. Lorsque le caractère de traitement proprement dit n'est pas ainsi établi, il y a lieu ensuite de rechercher si la mesure envisagée vise avant tout la réadaptation professionnelle ou d'autres buts.

2. Le traitement physiothérapeutique effectué après la sortie de l'hôpital, depuis fin novembre 1960, jusqu'à mi-juin 1961, et la cure de bains de l'été 1961 visaient principalement la guérison d'un état pathologique labile. Lorsque l'assuré quitta l'hôpital à la fin de novembre 1960, sa fracture, selon le certificat médical, n'était pas encore complètement consolidée. En mai 1961, le médecin traitant déclara que l'état de l'assuré était susceptible d'amélioration et que la guérison interviendrait probablement au bout de 6 mois environ. Finalement, l'on dut constater que la fracture ne se guérissait pas normalement et que l'os se déformait, ce qui nécessita un enclouage avec hospitalisation en août 1961. Avant la fin de ce séjour à l'hôpital, l'assuré n'avait pas atteint un état stabilisé qui aurait permis d'appliquer des mesures médicales de réadaptation. En conséquence, le traitement effectué jusqu'au milieu de juin 1961, ainsi que la cure de bains, appartiennent au traitement proprement dit de l'affection, qui relègue à l'arrière-plan les desseins également présents de réadaptation professionnelle. Les frais de ces mesures ne peuvent donc être pris en charge par l'AI.

Les pièces du dossier n'indiquent pas si d'autres mesures physiothérapeutiques ont été exécutées depuis la mi-juin 1961. En tout cas, les actes médicaux effectués avant l'opération de l'enclouage appartiennent, pour les raisons exposées ci-dessus, au traitement proprement dit de l'affection. La commission AI rendra un nouveau prononcé, après avoir procédé à l'enquête nécessaire, concernant les mesures physiothérapeutiques

éventuellement exécutées après l'enclouage ou à prévoir pour l'avenir; cependant, la prise en charge de telles mesures n'entrera en ligne de compte que lorsqu'un état stabilisé aura été atteint. La commission devra, en outre, décider si, en complément des mesures médicales, les frais de chaussures spéciales doivent être mis à la charge de l'AI, comme l'assuré le demande (cf. arrêt O. S. du 7 décembre 1961, RCC 1962, p. 118). Enfin, l'assuré peut encore demander à la commission AI d'examiner ses droits à une rente.

Arrêt du TFA, du 29 décembre 1962, en la cause F. G.

Articles 12, 1^{er} alinéa, LAI; 2, 1^{er} alinéa, RAI. Il y a lieu de déterminer dans chaque cas, en considérant les circonstances, si un acte médical répété dans une « période limitée » garantit une amélioration ou la sauvegarde durable et importante de la capacité de gain. On donnera une interprétation large à cette notion de « période limitée » lorsque le patient est jeune, de même dans les cas où l'on peut s'attendre au rétablissement des fonctions corporelles et où le patient a encore devant lui la partie la plus importante de son activité.

Articoli 12, capoverso 1, LAI; 2, capoverso 1, OAI. Occorre stabilire in ogni singolo caso, tenendo conto delle circostanze, se un intervento medico ripetuto in un « periodo determinato » garantisce un miglioramento o è atto a migliorare in modo duraturo e sostanziale la capacità al guadagno. La nozione di « periodo determinato » non va interpretata in modo restrittivo nei confronti dei giovani e nei casi in cui sussiste una forte probabilità di ristabilimento delle funzioni fisiche e laddove l'assicurato ha davanti a sé il periodo più importante della sua attività.

L'assuré, né en 1930, travaille dans l'exploitation agricole de ses parents. Il souffre, par suite d'une poliomyélite remontant à 1957, d'une paralysie de la jambe droite et de la musculature du dos. Après le stade aigu de la maladie, il suivit pendant une année environ un traitement physiothérapeutique. Depuis lors, il fait chaque année une cure de bains. En décembre 1961, l'assuré demanda des prestations à l'AI. Par décision du 10 avril 1962, la caisse de compensation lui notifia que l'AI prenait en charge une cure de bains de trois semaines en 1962, mais ne pouvait lui accorder d'autres mesures médicales et d'autres cures de bains, car de telles mesures appartenaient au traitement de l'affection comme telle. Un recours de l'assuré fut rejeté.

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

1. Comme le TFA l'a exposé, à propos de l'article 12 LAI, dans l'arrêt H. H. du 5 octobre 1962 (RCC 1963, p. 120), une mesure médicale vise la réadaptation si elle n'appartient pas au traitement proprement dit de l'affection et si elle est de nature à améliorer la capacité de gain d'une manière durable et importante ou à la préserver d'une diminution notable. En règle générale, on parle de traitement proprement dit lorsque les mesures médicales servent principalement à guérir ou atténuer un état pathologique labile.

Le Conseil fédéral a disposé en outre, à l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI, que les mesures médicales définies à l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI comprennent des actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée. Cette limitation est conforme à la définition donnée à l'article 12 LAI (cf. arrêt F. J., cons. 3, RCC 1962, p. 72 = ATFA 1961, p. 318).

2. En l'espèce, les cures de bains n'appartiennent pas au traitement proprement dit de l'affection, qui relègue toujours à l'arrière-plan les desseins éventuellement présents de réadaptation professionnelle; car on ne peut pas dire qu'elles servent à guérir ou atténuer un état pathologique labile. En revanche, on peut se demander si les cures de bains représentent des actes répétés dans une période limitée au sens de l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI.

Seul l'examen des circonstances d'un cas particulier permet d'établir si un acte n'est répété que dans une « période limitée ». Le TFA a déjà déclaré, à plusieurs reprises, qu'il fallait interpréter largement la notion de « période limitée » lorsque l'assuré est jeune. Il en va de même dans les cas où l'on peut s'attendre au rétablissement, au moins partiel, des fonctions corporelles, et où le patient a encore devant lui, à vues humaines, la partie la plus importante de son activité (activité qui prend fin, du point de vue de l'AI, lorsque l'assuré atteint l'âge donnant droit aux rentes de l'AVS; cf. arrêt du 5 décembre 1962 en la cause G. W., RCC 1963, p. 126). La question déterminante, toutefois, est de savoir si une mesure donnée peut améliorer ou préserver la capacité de gain d'une manière *durable et importante*, au sens de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI.

Il résulte de cela que la cure de 1962 n'aurait pas dû être accordée si elle ne constituait pas un élément propre à améliorer ou à préserver la capacité de gain; mais puisque la commission AI a pris cette cure en charge, il ne semble pas exclu, à priori, qu'en poursuivant ces bains un certain temps, on puisse améliorer d'une manière durable et importante les fonctions des organes atteints en vue de l'activité future de l'assuré. C'est pourquoi la commission AI doit se prononcer à nouveau, sur demande de l'assuré, au sujet de l'octroi d'autres cures de bains. Avant le prononcé, il faudra cependant qu'elle demande une expertise pour établir si de nouvelles cures de bains peuvent faire espérer un succès durable et combien de ces cures seront nécessaires pour obtenir ce résultat. Ces données permettront alors à la commission AI de juger si les mesures en question sont des actes répétés dans une période limitée. Il faut donc annuler la partie de la décision du 10 avril 1962 qui refuse à l'assuré des mesures médicales pour la période postérieure à la cure de bains de 1962.

Arrêt du TFA, du 21 décembre 1962, en la cause X. P.

Articles 13 LAI et 2, chiffre 165, OIC. Les oreilles n'ont une « position défectueuse grave » que si elles présentent des défauts esthétiques très accusés, susceptibles d'influencer la capacité de gain. On ne peut parler de position défectueuse grave ou de malformation lorsque l'assuré a simplement des oreilles en anse. Dans ce cas-là, une opération ne peut donc pas être prise en charge par l'AI.

Articoli 13 LAI e 2, cifra 165 OIC. Sussiste una grave anomalia di posizione delle orecchie soltanto quando esse presentano difetti estetici molto accentuati suscettibili di influire sulla capacità al guadagno dell'assicurato. I padiglioni auricolari sporgenti non costituiscono una grave anomalia di posizione o una deformità che permetta all'AI di assumere le spese d'operazione.

L'assuré, né en 1954, avait depuis sa naissance des oreilles en anse, qui le faisaient souffrir lorsqu'il était couché. Le 23 janvier 1962, son cas fut signalé à l'AI, qui fut sollicitée de lui accorder des mesures médicales en raison de cette infirmité congénitale. Par décision du 5 mars 1962, la caisse de compensation informa le père de l'assuré que

la commission AI avait rejeté cette demande. Le père recourut, mais son recours fut également rejeté.

Le TFA, à son tour, a rejeté l'appel du père de l'assuré. Voici ses considérants :

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 ». Se fondant sur cette disposition, le Conseil fédéral a publié le 5 janvier 1961 son ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC), dont l'article premier, 2^e alinéa, précise que l'assuré n'a pas droit au traitement des infirmités désignées par un astérisque (*) dans la liste, si l'infirmité en question ne peut manifestement avoir une influence sur sa capacité de gain.

En l'espèce, il faut se demander si, en se fondant sur le chiffre * 165 de la liste des infirmités congénitales, on peut reconnaître à l'assuré le droit à des prestations de l'AI. Il est précisé sous ce chiffre que les « malformations du pavillon (y compris position défectueuse grave) » sont considérées comme des infirmités congénitales. En se fondant sur cette disposition, peut-on mettre à la charge de l'AI la correction d'une position défectueuse grave seulement lorsqu'il existe, en même temps, une autre malformation (ce que l'administration admet), ou la position défectueuse grave suffit-elle, le cas échéant ? Il n'est pas nécessaire de trancher cette question en l'espèce. Si une malformation à proprement parler était nécessaire, on ne verrait pas pourquoi, dans une opération plastique, il ne faudrait corriger qu'une position défectueuse grave. Ceci incite à conclure qu'une position défectueuse grave doit être assimilée à une malformation. Or, on ne peut entendre par « position défectueuse grave » que des défauts esthétiques très accusés, susceptibles d'influencer la capacité de gain. Comme il a déjà été établi dans l'arrêt J. S. du 8 janvier 1962 (RCC 1962, p. 255), des oreilles en anse n'ont pas une position défectueuse grave. On ne peut parler non plus de malformations au sens du chiffre 165 de l'article 2 OIC. Or, si l'état des oreilles ne correspond pas à l'infirmité congénitale désignée, il est exclu que les inconvénients qui en résultent, notamment pour dormir, et qu'il doit être possible d'éliminer, créent un droit envers l'AI. L'administration et l'autorité de première instance ont donc refusé à bon droit la prise en charge des frais de l'opération.

2. ...

Arrêt du TFA, du 12 novembre 1962, en la cause E. M.

Article 16 LAI. Dans le cas d'un mineur qui est invalide au sens de la LAI, les frais supplémentaires de la formation professionnelle initiale sont à la charge de l'AI si l'absence d'une telle formation a pour effet probable de diminuer sensiblement la capacité de gain future. Il n'importe pas de savoir si cette formation spéciale est nécessaire principalement par l'invalidité ou par des motifs d'ordre caractériel ou social.

Articolo 16 LAI. Le spese supplementari per la prima formazione professionale sono assunte dall'AI nel caso di un minorenne invalido d sensi della legge, se l'omissione di quest'istruzione comprometterebbe in modo sensibile la futura capacità al guadagno. E' irrilevante sapere se questa istruzione speciale è resa necessaria precipuamente dall'invalidità o da ragioni da attribuire al carattere o da motivi d'ordine sociale.

L'assurée, née en 1945, est atteinte de débilité mentale au niveau de l'imbécillité (quotient d'intelligence 60 selon Biäsch). Elle est apte à recevoir une instruction, mais n'a

acquis que des notions scolaires très rudimentaires. Son caractère manque de maturité et de constance; ses impulsions sexuelles instinctives la mettent en danger. De 1954 jusqu'au printemps 1961, elle fut éduquée dans un home, puis entra à l'école ménagère pour un apprentissage de deux ans. La commission AI décida de lui allouer dès le 1^{er} janvier 1960 des subsides pour sa formation scolaire spéciale dans le home; en revanche, elle refusa des prestations pour la formation professionnelle initiale à l'école ménagère. Le tuteur recourut contre ce refus, mais son recours fut rejeté.

Le TFA a admis, pour les motifs suivants, l'appel du tuteur contre le jugement cantonal:

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-invalides a droit au remboursement de ses frais supplémentaires si la formation répond à ses aptitudes. Les assurés mineurs, atteints dans leur santé physique ou mentale et qui n'exercent pas d'activité lucrative, sont réputés invalides si l'atteinte à leur santé aura vraisemblablement pour conséquence une incapacité de gain (art. 5, 2^e alinéa, LAI).

2. L'atteinte à la santé mentale de l'assurée aura vraisemblablement pour conséquence une incapacité de gain; l'assurée est donc invalide au sens de l'article 5 mentionné. En outre, il est certain qu'une formation aux travaux du ménage correspond à ses aptitudes. L'expertise psychiatrique demandée par la commission AI déclare en outre d'une manière convaincante qu'une telle formation ne peut, dans le cas de cette assurée imbécile, infantile, éréthique (irritable) et impulsive, être exécutée avec succès que dans un internat. Il reste à voir si les frais supplémentaires résultant de la formation dans un home — au lieu d'un ménage privé — sont occasionnés par l'invalidité au sens de l'article 16 LAI. L'autorité de première instance le nie, déclarant que les frais supplémentaires de la formation dans un home sont occasionnés non par la débilité mentale, mais par des motifs caractériels et sociaux.

Si une formation professionnelle spéciale est nécessaire, l'article 5, 2^e alinéa, LAI ne permet une distinction entre les suites d'une infirmité et les anomalies de caractère (qui ne constituent pas une invalidité) que dans les circonstances où se trouvera probablement placée l'assurée, qui est actuellement mineure et sans activité lucrative, lorsqu'elle entrera dans la vie professionnelle; faute de dispositions spéciales (comme p. ex. celles de l'art. 9 RAI sur la formation scolaire spéciale), on ne peut se fonder ici sur les circonstances actuelles. L'assurée étant invalide au sens de l'article 5, 2^e alinéa, LAI (sa débilité mentale aura vraisemblablement pour conséquence une incapacité de gain), les frais supplémentaires de la formation professionnelle spéciale sont à la charge de l'AI si l'absence de cette formation déjà commencée risque de diminuer sensiblement la capacité de gain future. Que l'assurée ait dû être mise dans l'internat d'une école ménagère à cause des effets actuels de son invalidité ou pour des raisons caractérielles ou sociales, cela ne joue aucun rôle en l'espèce. En revanche, il suffit que la capacité de gain future de l'assurée risque d'être diminuée d'une manière durable si la formation professionnelle qu'elle reçoit n'est pas sensiblement différente de celle d'une jeune fille normale du même âge.

L'assurée ne pouvant être formée avec succès que dans un internat, on ne pourrait renoncer à l'internat sans renoncer pratiquement à toute formation professionnelle. De la formation spéciale que l'assurée reçoit actuellement dépend donc son avenir professionnel; ayant fait un apprentissage, elle aura naturellement plus de chances qu'une aide de ménage sans formation. C'est pourquoi l'AI doit prendre en charge les frais supplémentaires de la formation spéciale, sans qu'il y ait lieu de se demander si les troubles actuels sont dus principalement à l'imbécillité ou à d'autres causes.

3. Il incombe à la commission AI, à laquelle le dossier est renvoyé, de fixer le montant des frais supplémentaires. L'OFAS fait remarquer à ce propos qu'il faut se fonder non pas sur les frais d'un apprentissage professionnel, mais sur les frais d'une formation du même genre (apprentissage des travaux du ménage dans la famille), que l'on ne peut comparer entre elles que les dépenses nécessaires et que le salaire d'apprenti dont l'assurée est privée ne saurait être considéré. La commission AI devra en tenir compte en fixant les frais supplémentaires.

Arrêt du TFA, du 22 janvier 1963, en la cause H. G.

Articles 19, 1^{er} alinéa, LAI et 10, 1^{er} alinéa, RAI. L'AI ne rembourse pas la totalité des frais supplémentaires d'une formation scolaire spéciale, mais n'alloue que des subventions fixes. (Considérant 1.)

Articles 13 et 19 LAI, et 10, 2^e alinéa, RAI. Si l'ensemble des mesures appliquées à un assuré dans un home est à considérer comme formation scolaire spéciale, aucune prétention ne peut être fondée sur l'article 13 LAI en ce qui concerne les frais du séjour dans le home. L'enseignement supplémentaire pour assurés faibles de la vue fait partie de la formation scolaire spéciale et ne donne pas droit à des subventions spéciales. (Considérant 2.)

Article 51, 1^{er} alinéa, LAI. L'AI ne prend en charge que les frais de voyage de l'assuré depuis le domicile jusqu'à l'école, mais elle ne rembourse pas les frais de voyage d'une personne qui se rend auprès de l'assuré pour lui donner des leçons. (Considérant 3.)

Articoli 19, capoverso 1, LAI e 10, capoverso 1, OAI. L'AI non rimborsa la totalità delle spese supplementari di un'istruzione scolastica speciale necessaria, ma assegna soltanto dei determinati sussidi. (Considerando 1.)

Articoli 13 e 19 LAI e 10, capoverso 2, OAI. Se il complesso dei provvedimenti applicati ad un assicurato in una casa di cura è da considerare come istruzione scolastica speciale, non si può far valere alcun diritto alla rifusione delle spese di soggiorno in detta casa, fondandosi sull'articolo 13 LAI. L'insegnamento supplementare per assicurati deboli di vista fa parte dell'istruzione scolastica speciale e non dà diritto a sussidi speciali. (Considerando 2.)

Articolo 51, capoverso 1, LAI. L'AI assume soltanto le spese di viaggio dell'assicurato dal domicilio alla scuola, ma non rifonde le spese di viaggio di una persona che si reca dall'assicurato per dargli delle lezioni. (Considerando 3.)

L'assuré, né en 1950, souffre de dysonotogénie psychique (neuropathie avec incontinence d'urine, éréthisme, infantilisme). De plus, il est affligé d'une forte myopie progressive avec nystagmus rythmique (tremblement du globe oculaire) des deux yeux. Depuis le printemps 1961, il est en observation dans un home, où il suit l'enseignement réservé aux enfants difficiles. Menacé de cécité, il lui a fallu en outre apprendre l'écriture de Braille, enseignement que le personnel du home ne pouvait lui donner. C'est pourquoi une assistante sociale s'occupant de patients faibles de la vue s'est rendue une fois par semaine auprès de lui pour lui enseigner cette écriture.

La commission AI reconnut comme formation scolaire spéciale l'enseignement reçu dans le home; elle accorda une contribution aux frais d'école de 2 francs par jour et

une contribution aux frais de pension de 3 francs par jour, et prêta à l'assuré une machine à écrire et une machine à caractères de Braille. Elle refusa, en revanche, sur le conseil de l'OFAS, de prendre en charge les leçons et les frais de voyage de l'assistante sociale. Cette décision de refus fut notifiée au père par décision du 16 février 1962.

La commission de recours admit le recours formé contre cette décision et chargea la commission AI de veiller à ce que l'assuré continue à recevoir l'enseignement nécessaire d'écriture de Braille et de dactylographie.

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

1. Aux termes de l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI, l'AI 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 et une contribution aux frais de pension (art. 19, 2^e alinéa, LAI). L'article 10, 1^{er} alinéa, RAI, se fondant sur l'article 19, 3^e alinéa, LAI, fixe ces contributions à 2 et 3 francs par jour, la seconde étant accordée au cas où la formation scolaire spéciale entraîne des frais de nourriture et de logement hors de la maison paternelle. Ceci montre que l'AI ne rembourse pas la totalité des frais supplémentaires d'une telle formation, mais n'alloue que des subventions fixes.

2. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assuré bénéficie, dans son home, d'une formation scolaire spéciale; la commission AI lui a accordé, en conséquence, des contributions aux frais d'école et de pension (2 et 3 francs par jour). Une prestation supplémentaire pour sa formation scolaire n'est pas possible; le fait que celle-ci exige, pour cause d'invalidité, l'intervention d'une préceptrice venant du dehors ne joue ici aucun rôle. La contribution de 2 francs par jour vaut pour tout l'enseignement spécial nécessaire à l'assuré. Puisque celui-ci reçoit, dans son home, l'enseignement réservé aux enfants difficiles, c'est avec raison que la commission AI et le tribunal de première instance ont considéré le séjour dans cet établissement comme appartenant à la formation scolaire spéciale et non pas aux mesures médicales de réadaptation; en tout cas, il n'y a pas de raison valable pour adopter un autre point de vue. S'il s'agissait de mesures médicales, les frais de ce séjour seraient, en vertu de l'article 13 ou 14 LAI, entièrement à la charge de l'AI; seules les leçons d'écriture de Braille appartiendraient alors à la formation scolaire spéciale, ce qui permettrait, comme dans l'arrêt M. B. du 2 juillet 1962 (ATFA 1962, p. 226 = RCC 1962, p. 473), l'allocation d'une contribution aux frais d'école de 2 francs par jour d'enseignement. L'ensemble des mesures appliquées en l'espèce doit donc être considéré comme formation scolaire spéciale, si bien que l'assuré n'a droit qu'à une contribution aux frais d'école de 2 francs par jour (plus les 3 francs de contribution aux frais de pension). Aucun droit supplémentaire ne découle, en faveur de l'assuré, de l'article 10, 2^e alinéa, RAI, invoqué par le tribunal de première instance, disposition selon laquelle l'AI alloue une contribution aux frais d'un enseignement complémentaire de lecture labiale, en faveur des mineurs durs d'oreille, ou d'un enseignement d'orthophonie, pour les mineurs ayant des difficultés d'élocution. Dans son arrêt du 29 mars 1962 en la cause P. K. (RCC 1962, p. 288), le TFA a déclaré que si l'article 10, 2^e alinéa, RAI prévoit une exception, il ne peut créer un droit à des prestations plus étendues, dépassant les limites de l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI. La contribution prévue à l'article 10, 2^e alinéa, RAI, limitée à 30 francs par mois, est allouée *au lieu des subsides* du premier alinéa pour la formation scolaire spéciale, et non en plus de ces subsides. Contrairement aux subsides prévus au 1^{er} alinéa, elle suppose non pas une incapacité à suivre l'école publique, mais précisément la fréquen-

ration d'une telle école. En l'espèce, les leçons supplémentaires que l'assuré reçoit de l'assistante sociale ne constituent pas le complément d'un enseignement scolaire public, mais font partie de la formation scolaire spéciale.

3. Dans ces conditions, l'AI ne peut accorder, en plus de la contribution de 2 francs aux frais d'école, une contribution aux frais d'enseignement de l'écriture de Braille par une assistante. Elle ne peut davantage, faute de bases légales, prendre en charge les frais de voyage de cette assistante. Comme déjà dit dans l'arrêt M. B. cité plus haut (p. 228 de la publication des ATFA), l'AI ne prend en charge que les frais de voyage de l'assuré (et d'une personne accompagnante qui pourrait être nécessaire) depuis le domicile jusqu'à l'école, mais non pas les frais de voyage d'un précepteur qui se rend auprès de l'assuré.

Arrêt du TFA, du 14 novembre 1962, en la cause H. K.

Articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 16, 2^e alinéa, RAI. Si une assurée invalide utilise un véhicule à moteur, qu'elle a elle-même acquis, non seulement pour aller à son travail, mais principalement pour d'autres usages, les frais de réparation ne sont pris en charge par l'AI que dans la proportion où le véhicule a été utilisé à des fins professionnelles. Une part de 8 fr. 10 en moyenne mensuelle doit être considérée comme minime et reste par conséquent à la charge de l'assurée.

Articoli 21, capoverso 1, LAI e 16, capoverso 2, OAI. Se un'assicurata invalida utilizza un veicolo a motore che ha acquistato essa stessa, non soltanto per recarsi al suo posto di lavoro, ma principalmente per altri scopi, l'AI assume le spese di riparazione soltanto nella proporzione in cui il veicolo è stato utilizzato per scopi professionali. Una quota parte di 8 fr. 10 in media al mese dev'essere considerata come minima e va, di conseguenza, a carico dell'assicurata.

L'assurée, célibataire, a fait une poliomyélite dans son enfance et souffre en outre des séquelles d'un accident subi en 1954. Selon l'expertise médicale, les séquelles de la polio consistent en une grave paralysie de la jambe gauche, une forte scoliose (déformation de la colonne vertébrale) et une subluxation (luxation incomplète) de l'articulation de la hanche gauche; quant à l'accident, il a provoqué des fractures du fémur gauche, une fracture de la cavité cotyloïde gauche et de graves troubles de la circulation dans la jambe gauche. Le 18 avril 1960, l'assurée déposa une demande à la commission AI. Elle déclara que depuis son accident, elle marchait avec des béquilles et allait avec son automobile à la fabrique, où elle ne travaillait qu'à la demi-journée, car elle se fatiguait vite à cause de son invalidité. Son salaire, ainsi qu'une rente de la CNA, suffisaient à son entretien. Plus tard, l'assurée, qui habite encore chez ses parents, présenta à la commission AI cinq factures (apparemment payées) pour des réparations de son automobile, datant de 1960, d'un montant total de 997 fr. 55, et demanda à l'AI de prendre ces frais à sa charge. Le médecin informa la commission AI que l'assurée, souffrant de paralysie des deux jambes, travaillait pratiquement à plein temps comme secrétaire. L'employeur déclara que l'assurée, qu'il occupait depuis 1952, touchait un salaire horaire de 2 fr. 70. En outre, la commission AI apprit que l'assurée travaillait à titre bénévole comme secrétaire de section d'une association d'invalides.

Le 16 janvier 1961, la caisse de compensation refusa la prise en charge des frais de réparation, car le véhicule n'avait pas été remis par l'AI. Lorsque l'assurée recourut, la commission AI invoqua un rapport de Pro Infirmis, selon lequel l'assurée avait par-

couru en 1960, avec son automobile, 12 000 kilomètres, dont 900 seulement pour aller à son travail à la fabrique. Le 4 décembre 1961, l'autorité de recours rejeta le recours.

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

Si un invalide, qui a beaucoup de peine à marcher et exerce une activité assurant son existence, a besoin d'une automobile légère pour aller à son travail, l'AI doit lui remettre un tel véhicule à titre de moyen auxiliaire, et lui rembourser les frais de réparation et de remplacement partiel occasionnés par l'usage du véhicule à des fins professionnelles, excepté les menus frais. Il en va de même des frais de réparation ou de remplacement partiel d'une automobile légère que l'assuré, qui en a besoin, a achetée de ses propres deniers avant l'entrée en vigueur de la LAI. Selon la jurisprudence, on peut parler de menus frais à la charge de l'assuré (zu seinen eigenen Lasten gehende ganz geringfügige Kosten, spese minute a carico dell'assicurato) lorsque les travaux de réparation ou de remplacement partiel ne coûtent, en moyenne, que quelques francs par mois (art. 8, lettre d, 9, 1^{er} al., et 21, 1^{er} al., LAI, en corrélation avec les art. 14, 1^{er} al., lettre g, 15, 2^e al., et 16, 2^e al., RAI; arrêts du TFA en les causes M. B., du 4 septembre 1961, cons. 1, RCC 1961, p. 425, et D. Ch., du 10 juillet 1962, RCC 1963, p. 79, cons. 4).

Le service social de Pro Infirmis, ayant pris contact avec l'assurée et l'employeur, a établi que l'assurée utilisait son véhicule non seulement pour aller travailler à la fabrique, ce qui donne un trajet de 75 à 100 kilomètres par mois, mais encore — principalement comme assistante sociale très active au service des invalides — pour des déplacements qui représentent environ 1000 kilomètres par mois. Sur les 970 francs de réparations de l'année 1960 (998 francs moins 28 francs de benzine et pour le montage de pneus à neige), il y a donc une part de 10 pour cent au plus, soit 97 francs par an ou 8 fr. 10 par mois, pour l'usage du véhicule sur le chemin de la fabrique. C'est un faible montant qui doit être pris en charge par l'assurée (art. 16, 2^e al., RAI). Le représentant de celle-ci prétend, bien à tort, que le nombre de kilomètres parcourus en 1960 ne joue aucun rôle en l'espèce.

L'assurée ne semble pas recevoir un dédommagement de l'association d'invalides pour ses frais d'automobile occasionnés par son activité — non rémunérée — d'assistante. Toutefois, on ne voit pas pourquoi l'AI devrait prendre en charge ces dépenses non nécessitées par l'exercice de la profession.

Arrêt du TFA, du 14 décembre 1962, en la cause P. C.

Articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 15, 2^e alinéa, RAI. Un assuré qui a droit, en principe, à la remise d'une voiture automobile légère, mais qui a déjà acheté un tel véhicule avant l'entrée en vigueur de la LAI, a droit au remboursement des frais de réparation qui ont été occasionnés par les trajets nécessaires à l'exercice de son métier, à condition toutefois que la moyenne mensuelle de ces frais dépasse un montant de quelques francs seulement. (Considérant 2.)

Article 16, 3^e alinéa, RAI. Calcul de la limite de revenu et du revenu considéré pour l'octroi d'une contribution aux frais d'entretien d'une automobile, compte tenu du revenu du travail de l'épouse. (Considérant 3.)

Articoli 21, capoverso 1, LAI e 15, capoverso 2, OAI. Un assicurato che, in via di principio, ha diritto alla consegna di una vettura utilitaria, ma che ha

già acquistato detto veicolo prima dell'entrata in vigore della LAI, può esigere la rifusione delle spese di riparazioni che sono state necessarie per recarsi al suo posto di lavoro, a condizione tuttavia che la spesa media mensile non sia di soli pochi franchi. (Considerando 2.)

Articolo 16, capoverso 3, OAI. Calcolo del limite di reddito e del reddito computabile per l'assegnazione di un sussidio per le spese di manutenzione di un'automobile, considerato il reddito del lavoro della moglie. (Considerando 3.)

L'assuré est fonctionnaire des PTT depuis de nombreuses années; marié en 1952, il a deux enfants (nés en 1953 et 1955). En été 1954, il fit une grave poliomyélite et dut séjourner à l'hôpital plusieurs années. Le 11 février 1960, il demanda à l'AI des mesures de réadaptation et le remboursement de ses frais d'automobile. Prié de donner son avis à la commission AI, un médecin spécialisé déclara le 14 mai suivant que les jambes et les muscles fessiers de l'assuré étaient complètement paralysés; à l'aide d'appareils de soutien pour ses jambes et de béquilles, l'assuré parvenait à marcher tout au plus vingt mètres; il avait besoin de nouveaux appareils, éventuellement aussi d'un fauteuil roulant, et devait reprendre à marcher.

Par décision du 11 février 1961, l'AI accorda à l'assuré deux nouveaux appareils de soutien pour les cuisses, un nouveau fauteuil roulant pour la chambre, ainsi que des cours de marche. En revanche, elle refusa une contribution aux frais d'entretien de la petite automobile que l'assuré utilisait pour aller à son travail, alléguant que ce n'était pas un cas pénible. L'assuré recourut et demanda que l'AI prenne en charge les frais d'entretien de sa voiture, achetée en 1957, et lui rembourse les frais de réparation; les frais d'entretien s'élevaient à 150-200 francs par mois. La commission de recours rendit le jugement suivant:

- a) L'AI prendra en charge les frais de réparation de l'auto dès le 1^{er} janvier 1960, si ces frais ne sont pas minimes et ont été occasionnés par les trajets jusqu'au lieu de travail. La commission AI réglera les détails.
- b) Pour les frais d'entretien de l'auto, le recourant recevra, de janvier 1960 à juin 1961, une contribution annuelle de 400 francs, et pour la période suivante une contribution de 600 francs. A la fin de l'année 1962, la commission AI procédera à une revision.

L'assuré ayant interjeté appel, le TFA annula le jugement cantonal et renvoya la cause à la commission AI pour nouvel examen dans le sens des considérants suivants:

1. Sont considérées comme moyens auxiliaires pour la réadaptation professionnelle des invalides, notamment, les voitures automobiles légères, adaptées à l'infirmité de l'assuré (art. 21 LAI et 14, 1^{er} al., lettre g, RAI). Selon l'article 15, 2^e alinéa, RAI, de tels véhicules seront fournis aux seuls assurés qui peuvent d'une manière durable exercer une activité leur permettant de couvrir leurs besoins et qui ne sont pas en mesure de se rendre à leur travail sans un véhicule à moteur personnel. Si l'AI a remis un tel véhicule pour cet usage ou doit en remettre un, au cas où l'invalidé ne le posséderait pas encore, les frais de réparation qui ne sont pas de menus frais et dont l'existence est prouvée sont à la charge de l'AI (art. 16, 2^e al., RAI; arrêt M. B., ATFA 1961, p. 253, cons. 1 = RCC 1961, p. 425).

En revanche, les frais d'entretien sont, en principe, à la charge de l'assuré. L'AI ne peut y contribuer que dans les cas pénibles, et seulement jusqu'à concurrence d'un montant de 50 francs par mois. En règle générale, on admet l'existence d'un cas pénible lorsque les deux tiers du revenu considéré de l'assuré (et éventuellement de son épouse), plus le montant de la contribution aux frais d'entretien, sont inférieurs à la limite de revenu fixée à l'article 42 LAVS. Les règles de ce calcul sont fournies par les articles 56 à 61 RAVS et 35, 1^{er} alinéa, RAI. Font partie des frais généraux au sens de l'article 57, lettre a, RAVS les frais d'entretien de l'automobile occasionnés par les trajets jusqu'au lieu de travail; de même, dans les cas où le véhicule a été acheté avant 1960, une quote-part d'amortissement (art. 16, 3^e al., RAI; arrêt M. B., déjà cité, p. 254, cons. 2, de la publication des ATFA).

2. Si l'assuré ne possédait pas encore une petite automobile, il pourrait en demander une à l'AI. Etant donné son invalidité et les fonctions qu'il exerce au service des PTT depuis plusieurs années, il a besoin de l'automobile acquise en 1957 pour se rendre à son travail. L'AI doit donc lui rembourser les frais de réparations occasionnés par ces trajets, si ces frais dépassent quelques francs par mois (arrêt du TFA du 14 novembre 1962 en la cause H. K., RCC 1963, p. 170).

Le juge cantonal ayant invité la commission AI à préciser la question des frais de réparations, l'assuré a présenté en procédure d'appel 15 factures payées. La commission AI devra donc examiner quelle part des sommes payées a été consacrée aux réparations et renouvellements et doit être prise en charge en vertu de l'article 16, 2^e alinéa, RAI.

3. L'assuré habitait, de janvier à juin 1960, à 7,5 km. de son lieu de travail; depuis lors, il a son domicile à 25 km. de ce lieu. En outre, son épouse touche également, depuis juillet 1960, un revenu du travail, car elle tient une épicerie. Enfin, la limite de revenu fixée à l'article 42 LAVS, qui s'élevait à 4000 francs, atteint 4800 francs depuis le 1^{er} juillet 1961. Sur la base de toutes ces données, on peut procéder aux calculs suivants:

Pour l'année de cotisations 1960, il faut se fonder sur le revenu brut que l'assuré a touché en 1959 (art. 57, début, et 59, 1^{er} al., RAVS). En vertu de l'article 57 RAVS, on peut déduire comme frais généraux les frais d'entretien du véhicule pour un trajet de 15 km. (du domicile au lieu de travail), y compris une quote-part d'amortissement ($12 \times 54 \text{ francs} = 648 \text{ francs}$), plus 900 francs pour primes d'assurances et impôts et 1800 francs pour les deux enfants. Le tribunal de première instance a considéré le revenu net du second semestre de 1960; en outre, il a inscrit sous les frais généraux un montant de 375 francs pour les réparations, ce qui est faux, puisque ces frais sont remboursés à part (ATFA 1961, p. 255). Pour le second semestre de 1960, il n'y a guère lieu de procéder à une révision, bien que le revenu — apparemment modeste — de l'épouse soit venu s'ajouter dès juillet 1960 (art. 59, 3^e al., RAVS; arrêt A. M. du 3 février 1949, ATFA 1949, p. 119 = RCC 1949, p. 201).

De même, il faudra se fonder, pour les années de cotisations 1961 et 1962, sur le revenu des conjoints de l'année précédente; pour la période allant de janvier à juin 1961, on considérera l'ancienne limite de revenu de 4000 francs, et pour la période suivante la nouvelle limite de 4800 francs. D'une manière générale, la commission AI devra s'en tenir aux principes énoncés dans l'arrêt M. B. mentionné ci-dessus (dans la publication des ATFA, p. 255, lettre b).

RENTES ET ALLOCATIONS POUR IMPOTENTS

Arrêt du TFA, du 16 novembre 1962, en la cause J. G.

Articles 4, 28, 29, 1^{er} alinéa, et 41 LAI. L'assuré atteint d'une affection mentale de nature chronique, dont le diagnostic, très défavorable, laisse prévoir qu'elle entraînera une invalidité permanente de la moitié au moins durant toute la période normale d'activité, a droit à une rente. Il peut prétendre une rente entière si l'incapacité de gain qui en résulte s'élève aux deux tiers au moins durant une longue période, soit durant un laps de temps dont on ne peut préciser d'avance la durée. Demeure réservée la possibilité d'une révision ultérieure de la rente.

Articoli 4, 28, 29, capoverso 1, e 41 LAI. Un assicurato sofferente di una affezione mentale cronica, la cui diagnosi, assai sfavorevole, lascia presupporre le sequele di un'invalidità permanente per almeno la metà durante l'intero periodo normale della sua attività, ha diritto ad una rendita. Egli può esigere una rendita intera, se la derivante incapacità al guadagno è almeno di due terzi per un lungo periodo di tempo, ossia, per un lasso di tempo, che già dall'inizio non si è in grado di precisare. Resta riservata la possibilità di un'ulteriore revisione della rendita.

L'assuré, né en 1921, souffre d'un délire de persécution d'origine schizophrénique. Il a été traité et soigné dans une maison de repos de 1951 jusqu'en 1957, compte tenu d'une interruption de courte durée. A sa sortie de clinique, il occupa un poste d'employé de commerce du 16 mai 1958 au 3 juin 1960, avec un salaire mensuel de 830 francs. Son état de santé s'étant à nouveau aggravé, il dut abandonner son activité et renoncer à toute autre occupation. On le plaça à nouveau dans un établissement hospitalier où il demeura, presque sans interruption, jusqu'en janvier 1962. Bien que son état ne se fût pas amélioré, il fut licencié de l'établissement à cette date.

Se fondant sur un prononcé de la commission AI, la caisse refusa, par décision du 19 juin 1961, de faire droit à la demande de rente présentée en faveur de l'assuré. Le recours formé contre cette décision fut rejeté par le président de la commission de recours. Le représentant de l'assuré interjeta alors appel auprès du TFA pour demander que l'assuré soit reconnu invalide d'une manière permanente et mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1^{er} août 1961 au plus tard.

Le TFA a admis l'appel et reconnu que l'assuré avait droit à une rente entière dès le 1^{er} mars 1961, pour les motifs suivants:

1. Aux termes de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit à la rente dès qu'il présente une incapacité permanente de gain de la moitié au moins ou dès qu'il a été totalement incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs et subit encore une incapacité de gain de la moitié au moins. Ainsi que l'a défini le TFA dans l'arrêt M. S. du 22 septembre 1962 (RCC 1963, p. 83), l'incapacité de gain peut être présumée permanente lorsque l'état de santé physique ou mentale de l'assuré est suffisamment stabilisé pour laisser prévoir que l'incapacité s'étendra vraisemblablement à toute la période

normale d'activité, compte tenu des possibilités moyennes de vie de sa classe d'âge. Tant que se manifeste un processus pathologique non stabilisé, telle qu'une affection aiguë, on ne saurait parler, en règle générale, d'une incapacité de gain présumée permanente.

En l'espèce, l'assuré souffre depuis longtemps d'un délire de persécution d'origine schizophrénique, qui a nécessité sous internement dans une maison de repos de 1951 à 1957 d'une manière presque permanente. En juin 1960, il dut interrompre à nouveau son activité à la suite d'une rechute et regagner l'établissement hospitalier. Malgré un pronostic défavorable, il quitta l'établissement pour reprendre une activité du 7 novembre 1960 au 28 février 1961, mais il dut abandonner à nouveau son emploi à cette dernière date, puis se faire hospitaliser à nouveau. Au bout de 10 mois, il abandonna l'établissement hospitalier sans que son état se soit amélioré. Le directeur dudit établissement est d'avis que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer une activité suivie, même s'il peut occuper un poste pendant un certain temps.

Si, au moment où la caisse a pris sa décision (en juin 1961), il n'était pas encore possible de se faire une idée exacte de la situation de fait, telle que décrite ci-dessus, l'évolution qui est apparue depuis lors montre, à satisfaction de droit, que l'assuré subit, depuis le 1^{er} mars 1961 (date de la cessation de sa dernière activité), une incapacité permanente de gain de la moitié au moins. L'affection de l'assuré n'est pas d'origine aiguë et ne se manifeste pas non plus par des crises de cette nature; il s'agit au contraire d'une maladie chronique, dont le pronostic, très défavorable, laisse prévoir qu'elle entraînera une invalidité permanente de la moitié au moins durant toute la période normale d'activité, même si l'intéressé est encore en mesure d'exercer de temps à autre une activité passagère. Les conditions mises à l'octroi d'une rente à partir du 1^{er} mars 1961 sont ainsi réalisées. La procédure judiciaire montre que l'évolution de l'état de santé de l'assuré s'est manifestée bien avant la notification de la décision de la caisse; dans ces conditions, on ne saurait parler d'une modification déterminante de la situation de fait justifiant une demande de révision au sens de l'article 41 LAI.

2. Il reste à examiner si l'assuré a droit, dès le 1^{er} mars 1961, à une rente entière ou à une demi-rente seulement. En vertu de l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré peut prétendre une rente entière s'il est invalide pour les deux tiers au moins, et une demi-rente s'il l'est pour la moitié au moins (dans les cas pénibles, la demi-rente est accordée déjà lorsque l'invalidité atteint deux cinquièmes). L'invalidité, au sens de l'article 4 LAI, est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée.

Du fait que l'assuré a droit à une rente dès qu'il présente une incapacité permanente de gain de la moitié au moins, il importe d'accorder une demi-rente au moins lors de l'évaluation de l'invalidité. En revanche, l'octroi d'une rente entière ne suppose pas forcément l'existence d'une incapacité *permanente* de gain des deux tiers au moins, s'il s'agit d'évaluer les répercussions de la même atteinte à la santé qui est à l'origine de l'incapacité de gain de la moitié au moins. Il suffit que l'incapacité de gain résultant de cette atteinte s'élève aux deux tiers au moins durant une longue période, au sens de l'article 4 LAI, soit durant un laps de temps dont on ne peut préciser d'avance la durée. Tel est le cas en l'espèce. L'assuré a été placé dans un établissement hospitalier de mars 1961 à janvier 1962, date à laquelle il a été licencié sans que son état de santé se fût amélioré. Le représentant de l'assuré précise dans le mémoire d'appel qu'il était question de le réintégrer en mars 1962.

Il y a lieu dès lors de mettre l'assuré au bénéfice d'une rente entière à partir du 1^{er} mars 1961. Si, contre toute attente, l'assuré devait être un jour en mesure de reprendre une activité lucrative dont on devrait tenir compte en vertu de l'article 28,

2^e alinéa, LAI, il faudrait procéder à une revision selon l'article 41 LAI. Il importerait alors que la commission AI fasse examiner d'office l'assuré par un médecin et, le cas échéant, par l'office régional, afin de déterminer si une réadaptation, autre que commerciale, ne serait pas indiquée en l'occurrence. Le dossier est muet sur ce point.

Arrêt du TFA, du 20 septembre 1962, en la cause M. N.

Article 42, 1^{er} alinéa, LAI. L'impotence, au sens de la loi, suppose généralement un état présumé permanent.

Articolo 42, capoverso 1, LAI. Sussiste l'impotenza, a sensi della legge, quando il suo stato è presunto permanente.

L'assurée, âgée de 60 ans, est atteinte d'une affection cardiaque et souffre en outre d'obésité, d'une grave arthrite déformante et de coxarthrose. Par arrêt du 13 avril 1961, le TFA a nié l'existence d'une impotence, en faisant remarquer toutefois que si l'état de l'assurée devait s'aggraver et nécessiter une aide accrue, si minime fût-elle, on devrait admettre une impotence au sens de la loi. A la suite d'une nouvelle demande de prestations, la caisse de compensation, suivant un prononcé de la commission AI, a mis l'assurée au bénéfice d'une allocation pour impotent de 360 francs par année dès le 1^{er} janvier 1962, en raison d'une impotence de faible degré.

Sur recours de l'intéressée, le juge cantonal a confirmé la décision de la caisse. De son côté, le TFA a admis partiellement l'appel interjeté par l'assurée contre le jugement cantonal, pour les motifs suivants:

1. Aux termes de l'article 42, 1^{er} alinéa, LAI, les assurés invalides qui sont dans le besoin et qui sont impotents à tel point que leur état nécessite des soins spéciaux et une garde ont droit à une allocation pour impotent. Il incombe aux commissions AI de fixer le degré d'impotence (art. 42, 3^e al., LAI). Le règlement d'exécution de la LAI prévoit simplement trois degrés d'impotence sans les distinguer selon des critères précis; aux termes de l'article 39, 2^e alinéa, RAI, le montant annuel de l'allocation pour impotent équivaut au montant minimal de la rente ordinaire de vieillesse simple (rente complète) lorsque le degré d'impotence est grave, aux deux tiers de ce montant s'il est moyen et au tiers s'il est faible. Une telle réglementation laisse une large place au pouvoir d'appréciation lorsqu'il s'agit de déterminer l'impotence dans un cas particulier (ATFA 1961, p. 61 = RCC 1962, p. 42).

2. Il n'est pas contesté, en l'espèce, que l'assurée se trouve dans le besoin. Au surplus, il ressort des renseignements obtenus par l'assistante sociale en novembre 1961 que l'état de fait sur lequel était fondé l'arrêt du 13 avril 1961 s'est modifié, en ce sens que l'assurée a maintenant besoin d'une aide accrue qui, conformément aux considérants émis dans l'arrêt précité, permet d'admettre l'existence d'une impotence au sens de la loi. En fixant le degré d'impotence à un tiers, l'administration et le juge cantonal ont fait un usage raisonnable de leur pouvoir d'appréciation. A cet égard, on relèvera que la situation quelque peu désordonnée dans laquelle vit l'intéressée, rendant nécessaire, le cas échéant, une aide accrue, ne saurait influencer sur l'évaluation de l'impotence. Il n'y a pas lieu non plus de tenir compte du fait que l'assurée a été alitée de janvier à octobre 1961, étant donné qu'il s'agit là d'une situation passagère. L'impotence, au sens de la loi, suppose généralement un état présumé permanent. Enfin, il n'est pas

nécessaire, comme le demande l'assurée dans son appel, de faire procéder à une expertise médicale, du fait que le rapport précis de l'assistante sociale fournit tous les éléments nécessaires à la fixation du degré d'impotence.

L'OFAS fait toutefois remarquer, à juste titre, que les conditions mises à l'octroi d'une allocation en raison d'une impotence de faible degré étaient réunies déjà en novembre 1961, date à laquelle l'assistante sociale a effectué son enquête. En revanche, personne ne prétend qu'une impotence durable et suffisante existât auparavant déjà, soit pendant la période d'alitement. Il y a lieu dès lors, conformément aux conclusions de l'OFAS, de mettre l'appelante au bénéfice de l'allocation dès novembre 1961.

Arrêt du TFA, du 27 novembre 1962, en la cause M. H.

Articles 48, 2^e alinéa, LAI, et 85, 1^{er} alinéa, RAI. Si l'assuré exerce son droit à l'allocation pour impotent plus de six mois après la naissance du droit, l'allocation n'est allouée qu'à partir du mois dans lequel l'assuré a agi.

Articolo 48, capoverso 2, LAI; articolo 85, capoverso 1, OAI. Se l'invalido che non può provvedere a se stesso fa valere il suo diritto all'assegno per invalidi senza aiuto più di sei mesi dopo che ne avrebbe avuto diritto, l'assegno è pagato soltanto dal mese della richiesta.

L'assurée, née en 1905, souffre d'une grave polyarthrite avec ankylose. Par décision du 6 juillet 1960, elle a été mise au bénéfice d'une rente AI entière. Le 27 novembre 1961, l'assurée demanda en outre une allocation pour impotent; le certificat médical présenté précisait que l'état d'impotence existait depuis septembre 1960 déjà. Par décision du 9 janvier 1962, la caisse de compensation octroya, à partir du 1^{er} novembre 1961, une allocation pour impotent calculée selon le taux prévu pour une impotence moyenne.

Sur recours de l'intéressée, l'autorité de première instance lui accorda l'allocation pour impotent dès le 1^{er} janvier 1961 déjà, estimant que l'article 48, 2^e alinéa, LAI n'est applicable qu'aux rentes et non pas aux allocations pour impotents. L'OFAS interjeta appel contre ce jugement en déclarant que cette disposition est, par analogie, également applicable aux allocations pour impotents.

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

1. Selon l'article 48, 1^{er} alinéa, LAI, le droit au paiement de rentes et d'indemnités journalières s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due. Le 2^e alinéa précise en outre que la rente n'est allouée qu'à partir du mois dans lequel l'assuré a agi, lorsque celui-ci exerce son droit à la rente plus de six mois après la naissance du droit. A en juger d'après leurs termes, le 1^{er} alinéa de l'article 48 ne s'applique qu'aux rentes et indemnités journalières, tandis que le 2^e alinéa ne concerne que les rentes; des prescriptions correspondantes sur l'allocation pour impotent font défaut. On ne saurait toutefois en conclure que le droit au paiement d'allocations pour impotents non touchées n'est soumis à aucune restriction dans le temps. L'allocation pour impotent n'a été introduite, en tant que prestation d'assurance proprement dite, que lors des délibérations parlementaires, et l'on a, par la suite, omis de compléter en conséquence l'article 48 LAI. L'OFAS explique qu'il s'agit là d'une omission involontaire et que, par conséquent, on se trouve en présence d'une lacune de la loi qui doit être comblée.

2. En règle générale, l'allocation pour impotent constitue une prestation d'assurance élargissant la rente, pour autant que l'assuré soit non seulement invalide, mais qu'il se trouve dans le besoin et que son état nécessite des soins spéciaux et une garde (art. 42, 1^{er} al., LAI). On n'a pas à examiner ici s'il est possible d'accorder l'allocation exceptionnellement sans qu'une rente soit versée simultanément, car même une telle exception ne modifierait pas le caractère général de rente élargie de l'allocation pour impotent. Abstraction faite des conditions et des prescriptions particulières concernant l'allocation pour impotent, celle-ci doit être régie par les mêmes principes que les rentes.

La date à laquelle le droit prend naissance en principe est fixée, pour les rentes, par l'article 29 LAI et, en ce qui concerne les allocations pour impotents, par l'article 38, 1^{er} alinéa, RAI complétant l'article 42, 1^{er} alinéa, LAI. Or, le fait que le droit a, en principe, pris naissance ne signifie pas que toutes les conditions prévues pour que ce droit se réalise sous forme de prestations soient remplies. Etant donné que les prestations ne sont pas accordées d'office, mais doivent au préalable être l'objet d'une demande de la part de l'ayant droit (art. 46 LAI; art. 65 ss. RAI), des droits et devoirs particuliers prennent naissance lors de l'inscription; il est notamment nécessaire de régler la situation de droit pour le cas où l'assuré présenterait sa demande après que le droit à la prestation a, en principe, pris naissance.

En matière d'assurances sociales, le droit de réclamer le paiement de prestations arriérées ne va pas de soi. Dans l'AVS, un tel droit est accordé au bénéficiaire d'une rente, mais il est limité à cinq ans (art. 46 LAVS). Selon l'article 77 RAVS, la caisse de compensation est en outre tenue de procéder d'office au paiement des arriérés dans ce délai de cinq ans. Puisque l'article 48, 1^{er} alinéa, LAI se borne à prévoir uniquement le délai de péremption de cinq ans pour le droit au paiement de rentes et d'indemnités journalières, en concordance avec la LAVS, la situation ne saurait être différente en droit de l'AI, étant donné que l'article 85, 1^{er} alinéa, RAI déclare l'article 77 RAVS applicable par analogie. Est donc valable, en matière d'AI, le principe selon lequel le droit au paiement de rentes non touchées est soumis au délai de péremption de cinq ans. Comme l'allocation pour impotent complète la rente et partage son caractère de prestation d'assurance typique, périodique et versée en espèces, le droit de réclamer des arriérés doit être soumis, pour ces deux prestations, aux mêmes limites dans le temps. Malgré l'absence d'une disposition expresse y relative, les impotents nécessiteux ont donc la possibilité de réclamer le versement d'arriérés de l'allocation complémentaire comme c'est le cas pour la rente, compte tenu de cette limitation dans le temps. De cette limitation, il résulte que l'article 48, 2^e alinéa, LAI, valable pour les rentes AI, est également applicable à l'allocation pour impotent. En effet, contrairement à ce qui est le cas pour les arriérés de rentes AVS, le délai de cinq ans ne peut avoir de conséquences en matière de rentes AI que si l'assuré a présenté sa demande, selon l'article 46 LAI, dans les six mois après la naissance du droit à la rente.

Non seulement l'obligation d'assimiler la rente à l'allocation pour impotent découle de façon impérative du système de la loi, mais il convient encore de relever que l'article 42, 4^e alinéa, LAI autorise le Conseil fédéral à édicter des prescriptions complémentaires au sujet de cette allocation. L'article 85, 1^{er} alinéa, RAI dispose que l'article 77 RAVS est applicable par analogie au paiement après coup d'indemnités journalières, de rentes et d'allocations pour impotents, en ajoutant que la prescription et la péremption du droit au paiement des arriérés, selon l'article 48 LAI, sont réservées. Cette réserve peut, par analogie, être interprétée dans ce sens qu'elle s'applique non seulement au droit à la rente prévu à l'article 48, 2^e alinéa, LAI, mais aussi au droit à l'allocation

pour impotent. Enfin, aux articles 82 et 83 RAI, les rentes et les allocations pour impotents sont mises sur le même pied en ce qui concerne le versement et les mesures de précaution.

3. En l'espèce, l'assurée, qui a présenté sa demande d'allocation pour impotent en novembre 1961, était incontestablement atteinte déjà en septembre 1960 d'une impotence qui, en principe, lui donnait droit à l'allocation. L'inscription est donc intervenue plus de six mois après la naissance de ce droit. Par conséquent, l'allocation ne peut être versée, en application analogique de l'article 48, 2^e alinéa, LAI, qu'à partir de novembre 1961 (mois de l'inscription), raison pour laquelle la décision de la caisse de compensation doit être rétablie.

CHRONIQUE MENSUELLE

Un *tarif intérimaire pour les prestations médicales dans l'AI* a été fixé le 3 avril par la Fédération des médecins suisses et l'Office fédéral des assurances sociales. Il s'applique aux consultations et aux visites, ainsi qu'aux mesures d'orthopédie et de chirurgie des enfants. La RCC reviendra sur cette question dans un prochain numéro.

* * *

Le délai fixé aux cantons et associations faîtières pour se prononcer sur l'*avant-projet de modification de la LAPG* a expiré le 20 avril. Une cinquantaine d'intéressés ont donné leur avis.

* * *

La *sous-commission technique des formules en matière d'AI* a siégé le 25 avril sous la présidence de M. Büchi, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a discuté la présentation graphique des formules de demande à rééditer et la création d'un jeu de formules pour le rapport médical avec facture.

Trois ans d'assurance-invalidité et Pro Infirmis

D'après un exposé de M^{lle} M. Meyer, Dr h. c., secrétaire centrale de Pro Infirmis, à la conférence annuelle des commissions AI du 28 février 1963.

L'orateur, au nom du président de Pro Infirmis, M. K. Schoch, juge fédéral, malheureusement empêché de se charger lui-même de cet exposé, remercie l'assemblée pour la confiance témoignée à l'Association suisse Pro Infirmis.

Les invalides dont s'occupent Pro Infirmis et ses groupements spécialisés ne constituent qu'une fraction des bénéficiaires de prestations AI: ce sont les infir-

mes moteurs, les sourds-muets, les durs d'oreille, les invalides atteints de difficultés d'élocution, les aveugles, les débiles mentaux et les épileptiques. En revanche, l'Association traite la majorité des cas de formation scolaire spéciale.

Il est assez malaisé de se faire une idée de l'aide aux invalides, telle qu'elle se présente aujourd'hui, et d'établir une comparaison avec la situation avant 1960. Trois ans, c'est bien peu pour pouvoir juger un domaine aussi complexe que l'AI. Les répercussions de la nouvelle assurance sur l'œuvre de Pro Infirmis ne peuvent encore être appréciées d'une manière définitive. Même dans des cas particuliers, les résultats n'apparaissent souvent qu'au bout de dix ans et plus. Une chose, toutefois, est certaine: l'AI a éveillé, au sein de la population, des échos encourageants et exercé une influence profonde.

Les prestations de l'AI

La plupart des invalides savent apprécier le grand soulagement que leur a apporté l'institution des *rentes* de l'AI. Pro Infirmis se réjouit de constater, à ce propos, que tous ceux dont l'invalidité physique ou mentale réduit la capacité de travail ont reçu, dès le premier jour, des prestations de cette assurance. L'Association elle-même, en effet, n'a jamais pu allouer des contributions à l'entretien des invalides; étant donné le grand nombre des solliciteurs et les moyens limités dont elle disposait, elle a dû se borner à des mesures de réadaptation déterminées. La subvention fédérale en faveur de l'aide aux infirmes était très modeste, notamment jusqu'en 1952; elle a atteint un maximum en 1959 avec un montant de 1,1 million de francs. On trouvera de plus amples informations sur ce point dans un numéro récent de la RCC ¹. Comparons ces prestations nécessairement incomplètes aux moyens mis aujourd'hui en œuvre par l'AI.

L'institution des mesures en faveur des *mineurs inaptes à recevoir une instruction*, notamment de contributions spéciales aux frais de soins à domicile, a été accueillie avec une vive reconnaissance. Il est heureux que le principe du droit aux mesures de réadaptation, posé à l'article 9 LAI, ait été appliqué d'une manière large, par exemple pour la formation scolaire d'enfants atteints d'une grave débilité mentale ou infirmes moteurs cérébraux.

Pro Infirmis et ses groupements spécialisés apprécient l'aide financière considérable que l'AI apporte dans le domaine de la *formation scolaire spéciale*; de même, les parents d'enfants invalides sont grandement soulagés lorsqu'ils ne doivent plus dépenser qu'un franc par jour pour la pension dans un internat. Les services de Pro Infirmis et d'autres œuvres n'ont plus à se soucier (sauf pour les homes privés) du problème, souvent très ardu, du financement; il est vrai que ces homes privés sont souvent mis à contribution lorsque la place manque dans les écoles spéciales publiques. L'aide privée aux invalides assiste également les enfants qui ont constamment besoin de leçons particulières, ainsi qu'un certain nombre d'enfants débiles dont le quotient d'intelligence est supérieur à 75.

¹ 1963, p. 54

C'est par la *réadaptation des invalides à la vie professionnelle* que l'AI a soutenu le plus efficacement l'œuvre de Pro Infirmis. Grâce à l'assurance, il existe maintenant des indemnités journalières, une aide en capital, des prestations en nature, comme la remise de moyens auxiliaires coûteux, sans parler de l'orientation professionnelle et du placement des invalides. Toutes ces mesures sont généralisées, et profitent maintenant à un cercle bien plus étendu de bénéficiaires. Certes, c'était une tâche particulièrement intéressante pour les services de Pro Infirmis que de suivre un invalide à travers les étapes de sa vie, par exemple de s'occuper d'un enfant infirme moteur pendant plusieurs années, de le faire bénéficier de soins médicaux, de résoudre les problèmes de son instruction scolaire, puis de l'orienter vers le métier le plus approprié; c'était un véritable plaisir de l'accompagner ainsi jusqu'à son indépendance complète. Malheureusement, de telles mesures n'étaient applicables qu'à une partie des invalides susceptibles d'être réadaptés. En général, c'étaient surtout les adultes devenus invalides par suite d'un accident ou d'une maladie qui étaient désavantagés; seule, une minorité d'entre eux s'adressaient à Pro Infirmis. Aujourd'hui, l'AI est très active dans le domaine de la réadaptation professionnelle. Il faut espérer que grâce aux expériences acquises, elle pourra bientôt développer aussi le placement des bénéficiaires de rentes partielles et l'occupation des invalides à domicile, afin que ces œuvres-là, qui posent les problèmes les plus difficiles, ne doivent pas être confiées, comme précédemment, aux assistants sociaux. Ceux-ci connaissent à fond, il est vrai, le domaine du travail social, mais ils n'ont pas une vue d'ensemble suffisante des problèmes économiques.

En sa qualité d'organisme central de 12 groupements spécialisés, Pro Infirmis entretient des relations fréquentes avec les établissements, ateliers, associations et services sociaux qui se consacrent aux invalides, et sait combien ils apprécient les *conventions tarifaires*, ainsi que les *subventions pour frais d'exploitation*, pour les *constructions* et pour les *cours destinés aux invalides*.

L'AI a libéré de leurs soucis financiers, en particulier, les écoles spéciales qui n'ont pas une exploitation très coûteuse. On peut dire que tous les établissements dont le personnel appartient à un ordre religieux (y compris les diaconesses) s'en tirent beaucoup mieux aujourd'hui qu'avant 1960; ils peuvent demander, maintenant, un prix de pension de 8 francs par jour. La RCC a montré, dans son numéro de janvier ¹, combien les recettes de ces établissements avaient augmenté. La situation est quelque peu différente dans le cas des écoles spéciales qui ont du personnel laïque, c'est-à-dire des homes pour enfants atteints de difficultés d'élocution, de paralysies cérébrales et d'autres infirmités graves. Déjà dans les années 1956 à 1958, les frais d'exploitation pouvaient y atteindre environ 18 francs par jour ². Depuis 1958, le coût de la vie, et en particulier les frais de personnel, ont énormément augmenté, et les subventions pour frais d'exploitation

¹ RCC 1963, pp.6-7.

² On trouvera de plus amples détails à ce sujet dans la revue « Pro Infirmis », 1962, N° 10, p. 317.

ne suffisent pas toujours à combler les lacunes. Toutefois, il faut reconnaître que les soucis financiers et la pénurie de personnel seraient encore plus grands si l'AI n'avait pas créé de meilleures conditions de travail et n'avait pas contribué à introduire ou à développer, dans plusieurs établissements, la physiothérapie, l'ergothérapie, etc.

De nombreux homes d'invalides n'ont pas encore pu s'adapter aux exigences modernes et ne disposent que de locaux insuffisants. Ce retard dans le domaine de la construction a déjà été signalé à plusieurs reprises. Ici et là, on a pu apporter les améliorations nécessaires et rendre les homes plus confortables. Plusieurs projets ont été réalisés plus vite grâce à l'AI, dont les subventions ont permis, en outre, d'acquérir les nombreuses installations qui manquaient encore. La fondation de nouveaux centres de réadaptation professionnelle est facilitée, puisque les risques sont pratiquement couverts. Citons ici deux bons exemples: l'atelier pour handicapés de Strengelbach (Argovie) et la nouvelle école ménagère pour jeunes filles arriérées d'Auboden à Brunnadern (St-Gall). Les services de Pro Infirmis peuvent souvent, avec chiffres à l'appui, démontrer la nécessité de telles fondations et obtenir la coopération des autorités. Malheureusement, il manque encore de nombreuses places pour la formation scolaire spéciale. Les services sociaux de Pro Infirmis font tout ce qui est en leur pouvoir pour que soient créés des externats à l'intention des enfants qui peuvent être logés à domicile; mais pour que ce but soit atteint, il faut que les organes de l'AI les soutiennent et interviennent dans ce sens auprès des autorités compétentes. Il arrive encore trop souvent que des mineurs ne puissent, faute de place, recevoir la formation spéciale à laquelle ils ont droit; les cas de ce genre devraient être constamment signalés.

Malgré l'allègement que l'AI apporte aux institutions de l'aide aux invalides, il ne faut pas oublier quelques *inconvéniens et dangers* qui peuvent en résulter:

Vu les tarifs souvent très élevés, l'AI doit fixer des limites de temps très strictes. Cela peut entraîner, dans certains cas, des restrictions de la liberté de mouvement et des interruptions malencontreuses.

Un autre risque peut se présenter: que certains homes d'invalides se consacrent principalement aux cas de réadaptation et manquent dès lors, plus encore que par le passé, de places permanentes pour les grands invalides et les débiles mentaux.

Autre chose encore: le côté administratif est devenu beaucoup plus compliqué. Est-il vraiment nécessaire que toutes les prestations de l'AI, telles que les moyens auxiliaires, l'ergothérapie, etc., soient l'objet de demandes et de décisions individuelles, alors qu'elles devraient, dans un home pour invalides, être à la disposition de tous les occupants ?

Autre remarque enfin: l'AI pouvant accorder partout des subventions, il risque de se former, en cas de décentralisation trop poussée, un nombre excessif de petits offices et institutions insuffisamment spécialisés. Une collaboration générale et un examen objectif des divers problèmes permettront de combler les principales lacunes.

La collaboration de l'AI avec les services de Pro Infirmis

La réadaptation d'un invalide donnera des résultats d'autant meilleurs que les mesures auront été appliquées à temps, d'une manière adéquate et avec l'entière coopération de l'invalidé lui-même. Pro Infirmis a toujours eu pour but de prévenir, lorsqu'il en est encore temps, et sinon de secourir l'invalidé — depuis 1960, en collaboration avec l'AI — par tous les moyens *médicaux, pédagogiques, professionnels, sociaux et humanitaires* encore applicables. Nous ne voudrions pas, cependant, préconiser la réadaptation à tout prix. Dans ce domaine aussi, il faut être réaliste; les amis des invalides, bien intentionnés mais inexpérimentés, commettent une erreur lorsqu'ils entretiennent, dans des cas particulièrement graves, des espérances qui ne sont que des utopies; les mesures qui ne sont pas appliquées à bon escient nuisent davantage qu'elles ne servent. L'invalidé, de même que ses amis, doivent accepter des limites. En se renseignant dans un home ou auprès d'un service social, on pourrait souvent obtenir d'utiles conseils sur la voie à suivre pour la réadaptation professionnelle d'un invalide.

Les *mesures de réadaptation* exigent un effort de tous les intéressés, notamment de l'invalidé lui-même. Elles ne sont pas seulement un cadeau. En outre, elles sont très variées, et c'est pour tenir compte de leur diversité que l'on a composé les commissions AI de cinq spécialistes différents, capables d'examiner les problèmes sous plusieurs aspects. Cependant, un tel examen, qui ne se fonde en général que sur des documents écrits, n'a-t-il pas, bien souvent, que des possibilités limitées? La réadaptation est une affaire typiquement personnelle, et l'*aide individuelle* incombe principalement à l'assistance sociale. Avant l'entrée en vigueur de l'AI, les assistantes sociales établissaient, de concert avec les spécialistes, le programme à suivre dans chaque cas et coopéraient à sa réalisation. Elles sont donc habituées à étudier consciencieusement les cas particuliers, et de plus elles connaissent les établissements et organismes de l'aide aux invalides. A cela s'ajoute le contact personnel, l'aide psychologique dans la lutte du patient contre son invalidité. Certains invalides ont besoin, en outre, d'être suivis au cours de leur carrière ultérieure.

Bornons-nous cependant aux aspects extérieurs du problème et prenons pour exemples *trois cas*:

Il faut souvent choisir le genre de formation scolaire le plus approprié. Dans le cas d'un enfant faible de la vue ou de l'ouïe, le diagnostic médical n'est pas le seul critère; il y a lieu de considérer aussi l'intelligence de l'enfant, les aptitudes pédagogiques de sa famille, les possibilités offertes par les écoles locales et par les divers instituts entrant en ligne de compte. Tous les éléments doivent être étudiés pour que puisse être trouvée la meilleure solution. Souvent, les parents doivent se préparer moralement à l'idée de se séparer de leur enfant.

Dans un autre cas, on demande de l'aide en faveur d'un enfant inapte à recevoir une instruction et alité en permanence. Une assistante sociale examine le cas, visite la famille et constate que l'enfant, bien qu'arriéré, pourrait, en séjournant quelque temps dans un home, être développé suffisamment pour pouvoir, au moins, marcher et effectuer lui-même les actes ordinaires de la vie.

Voici encore le problème de la capacité de travail d'une ménagère invalide. Dans un tel cas, il faut que l'invalide connaisse non seulement l'art du ménage, mais encore toutes les possibilités de compensation lui permettant d'obtenir une capacité de travail maximum. Une femme qui a perdu un bras dans un accident, par exemple, peut apprendre à faire son ménage elle-même si elle reçoit les accessoires nécessaires et qu'une personne compétente, par exemple spécialiste de l'ergothérapie, lui enseigne la manière de s'en servir.

Ainsi, une instruction adéquate peut contribuer grandement à rendre l'invalide indépendant de son entourage. C'est pourquoi les commissions AI s'adressent souvent aux services sociaux de Pro Infirmis et d'autres institutions pour des examens de ce genre.

La plupart des cas de réadaptation posent des problèmes sociaux et psychologiques. C'est à dessein que l'AI a écarté de son programme les aspects sociaux de la réadaptation; les organes de l'AI doivent, le cas échéant, renvoyer les solliciteurs au service compétent de l'aide privée ou publique aux invalides.

De même, dans la réadaptation professionnelle, il y a très souvent deux aspects à considérer: l'aspect professionnel et l'aspect humain et social du problème (le côté médical n'étant, bien entendu, pas oublié). *L'aspect professionnel*: orientation professionnelle, placement, aménagement de la surface de travail, surveillance et assistance pendant la mise au courant au nouveau travail, est l'affaire des offices régionaux AI, à moins que les contremaîtres, chefs du personnel, etc., ne s'en occupent eux-mêmes. Quant à *l'aspect social et humain* du problème (chercher un foyer, organiser les loisirs, résoudre les problèmes que pose le nouvel entourage de l'invalide, parfois aussi suivre et assister l'invalide au cours de sa carrière), il faudrait que les services sociaux et offices d'orientation soient sollicités, plus encore que par le passé, de s'y consacrer. Même lorsqu'on a affaire à des infirmes physiques normalement intelligents, on ne saurait abandonner au hasard le choix d'une profession; il ne faut pas attendre, pour les confier à l'aide aux invalides, qu'ils rencontrent des difficultés, car il vaut mieux prévenir que guérir. Les nombreux invalides gravement atteints qui tentent actuellement leur réadaptation ont constamment de nouveaux problèmes à résoudre; il leur faut souvent plusieurs années pour pouvoir enfin vaincre eux-mêmes leurs difficultés. L'assistance sociale ne doit jamais perdre de vue ce but final: l'indépendance de l'invalide.

Les offices régionaux AI confient donc aux services sociaux les questions d'ordre social que posent les cas de réadaptation. Cette collaboration, toutefois, n'est pas encore pratiquée selon des règles uniformes; il en va de même des mandats d'instruction confiés par les commissions AI et les offices régionaux.

L'influence de l'AI sur les travaux de Pro Infirmis

Le numéro d'avril de la revue « Pro Infirmis » contient le rapport annuel de 1962 de l'Association et de ses groupements spécialisés. La statistique qu'il donne montre, notamment, combien est différente, d'un canton à l'autre, la collabora-

tion que l'AI demande aux services de Pro Infirmis; il en va de même, probablement, des services sociaux spécialisés pour les sourds-muets, aveugles, etc. Dans sept cantons, le nombre des mandats est plus élevé que celui des invalides qui, indépendamment de l'AI, se sont adressés à Pro Infirmis pour la première fois en 1962. Dans deux autres cantons, le nombre des mandats de l'AI est égal à 1/7 ou 1/8 seulement du total des nouvelles demandes.

Le nombre total des cas traités entièrement par les services de Pro Infirmis s'élevait, en 1959, à 15 484. Dans les deux premières années de l'AI, ce chiffre a augmenté, contre toute attente, à 16 181 et 16 522, pour ne diminuer qu'en 1962, pour la première fois, à 15 550, revenant ainsi au montant d'avant 1960. De même, les nouvelles demandes ont augmenté jusqu'en 1961 et n'ont diminué qu'à partir de 1962 (2731, 2771, 2803, puis 2378); ces chiffres concernent toute la Suisse et ne tiennent pas compte de l'évolution quelque peu différente dans certains cantons. Le nombre total des invalides conseillés, des nouvelles demandes et des mesures prises en leur faveur (voir ci-dessous) ne comprend ni mandats de l'AI, ni mesures correspondantes, excepté dans les cas où un mandat AI a nécessité aussi des mesures d'ordre social.

Les mesures d'aide aux invalides exécutées par les services de Pro Infirmis ont sensiblement diminué depuis l'introduction de l'AI. En 1959, Pro Infirmis faisait procéder à 4865 enquêtes; il n'y en avait plus que 3069 en 1962. Le nombre de ces enquêtes, comme celui des traitements ambulatoires et des moyens auxiliaires remis, a baissé d'environ un tiers au cours des trois dernières années. Malgré la générosité de l'AI, ces prestations n'ont pas diminué dans une proportion plus grande. Rappelons, cependant, les mesures médicales appliquées en cas de troubles de la croissance, etc., ou en faveur de nombreux adultes. D'ailleurs, l'AI ne représente souvent qu'un des chaînons dans l'ensemble des mesures appliquées à un invalide. Pro Infirmis s'occupe encore, principalement, des invalides gravement atteints ou souffrant de plusieurs infirmités, ainsi que des infirmes mentaux. Actuellement, ceux-ci constituent une forte minorité (30 pour cent) des nouveaux cas; ils n'étaient, précédemment, que 20 pour cent. Le nombre des infirmes physiques, des durs d'oreille et des déficients du langage, en particulier, a décru sensiblement. En revanche, la proportion des mineurs par rapport aux adultes (à peine deux tiers contre un bon tiers) n'a pratiquement pas changé.

Les services de Pro Infirmis ont présenté de 1960 à 1962, auprès des organes de l'AI, plus de 13 000 demandes et propositions en faveur d'invalides ou ont aidé ceux-ci à les rédiger. De nombreux invalides demandent en outre, ou font demander à Pro Infirmis, des renseignements et des conseils relatifs à l'AI, des explications sur les décisions des caisses, etc. Ce rôle d'intermédiaire est sans doute profitable à l'invalides comme à l'assurance.

Du point de vue purement financier, Pro Infirmis a été grandement déchargé par l'AI dans l'aide individuelle aux invalides. L'Association y avait dépensé 3,74 millions en 1959 et 2,45 millions en 1960, chiffre qui a baissé à 2,05 millions en 1961 et même à 1,82 million en 1962. Ce recul serait encore plus prononcé si Pro Infirmis ne s'était pas efforcé de combler les lacunes ou d'atténuer les rigueurs de la loi dans les cas d'épilepsie, de troubles de la croissance, d'inapti-

tude à recevoir une instruction, de moyens auxiliaires utilisés à d'autres fins que le travail, etc. Les prestations de Pro Infirmis en faveur de nouvelles constructions et d'autres subsides extraordinaires ont augmenté, en revanche, par rapport à 1959.

Il ne faut pas oublier, non plus, les *travaux d'ordre général* de Pro Infirmis et de ses groupements spécialisés, notamment dans le domaine de l'*information*. L'Association ne néglige aucun moyen pour informer le public: services de presse, revues spécialisées, mémentos, conférences, exposés radiophoniques, etc. Les professions et spécialités les plus diverses sont représentées au sein de son comité: médecins, pédagogues, pasteurs, assistantes sociales, techniciens. Des expériences sont échangées, de nouvelles idées sont examinées. Les groupements, le secrétariat central, les services sociaux connaissent les diverses œuvres en faveur des invalides, les personnalités qui les dirigent, leurs avantages et leurs difficultés. Ils font volontiers profiter de leur expérience ceux qui lancent une nouvelle entreprise. Cette coopération générale s'effectue malgré la grande diversité des groupements, dont les traditions, mais aussi les possibilités financières sont fort différentes.

Pour terminer, Pro Infirmis aimerait transmettre à l'AI *quelques vœux* souvent formulés par ses services sociaux:

1. Communiqués fréquents par la presse et la radio, notamment sur les formalités à accomplir et les délais à observer dans l'AI;
2. Publications dans le « Bulletin des médecins suisses », « Médecine et hygiène » et « Veska » sur les points principaux des articles 12 et 13 LAI, ainsi que sur les délais;
3. Compléter les formules par une question ou par une note concernant les délais des contrôles médicaux et la surveillance de ces délais par les secrétariats des commissions AI, en particulier pour les mineurs ayant besoin de soins orthopédiques;
4. Appel aux services sociaux compétents pour un examen approfondi dans tous les cas où surgissent des difficultés d'ordre non professionnel; communication par les organes de l'AI des cas où il semble indiqué de conseiller et de suivre l'invalidé;
5. Rédaction plus simple des décisions de l'AI et notification de celles-ci par lettre chargée;
6. Modification de la limite de revenu et des déductions des frais médicaux et pharmaceutiques, du salaire de l'épouse, etc., dans le calcul de l'allocation pour impotent;
7. Prestations plus équitables pour les veuves invalides, pour les femmes invalides de naissance ou depuis leur enfance, ainsi que pour les ménagères invalides;

8. Admission, dans la liste des infirmités congénitales, de l'épilepsie survenue avant l'âge de 4 ans et de toutes les formes de débilité mentale de la première enfance;

9. Combler la lacune existant entre la formation scolaire spéciale et l'octroi de rentes dans le cas des mineurs inaptes à la réadaptation;

10. Prestations pour la formation scolaire spéciale d'enfants débiles habitant une région reculée de la campagne ou de la montagne.

Cette énumération contient déjà quelques vœux de revision; mais ce n'est pas un signe d'ingratitude, et les organes de l'AI ont droit à la reconnaissance de Pro Infirmis, de ses groupements, de tous les services et établissements appliquant des mesures en faveur des invalides, pour la compréhension et le dévouement dont ils font preuve constamment.

Enfin, je voudrais encore — en parlant, cette fois, seulement au nom du secrétariat central et des services de Pro Infirmis — recommander que l'on nous adresse directement et franchement toute critique. Ceux qui ont pour mission d'aider autrui doivent être objectifs et conscients de leurs propres sentiments. Faites-nous confiance sur ce point, à nous aussi, femmes qui avons choisi cette voie ! C'est à cette condition seulement que nous pourrons mener à bien la tâche commune et nous en acquitter de mieux en mieux. Les opinions sont parfois divergentes, cela n'exclut pas une collaboration fructueuse. Puisse cette collaboration profiter de plus en plus à l'assurance comme à l'Association, mais surtout aux invalides eux-mêmes !

La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances dans le domaine de l'assurance-invalidité en 1962

Première partie

Les mesures de réadaptation ¹

1. Généralités

Le présent exposé sur la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA) en 1962 ne prétend pas être complet et ne contient pas de commentaires des divers arrêts; il tient compte, cependant, des arrêts publiés et non publiés.

Il y a eu environ 130 arrêts consacrés à des questions matérielles de la réadaptation. Cette jurisprudence assez volumineuse montre que dans quelques cas seulement, les questions ont reçu une solution de principe ou que l'on s'est rapproché d'une solution. En général, c'est le jugement du cas concret qui a été au premier plan. Très souvent, le tribunal a pu se borner à rappeler les principes déjà posés dans des arrêts précédents et à constater brièvement que les conditions d'octroi de prestations de l'AI n'étaient pas remplies, la simplicité du cas rendant superflu un examen approfondi des circonstances. C'est ce qui s'est produit tout spécialement dans le domaine des mesures médicales, où le tribunal a pu liquider une grande partie des appels, interjetés surtout par les assurés, en déclarant que les mesures demandées ne représentaient pas des mesures médicales au sens de l'article 12 LAI, ne visaient pas une infirmité congénitale au sens de l'article 13 LAI ou n'étaient pas des actes médicaux répétés dans une période limitée au sens de l'article 2 RAI.

En outre, dans un assez grand nombre d'arrêts, le tribunal a tenté de poser des principes généraux en se fondant sur les circonstances d'un cas particulier. Toutefois, il faudra, là aussi, éviter de tirer des conclusions d'une trop grande portée sans avoir analysé soigneusement le jugement rendu.

¹ Traduction de l'exposé présenté par M. Kuratle, chef de section à l'Office fédéral des assurances sociales, lors de la conférence annuelle des commissions AI, le 28 février 1963.

En parcourant tous les arrêts, on ne trouve aucun principe, valable dans tout le domaine de la réadaptation, qui ne découle pas déjà de la définition de l'invalidité (art. 4 et 5 LAI), ou des conditions générales du droit aux prestations (art. 9 LAI). Ainsi, le tribunal a rappelé plusieurs fois que les mesures de réadaptation doivent être nécessaires et de nature à améliorer la capacité de gain, à la rétablir, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (RCC 1962, p. 210, et 1963, p. 127). Ceci ne s'applique pas seulement à la réadaptation initiale; les assurés déjà réadaptés ont également droit à de nouvelles mesures (RCC 1962, p. 435).

Quelques arrêts montrent l'importance du rapport entre l'étendue des mesures de réadaptation et le succès que l'on peut en espérer. Ainsi, la remise d'un chien-guide pour aveugle a été refusée à un assuré âgé de 63 ans, invalide à 85 pour cent, dont l'état de santé s'aggravait constamment et qui ne gagnait que 100 francs par mois par le colportage (RCC 1963, p. 32).

Un autre arrêt, qui étudie la question de l'extinction du droit d'une femme mariée aux mesures de réadaptation, peut être considéré comme particulièrement important. Se fondant sur les principes, déjà posés, du droit aux rentes complémentaires et aux allocations pour impotents, le TFA y établit que le droit des femmes mariées s'éteint lorsque celles-ci atteignent l'âge de 60 ans et ont part, avec leur mari, aux rentes de vieillesse pour couples (arrêt M. M. du 15 janvier 1963, RCC 1963, p. 158).

En ce qui concerne les risques de la réadaptation (art. 11 LAI), le tribunal a constaté que la responsabilité de l'AI n'était engagée que lorsque la mesure en question avait été prescrite par cette assurance, ce qui n'est pas le cas des mesures exécutées avant 1960.

Le tribunal a dû examiner aussi la question des mesures de réadaptation appliquées à l'étranger. De telles mesures ne sont prises en charge par l'AI que si elles ne peuvent, faute de spécialistes ou d'installations suffisantes, être exécutées en Suisse, ou s'il s'agit d'une prestation d'un genre tout particulier (RCC 1963, p. 86). Néanmoins, le tribunal a admis, dans des cas concrets, que les parents croyaient sincèrement à l'impossibilité d'une mesure en Suisse ou qu'un moyen auxiliaire assez compliqué avait dû être, comme précédemment, commandé à l'étranger; il a donc autorisé une exception dans ces cas-limites, tout en précisant que les prestations de l'AI restaient soumises aux tarifs suisses.

Les enfants de Suisses à l'étranger n'ont droit aux mesures de réadaptation que lorsqu'ils séjournent en Suisse (RCC 1962, p. 468).

2. Les mesures médicales

a. En général

Dans le domaine de la réadaptation, le TFA et les commissions AI ont consacré leurs principaux efforts, en 1962, à l'interprétation de l'article 12 LAI.

Il est superflu de commenter ici la jurisprudence relative à cette question, notamment les arrêts, très discutés, en les causes H. F., B. B. et H. H. (RCC 1963, p. 73, 117 et 120). Rappelons, toutefois, que le TFA ne prétend pas y

instaurer une nouvelle pratique, mais qu'il y a simplement réuni les critères qui lui paraissaient essentiels pour juger les droits d'un assuré à des mesures médicales.

Le tribunal déclare, dans ses considérants, qu'il existe des actes médicaux qui visent manifestement la guérison (p. ex. en cas de maladies infectieuses) ou qui doivent être considérés, tout aussi manifestement, comme des mesures de réadaptation (p. ex. la transplantation de tendons pour améliorer les fonctions d'une main estropiée). Entre ces deux extrêmes, on trouve les nombreuses mesures dont les buts ne peuvent pas être délimités d'une manière absolue et ne s'excluent pas nécessairement l'un l'autre. Si une mesure vise principalement à guérir ou atténuer un état pathologique labile, ce but relègue à l'arrière-plan, en règle générale, les desseins (qui peuvent être également présents) de réadaptation professionnelle, et la mesure doit être considérée comme traitement proprement dit de l'affection. Si tel n'est pas le cas, et si la mesure vise à supprimer les séquelles stables d'une maladie, d'un accident ou d'une infirmité congénitale, on ne peut néanmoins pas encore parler d'une mesure au sens de l'article 12 LAI; il faudra bien plutôt examiner d'abord si la mesure envisagée vise directement la réadaptation professionnelle et si elle est de nature à améliorer la capacité de gain d'une manière durable et importante ou à la préserver d'une diminution notable.

Dans un tel examen, on se fondera principalement sur les conditions professionnelles de l'assuré ou sur sa capacité de travail dans son activité habituelle. On tiendra compte, également, de la date à laquelle l'assuré aura droit à une rente de vieillesse de l'AVS et atteindra ainsi la fin de la période considérée comme active en matière d'AI; dans le cas des femmes mariées, ce terme, comme la fin du droit aux mesures de réadaptation, est atteint lorsque l'assurée achève sa 60^e année.

Ce qui a tout spécialement attiré l'attention sur ces arrêts, c'est que le même acte médical, appliqué à la même affection (opération de la cataracte grise), a été jugé différemment. Le TFA ne s'est donc pas fondé seulement sur des critères médicaux, c'est-à-dire sur le caractère de l'affection et des mesures envisagées. Ainsi, le jugement du cas concret sera, désormais, bien plus nuancé que jusqu'à présent, et l'on devra tenir compte non seulement de considérations d'ordre médical, mais aussi d'ordre économique, sans oublier le but final de toutes les mesures de l'AI (voir à ce propos le commentaire publié dans la RCC 1963, p. 144). Bien qu'une large marge d'appréciation soit laissée aux commissions AI, les autorités juridictionnelles continueront à être très chargées, ce qui permettra avec le temps, par compensation, de consolider la pratique.

Citons ici, comme exemples du traitement proprement dit de l'affection: les actes médicaux en cas de diabète, de schizophrénie, d'épilepsie, d'ostéomyélite, de spondylolisthésis, de hernies discales. D'autre part, les opérations de la cataracte grise et de l'otosclérose peuvent représenter des mesures de réadaptation (RCC 1963, p. 126).

L'arrêt H. V. (RCC 1963, p. 122) se fonde sur des considérations analogues. Le TFA, invoquant l'article 5 LAI, admet qu'un acte médical appliqué à un

assuré mineur présente avant tout le caractère d'une mesure de réadaptation si l'absence de cet acte risque d'entraîner la persistance de séquelles ou un état stabilisé qui gênent la formation professionnelle ou diminuent la capacité de gain, et si, par conséquent, il semble indiqué, pour des raisons d'ordre professionnel, d'exécuter la mesure immédiatement. Dans ce cas, il est possible d'accorder des mesures médicales même pour des affections évolutives (cf. commentaire dans RCC 1963, p. 145).

Le TFA a maintenu sa jurisprudence fondée sur l'article 2 RAI, qui accorde seulement des actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée. Toutefois, la notion de « période limitée » doit être interprétée en tenant compte de toutes les circonstances, notamment du degré et de la durée prévisible de l'amélioration de la capacité de gain. On lui donnera une interprétation large, en particulier, lorsque l'assuré est jeune (arrêt F. G., RCC 1963, p. 164).

Dans un autre arrêt très intéressant (en la cause L. W., RCC 1963, p. 69), le tribunal a établi que l'enseignement d'orthophonie donné à un adulte peut être considéré comme une mesure médicale de l'AI s'il se révèle nécessaire à préserver la capacité de gain d'une diminution notable. Une question se pose à ce propos, il est vrai, celle du rapport entre cet enseignement et celui qui fait partie des mesures de formation scolaire spéciale.

b. Les mesures en cas d'infirmités congénitales

La jurisprudence relative à l'article 13 LAI n'a apporté que peu d'innovations. Relevons, comme spécialement important, l'arrêt B. Sch. (RCC 1962, p. 393), selon lequel la thérapie par cellules fraîches selon Niehans ou par cellules desséchées (Siccacell), en cas d'oligophrénie, ne représentent pas des mesures médicales reconnues efficaces par la science et ne sont donc pas des mesures nécessaires au sens de l'article 13 LAI.

En ce qui concerne la preuve du caractère congénital d'une infirmité, le tribunal a constaté qu'une probabilité prédominante suffisait.

La jurisprudence relative à la prise en charge du traitement des affections survenues par suite d'infirmités congénitales a également une certaine importance (arrêts D. H., RCC 1962, p. 343, et A. et R. W., 1963, p. 76). Le tribunal a reconnu, dans ce cas-là, que les suites immédiates d'infirmités congénitales (celles-ci représentant, ainsi, la seule cause de l'affection) se rattachent au complexe morbide congénital et que, par conséquent, l'AI doit en assumer le traitement. Dans l'arrêt A. et R. W., il s'agissait de la pneumonie de déglutition d'un enfant idiot, épileptique, sujet à des spasmes fréquents et souffrant d'une coordination défectueuse de la musculature de la déglutition.

Si les suites ne sont que médiate, c'est-à-dire si l'infirmité congénitale n'est pas la cause unique de l'état de chose à juger, il faut qu'il y ait au moins un rapport de causalité adéquat, c'est-à-dire que l'infirmité congénitale doit être propre, dans le cours normal des choses et selon l'expérience générale de la vie, à provoquer une autre affection (voir le commentaire dans RCC 1963, p. 102).

3. Les mesures professionnelles

Les prestations de l'AI pour des mesures d'ordre professionnel n'ont été l'objet que de quelques arrêts du TFA.

Pour fixer la limite entre la *formation professionnelle initiale* et le reclassement, il faut examiner si l'assuré a déjà exercé une activité lucrative; si oui, il y a reclassement. Des travaux occasionnels, tels que l'aide au ménage familial, la préparation à un métier, etc., ne sont pas réputés activité lucrative (RCC 1962, p. 348, et 1963, p. 127). Pour qu'il y ait reclassement, cependant, il ne faut pas nécessairement qu'il y ait eu apprentissage complet. Signalons ici un arrêt (RCC 1963, p. 166), dans lequel le tribunal a établi ce qui suit. Si un assuré reçoit une formation professionnelle, nécessitée par son invalidité, il n'y a pas lieu de se demander si le genre de cette formation (p. ex. formation dans un internat) a été choisi en raison de l'invalidité de l'assuré, à cause de son caractère ou pour des motifs d'ordre social; il suffit de montrer que sans cette formation, la capacité de gain future de l'assuré serait diminuée. A ce propos, le tribunal a déclaré que pour le calcul des frais, il fallait comparer l'apprentissage dans une école ménagère à l'apprentissage des travaux du ménage dans une famille, et qu'il fallait considérer seulement les dépenses nécessaires, mais non le salaire d'apprenti dont l'assuré est privé.

Si les conditions légales sont remplies, l'assuré a droit à une *aide en capital* (RCC 1962, pp. 122 et 437). Cependant, cette aide doit se révéler nécessaire pour une réadaptation judicieusement choisie. On ne peut la refuser sous prétexte que l'assuré pourrait aussi exercer une activité salariée. Bien entendu, la santé de l'assuré doit lui permettre d'exercer l'activité indépendante désirée (RCC 1963, p. 161).

L'assuré qui demande une aide en capital a droit à l'examen des circonstances déterminantes; l'administration et les autorités juridictionnelles apprécieront équitablement ses aptitudes à diriger sa propre entreprise (RCC 1962, p. 472) et pourront, ce faisant, faire preuve d'une certaine réserve (RCC 1962, p. 437).

4. La formation scolaire spéciale et les mesures en faveur des mineurs inaptes à recevoir une instruction

Un assuré qui est apte à fréquenter l'école publique dans une classe spéciale ou de développement ou qui suit une classe préliminaire pour se préparer à l'école publique (RCC 1963, p. 128) n'a pas droit à des subsides pour la formation scolaire spéciale, même s'il n'existe, à son lieu de domicile, aucune possibilité d'enseignement de ce genre (RCC 1962, p. 124).

Des contributions pour la formation scolaire spéciale, parallèlement à l'enseignement dans une école publique, ne sont accordées que pour des leçons de lecture labiale (enfants durs d'oreille) et d'orthophonie (enfants atteints de difficultés d'élocution), comme le tribunal l'a rappelé dans l'arrêt P. K. (RCC 1962, p. 288). A ce propos, le tribunal a constaté qu'un assuré atteint d'une grave faiblesse de la vue ne pouvait recevoir un enseignement approprié que dans une école spéciale pour aveugles et faibles de la vue.

N'a pas droit à des contributions aux frais d'école l'assuré qui bénéficie des mesures, prévues à l'article 11 RAI, permettant la fréquentation de l'école publique (transport quotidien à l'école ou repas et logement hors de la maison). Dans ce cas, l'assuré n'a droit qu'aux contributions prévues par cette disposition (RCC 1963, p. 218). Les frais de transport doivent, cependant, être nécessités par l'invalidité (RCC 1963, p. 128), c'est-à-dire que l'assuré doit être infirme moteur.

On considère comme formation scolaire spéciale non seulement un enseignement adapté à l'infirmité, mais aussi un enseignement spécial, donné pendant ou après l'âge scolaire, qui est jugé nécessaire si une interruption de l'école d'une certaine durée, même pendant une partie seulement d'une année scolaire, nuit à tel point à la formation scolaire et y laisse de telles lacunes que la formation future, donc aussi la capacité de gain, en souffriraient (RCC 1962, p. 351). En revanche, un assuré qui doit seulement redoubler une classe n'a pas droit à des subsides (RCC 1962, p. 399).

L'octroi d'une contribution aux frais de pension, en plus de la contribution aux frais d'école, n'est possible que si les repas et le logement reçus hors de la maison sont nécessités par la formation scolaire spéciale, mais non par des mesures médicales appliquées en même temps (RCC 1962, p. 345, et 1963, p. 77).

Ne donne droit à des subsides que l'enseignement reçu d'un personnel enseignant spécialement formé. La collaboration de la mère fait partie des devoirs ordinaires d'une mère et ne donne pas droit à des subsides (RCC 1962, p. 473; art. 275, 2^e al., CCS).

Pour savoir si un mineur est apte ou inapte à recevoir une instruction et a droit aux contributions en vertu de l'article 19 ou de l'article 20 LAI, il faut, selon la jurisprudence, procéder comme suit. La notion d'aptitude à recevoir une formation (scolaire ou autre) doit être interprétée très largement. On admet qu'une telle aptitude existe lorsqu'on a affaire à un assuré dont il est possible de développer tant soit peu les facultés, à condition qu'il possède une capacité d'assimilation minimum (RCC 1963, p. 29). Si l'inaptitude à recevoir une instruction n'est pas manifestement établie, il faudra entreprendre d'abord un essai de formation scolaire spéciale (arrêt U. L., RCC 1963, p. 26, et commentaire p. 52).

Plusieurs arrêts ont étudié la question du montant de la contribution aux soins à domicile des mineurs incapables de recevoir une instruction; ils se sont fondés sur les principes déjà fixés par la jurisprudence. Les frais de médecin et de médicaments ne doivent pas être pris en compte (RCC 1962, p. 476).

5. La remise de moyens auxiliaires

La remise de moyens auxiliaires est, elle aussi, en vertu de l'article 9 LAI, liée à la condition que l'infirmité ait une influence déterminante sur la capacité de gain. La plupart des arrêts de 1962 relatifs à cette mesure concernent la remise de véhicules à moteur.

L'activité de l'assuré ne peut, en principe, être considérée comme suffisante pour couvrir les besoins de celui-ci (art. 15, 2^e al., RAI) que si le gain obtenu permet de couvrir les frais d'entretien du véhicule.

Dans le cas d'un agent d'assurance invalide, qui avait demandé la remise d'une automobile, le tribunal a considéré comme chemin du domicile au lieu de travail, au sens des articles 15 et 16 RAI, le trajet effectué pour visiter la clientèle, à condition d'admettre que cet assuré n'aurait pas eu besoin d'un véhicule à moteur pour la même activité en n'étant pas invalide (arrêt W. J., RCC 1963, p. 130, et commentaire p. 211). Un invalide salarié n'a pas droit à une aide en capital pour financer l'achat d'une automobile (RCC 1962, p. 210).

Le tribunal a admis que l'AI accorde à un assuré non la prise en charge totale des frais d'acquisition d'une automobile, mais seulement une contribution à ces frais, calculée sur la base des frais d'acquisition d'une petite automobile d'un modèle simple et adéquat, telle que l'AI l'aurait remise.

Les frais de réparation ne sont pris en charge par l'AI que dans la mesure où ils ont été occasionnés par des trajets nécessaires à l'exercice de l'activité lucrative, et s'ils atteignent un montant supérieur à quelques francs par mois en moyenne. Des frais s'élevant à 8 francs par mois sont considérés comme de menus frais.

Un assuré borgne, dont l'œil voyant est très faible, et qui fréquente une école de commerce publique, a obtenu de l'AI une machine à écrire, grâce à laquelle il est en mesure de suivre les cours. Cet assuré, en effet, ne peut lire des notes manuscrites, mais parvient, quoique avec peine, à déchiffrer des caractères d'imprimerie (arrêt P. F., RCC 1962, p. 211).

Le TFA a considéré comme mesure d'adaptation d'un moyen auxiliaire ou prestation accessoire les soins d'un membre amputé nécessaires à l'exercice d'une activité lucrative (RCC 1963, p. 79).

De même, il a admis que l'adaptation des vêtements nécessitée par le port d'une prothèse du bras faisait partie de la confection du « modèle adéquat » de la prothèse, afin que celle-ci satisfasse également, au besoin, à des exigences d'ordre esthétique; ce modèle adéquat est pris en charge par l'assurance en vertu de l'article 21, 2^e alinéa, LAI (arrêt U. St., RCC 1963, p. 30, et commentaire p. 103).

Deuxième partie

Les prestations en espèces¹

L'année 1962 a été caractérisée à nouveau par une abondante jurisprudence en matière de prestations en espèces. Si de nombreux arrêts ont confirmé les principes fondamentaux que le Tribunal fédéral des assurances (TFA) avait déjà fixés — notamment en ce qui concerne les notions d'invalidité et d'impotence,

¹ D'après l'exposé présenté par M^e Antille, de l'Office fédéral des assurances sociales, lors de la conférence annuelle des commissions AI, le 28 février 1963.

ainsi que les règles prévues pour l'évaluation de l'une et de l'autre — d'autres ont apporté les éclaircissements nécessaires sur des questions demeurées jusqu'alors indécises, telles que la distinction fondamentale entre les notions d'invalidité permanente et de maladie de longue durée, le problème du refus et de la réduction des prestations et la notion de cas pénible, pour ne citer que les questions les plus importantes.

D'une manière générale, on notera que la plupart des arrêts rendus en matière de prestations en espèces se rapportent au domaine des rentes et plus particulièrement aux règles de l'évaluation de l'invalidité; c'est aussi à ce domaine que sera consacré l'essentiel du présent exposé. Pour le surplus, nous jetterons un bref coup d'œil tout d'abord sur la jurisprudence rendue en matière d'indemnités journalières, puis, en fin d'exposé, nous ferons un rapide bilan de la situation en matière d'allocations pour impotents.

A. LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

I. Le droit aux indemnités

Du point de vue du droit à l'indemnité journalière, nous retiendrons l'arrêt E. K., du 27 août 1962 (RCC 1963, p. 35). Appelé à se prononcer sur la question du droit de l'assuré à une indemnité journalière pendant la période où celui-ci attend que son état de santé soit suffisamment stabilisé pour permettre l'adaptation d'une prothèse, le TFA a relevé notamment que:

a. l'indemnité est accordée en principe si l'assuré est empêché par des mesures de réadaptation d'exercer une activité lucrative;

b. un tel rapport de causalité n'est toutefois pas nécessaire lorsque l'assuré présente une incapacité de gain de la moitié au moins; dans ce cas, toutefois, le droit à l'indemnité n'existe que durant la période où des mesures de réadaptation sont appliquées, ou durant la période où l'assuré attend qu'elles soient appliquées.

L'attente ne doit toutefois pas être conditionnée par l'état de santé de l'assuré, mais par des raisons étrangères à celui-ci (tel que le manque de place dans un centre de réadaptation). Dans la première hypothèse, en effet, l'indemnité ne saurait être accordée à défaut de l'octroi de mesures de réadaptation (ce serait contraire au caractère accessoire de l'indemnité journalière), tandis que, dans la deuxième hypothèse, l'indemnité est justifiée du fait que l'assuré ne saurait en principe subir les conséquences du retard mis à l'application de mesures préalablement ordonnées, lorsque ce retard est absolument indépendant de sa volonté ou de son état de santé.

L'assuré qui attend la guérison d'un moignon d'amputation, afin de pouvoir adapter une prothèse accordée par l'AI, n'a dès lors pas droit à une indemnité.

II. Le rapport de l'indemnité journalière avec d'autres prestations de l'AI

Le TFA a examiné le problème du cumul des contributions pour frais de nourriture et de logement, auxquelles a droit en principe un assuré qui bénéficie d'un reclassement professionnel, avec les indemnités journalières (art. 6, 2^e al., RAI). Dans un premier arrêt en la cause G. R., du 7 avril 1962 (RCC 1962, p. 396), il a relevé que le droit à des contributions pour frais de nourriture et de logement était soumis à la double condition que l'assuré encoure de tels frais *hors de chez lui*, et que lesdits frais ne soient pas couverts par le salaire touché et les indemnités journalières accordées. Considérant en l'occurrence que l'assuré touchait, outre un salaire mensuel de 400 francs, des indemnités journalières de 192 francs, puis, à la suite de son mariage, de 324 francs par mois, et disposait ainsi de ressources suffisantes, le TFA a dénié le droit à une contribution supplémentaire au sens de l'article 6 RAI.

Examinant cette même question dans un arrêt ultérieur en la cause C. A., du 26 novembre 1962 ¹, le TFA, ayant relevé une divergence entre les textes français et allemand de l'article 6, 2^e alinéa, RAI, a précisé comme suit les conditions mises à l'octroi d'une contribution spéciale pour frais de nourriture et de logement, lorsque l'assuré n'est pas interne dans un établissement de formation professionnelle:

- l'assuré doit être obligé de prendre sa nourriture et son logement « hors de chez lui » (par quoi il faut entendre « hors du foyer familial ou conjugal »);
- cette obligation doit résulter de l'application de mesures de réadaptation;
- enfin, les frais qui en résultent ne doivent pas être couverts par les indemnités journalières et le salaire.

En revanche, le simple fait qu'un assuré célibataire verse à ses parents une pension mensuelle à titre de contribution aux frais de nourriture et de logement n'est pas de nature à justifier l'octroi de la contribution spéciale prévue à l'article 6, 2^e alinéa, RAI.

B. LES RENTES

I. La notion d'invalidité

1. *L'incapacité de gain permanente et l'incapacité de gain de longue durée*

Dans plusieurs arrêts fondamentaux, le TFA a été amené à préciser les notions d'incapacité de gain permanente et d'incapacité de gain de longue durée. Bien que cette distinction soit décisive en premier lieu pour déterminer le début du droit à la rente, nous avons jugé préférable de l'aborder dans ce chapitre, car elle touche à la définition même de l'invalidité.

¹ RCC 1963, p. 216.

La difficulté de la distinction entre l'incapacité de gain permanente et l'incapacité de gain de longue durée (ou l'incapacité de travail due à une maladie de longue durée) est apparue d'une manière particulièrement frappante à propos d'assurés atteints d'une affection maligne ayant entraîné la mort à plus ou moins brève échéance. Dans les divers cas qui ont été soumis au TFA, les commissions de recours étaient généralement d'avis qu'à partir du moment où l'affection avait atteint son stade final, obligeant l'assuré à cesser définitivement toute activité, il y avait lieu d'admettre l'existence d'une incapacité de gain permanente ouvrant droit à une rente. Le premier arrêt consacré à cette question (en la cause M. S., du 22 septembre 1962, RCC 1963, p. 83) concernait un assuré qui, atteint d'une affection cancéreuse au cours de l'été 1960, avait cessé toute activité en septembre de la même année et était décédé en février de l'année suivante. Le TFA a jugé que « l'incapacité de gain peut être présumée permanente lorsque l'état de santé physique ou mentale de l'assuré est suffisamment stabilisé pour laisser prévoir que l'incapacité s'étendra vraisemblablement à toute la période normale d'activité, compte tenu des probabilités moyennes de vie de la classe d'âge, et que la capacité ne pourra être rétablie entièrement ou dans une mesure notable par des mesures de réadaptation ». Partant de cette définition, il en a déduit que, tant que se manifeste un processus pathologique non stabilisé, tel qu'une affection aiguë (notamment une affection maligne), on ne saurait admettre l'existence d'une invalidité permanente au sens de la première hypothèse de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, et qu'une telle invalidité devait être niée dans les cas de maladies évolutives, telle qu'une affection cancéreuse.

L'assuré qui ne présente pas une incapacité permanente de gain peut néanmoins prétendre une rente s'il remplit les conditions d'une *incapacité de gain de longue durée*, prévue, comme deuxième hypothèse, à l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI. Une telle incapacité est donnée si les conditions suivantes sont remplies:

a. L'assuré doit être frappé d'une incapacité totale de travail durant 360 jours consécutifs

L'existence d'une incapacité *totale* de travail ne doit pas être admise trop facilement; il faut au contraire une preuve stricte. Le TFA considère qu'une telle preuve est fournie lorsque l'assuré est hospitalisé ou doit s'aliter à la suite d'une maladie ou d'un accident (RCC 1962, p. 353).

Selon l'article 29 RAI, une reprise du travail n'excédant pas 30 jours n'est pas réputée avoir interrompu la période de 360 jours d'incapacité. Le TFA a reconnu le bien fondé de cette disposition réglementaire (RCC 1963, p. 229); il a estimé toutefois que ce délai de 30 jours constituait une marge de tolérance maximale et qu'ainsi, une reprise du travail partielle (50 pour cent), durant deux mois, avait interrompu la période de 360 jours.

b. L'assuré doit présenter encore une incapacité de gain de la moitié au moins

Il est sans importance, à cet égard, que l'incapacité de gain consécutive soit de courte durée. Ainsi, le TFA a jugé qu'une incapacité de gain ayant duré un mois et demi est suffisante pour fonder le droit à une rente (RCC 1963, p. 131). « Il

y a lieu de considérer, dit le TFA, que, lorsque le délai de 360 jours d'incapacité totale de travail est écoulé, la condition d'incapacité de gain de longue durée au sens de l'article 4 LAI est réalisée, en sorte qu'il importe peu que cette incapacité se maintienne encore durant un laps de temps déterminé ».

En outre, pour déterminer l'existence d'une incapacité de gain résiduelle d'au moins 50 pour cent, on fera abstraction de toute activité qu'on ne saurait raisonnablement exiger de l'assuré. Ainsi, on ne tiendra pas compte de l'activité occasionnelle qu'un assuré tuberculeux a exercée pendant un certain temps à l'encontre des prescriptions formelles du médecin traitant (RCC 1963, p. 225).

2. *L'atteinte à la santé mentale*

Le TFA a jugé une série de cas de psychopathes et de névrosés. D'une manière générale, il a confirmé les principes qu'il avait posés précédemment (RCC 1961, p. 382 et 1962, p. 199). Nous relèverons toutefois les précisions suivantes :

La *psychopathie* doit être distinguée des tendances criminelles ou délictuelles. De telles tendances ne sont pas assimilables à une atteinte à la santé mentale, et l'incapacité de travail due à l'inactivité d'un criminel placé dans un établissement correctionnel ne constitue pas une invalidité au sens de l'article 4 LAI. Le TFA a dès lors jugé que lorsqu'un psychopathe, qui présente au surplus une tendance à la criminalité, doit être interné, il importe d'examiner si l'internement n'a pas été rendu nécessaire par son comportement criminel ou délictuel, auquel cas l'existence d'une invalidité doit être niée.

En ce qui concerne les *névrosés*, le TFA insiste dans plusieurs arrêts sur la nécessité de distinguer les cas typiques de névrose des simples défauts de caractère ou d'une capacité intellectuelle réduite. Ainsi, le TFA a précisé qu'un « assuré atteint dans sa santé physique ne peut invoquer une invalidité supérieure à celle résultant de cette atteinte, en raison de difficultés économiques auxquelles son caractère ou ses capacités intellectuelles l'empêcheraient de faire face ». Dans un autre arrêt, le TFA a jugé en outre que lorsqu'un assuré, à la suite d'un accident ayant entraîné une invalidité permanente de 10 pour cent au maximum, refuse de reprendre une activité par manque de courage, par paresse ou pour d'autres difficultés du même genre, il y a lieu de nier l'existence d'une invalidité permanente de la moitié au moins, sans qu'il soit nécessaire d'examiner au surplus s'il existe une névrose.

II. Rente et réadaptation

Il convient de rappeler ici les deux principes fondamentaux qui ont été confirmés dans une jurisprudence constante par le TFA, à savoir :

- la priorité des mesures de réadaptation sur les rentes ;
- l'examen d'office des possibilités de réadaptation, sans égard aux propositions de l'assuré.

L'application de ces principes aux cas particuliers est facilitée par la sanction de l'article 31 LAI. Toutefois, une telle sanction ne peut être prononcée

qu'à certaines conditions; selon la jurisprudence du TFA, ces conditions sont les suivantes:

- a. L'assuré refuse l'application de mesures auxquelles on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette*

On peut ainsi exiger d'un assuré, âgé d'une quarantaine d'année, qu'il quitte momentanément le milieu familial où il effectue de menus travaux agricoles qui ne correspondent pas à sa capacité de travail résiduelle, pour se prêter à une réadaptation susceptible de lui procurer une activité lucrative convenable (RCC 1962, p. 402). En d'autres termes, des motifs purement subjectifs ne suffisent pas à rendre les mesures de réadaptation inexigibles;

- b. L'assuré doit avoir été rendu attentif aux conséquences de son refus (RCC 1962, p. 479);*

- c. Son refus ne doit pas provenir d'une névrose traumatique qui l'empêcherait de faire l'acte de volonté nécessaire*

Dans l'arrêt L. V., du 1^{er} mars 1962 (RCC 1963, p. 36), le TFA s'est occupé d'un assuré qui, atteint d'une cécité progressive, refusait de se soumettre à des mesures de réadaptation qui paraissaient objectivement indiquées. Le TFA a jugé que si le refus avait pour origine un défaut caractériel, entretenu ou développé par son entourage, l'assuré devait supporter les conséquences de son refus. Si en revanche le refus avait pour origine unique ou prépondérante une névrose qui se serait installée à la suite de la cécité, l'exigibilité des mesures de réadaptation devenait douteuse; elle devait être niée dès l'instant qu'elle empêcherait l'assuré de faire l'acte de volonté nécessaire.

III. L'évaluation de l'invalidité

1. La notion du cas pénible

Le TFA a précisé pour la première fois dans l'arrêt B. R., du 26 février 1962 (RCC 1962, p. 291), ce qu'il fallait entendre par « cas pénible » au sens de l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI. Reprenant dans l'essentiel la notion adoptée par la pratique administrative, il a admis qu'il y a cas pénible lorsque, nonobstant sa capacité de gain supérieure à 50 pour cent et compte tenu de l'ensemble des ressources des personnes tenues à entretien 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 qui il a une obligation d'entretien, et cela en raison de circonstances économiques ou sociales particulières, telles que de lourdes charges de famille ou des frais médicaux indispensables et exceptionnellement élevés.

Partant de cette définition, le TFA a jugé que le cas d'un assuré, père de trois enfants mineurs, qui gagne 500 francs par mois, touche une pension de la CNA de 200 francs par mois et dispose d'une fortune mobilière de 40 000 francs n'était pas un cas pénible. De même, la situation difficile dans laquelle se met volontairement une assurée, qui renonce à la profession apprise (brodeuse) et à l'activité parfaitement adaptée à son invalidité (amputée d'une

jambe jusqu'au genou) pour se mettre au service de ses parents, ne constitue pas non plus un cas pénible (RCC 1963, p. 133). N'est pas davantage pénible le cas d'une assurée qui, bien qu'ayant des frais médicaux relativement élevés, gagne 3500 francs par année, peut compenser une partie de son loyer avec le revenu d'une sous-location, dispose au surplus d'une fortune en titres de 9000 francs, et préfère aller se faire soigner chez un chiropraticien à Genève alors qu'elle habite Lausanne.

2. La détermination des revenus à prendre en compte

Dans les grandes lignes, le TFA a confirmé les principes qu'il avait fixés dans sa jurisprudence antérieure. Il suffit de relever ici les quelques particularités présentant un certain intérêt.

a. Le revenu que l'assuré pourrait obtenir sans son invalidité

D'une manière générale « il convient de considérer la formation et les aptitudes professionnelles de l'assuré, ainsi que l'activité qu'il exerçait avant d'être invalide ». Le gain ainsi déterminé n'excédera pas, en règle générale, le revenu moyen réalisé dans la même profession ou dans la même industrie. Ainsi, pour évaluer l'invalidité d'une assurée qui a dû abandonner la profession de vendeuse par suite de crises de schizophrénie, on prendra en compte le revenu moyen d'une vendeuse qualifiée, et non pas le salaire maximum de certaines vendeuses ou de comptables. De même, pour fixer le revenu d'un assuré qui tient une petite cordonnerie dans une région rurale, on ne saurait partir d'un revenu théorique de 10 000 francs par année; étant donné la situation géographique de l'entreprise et son état précaire, il faut admettre que le revenu n'aurait pas atteint 8000 francs.

On sait que, pour déterminer le revenu hypothétique d'assurés devenus invalides dans leur enfance, il y a lieu de prendre en compte les salaires moyens d'ouvriers qualifiés ou semi-qualifiés, tels qu'ils résultent des tables publiées par l'OFAS. Cette règle a été confirmée par le TFA dans plusieurs arrêts (RCC 1962, p. 291, et 1963, p. 220). Il y a lieu de relever toutefois les restrictions suivantes:

- cette règle n'est applicable qu'aux assurés qui ont été empêchés d'acquérir des connaissances professionnelles suffisantes *en raison de leur invalidité*. Lorsque ce lien de causalité fait défaut, la règle susmentionnée n'est pas applicable.
- cette règle vise les cas d'assurés qui auraient exercé une *activité salariée* s'ils n'avaient pas été invalides. En revanche, lorsqu'il s'agit de déterminer l'invalidité d'une personne exerçant une activité indépendante, on ne saurait prendre en considération le salaire moyen obtenu par des ouvriers qualifiés ou semi-qualifiés et comparer ce revenu à celui qu'un assuré indépendant retire de l'exercice de sa profession.
- enfin, cette règle n'est pas absolue. *Il est possible d'y déroger* s'il apparaît probable que l'intéressé aurait suivi une carrière déterminée, susceptible de lui procurer un revenu différent du salaire moyen d'ouvriers qualifiés ou semi-qualifiés. Il faut toutefois qu'il existe des indices sérieux en ce sens. Le TFA a ainsi admis, sur la base de renseignements fournis par l'employeur qui

connaissait l'assuré de longue date, que celui-ci aurait pu apprendre la profession de maçon ou de dessinateur en construction s'il n'était pas devenu invalide, et il a pris pour terme de comparaison le salaire moyen d'un maçon dans le même canton (arrêt F. M., du 12 octobre 1962, RCC 1963, p. 220).

b. Le revenu que l'assuré peut encore obtenir en étant invalide

La loi prévoit comme deuxième élément de comparaison le revenu *hypothétique* que l'invalide pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on est en droit d'attendre de lui. En fait, la jurisprudence du TFA montre qu'il faut s'en tenir le plus souvent au revenu *effectif* que gagne l'invalide. Ce qui était à l'origine une exception est ainsi devenu règle, dans les cas tout au moins où l'assuré doit être considéré comme réadapté à la vie économique (cf. arrêt B. R., du 26 février 1962, RCC 1962, p. 291).

Du gain effectif doivent être déduits les frais d'obtention du revenu. Une telle déduction n'est toutefois admissible que si les frais en question sont *nécessaires et conditionnés* par l'invalidité. Ainsi, dans le cas d'un aveugle qui doit se rendre en autobus à son lieu de travail, où il prend aussi le repas de midi, seuls les frais y relatifs peuvent être déduits, mais non pas, en revanche, les prétendus frais d'accompagnement de l'épouse jusqu'à l'autobus.

La prise en compte d'un revenu autre que le revenu effectif est de règle dans deux hypothèses:

- l'assuré exerce une activité qui ne correspond de loin pas à sa capacité de travail résiduelle. C'est ainsi qu'on prendra en compte le revenu que pourrait réaliser dans un atelier protégé un assuré souffrant d'une tuberculose pulmonaire, d'une otite chronique et de séquelles d'une kératite parenchymateuse chronique, même s'il n'exerce en fait aucune activité.
- Inversement, on ne tiendra pas compte des prestations sociales («*Soziallohn*») qui ne représentent pas la contre-valeur d'un travail. Toutefois, on admettra que la rémunération d'un employé comprend une telle prestation *seulement si le caractère bénévole de la prestation ressort clairement des rapports particuliers de service*. Un tel caractère fait ainsi défaut lorsqu'un assuré touche un salaire horaire qui est inférieur de 1 fr. 50 à celui d'un ouvrier ordinaire de la même entreprise.

3. Les cas spéciaux

a. Les paysans

L'évaluation de l'invalidité des paysans a donné lieu à une abondante jurisprudence. D'une manière générale, il y a lieu de s'en tenir aux règles fixées pour l'évaluation de l'invalidité des chefs d'entreprise. Ainsi, pour estimer le gain que l'assuré peut encore réaliser depuis qu'il est devenu invalide, le *gain effectif* moyen jouera très souvent un rôle déterminant, autant que rien n'amène à conclure que ce gain n'est pas réduit pour des motifs subjectifs à un niveau bien inférieur à celui que l'assuré pourrait réaliser. Pour fixer le gain *hypothétique*, il y a lieu de tenir compte des circonstances particulières de chaque cas (telles qu'aptitudes professionnelles, genre d'activité, développement de l'entreprise

avant et depuis la survenance de l'invalidité). La situation existant dans des entreprises similaires fournira fréquemment des indices utiles.

S'agissant plus particulièrement d'entreprises familiales, il y a lieu de déduire du revenu fiscal l'intérêt du capital placé dans l'entreprise et de tenir compte de la collaboration nécessaire des proches avant et depuis la survenance de l'invalidité (RCC 1962, p. 481). Au surplus, il faut considérer la situation de l'entreprise (en plaine ou en montagne), son degré de motorisation, ainsi que le genre de production auquel elle est plus particulièrement affectée (agriculture, élevage du bétail). Ainsi, le TFA a refusé une rente à un agriculteur dont l'entreprise était équipée de nombreuses machines aratoires, ainsi qu'à un autre agriculteur qui, à la tête d'une entreprise de moyenne importance, pouvait, nonobstant une jambe paralysée, traire son bétail et conduire un tracteur (RCC 1963, p. 81).

Il peut arriver, toutefois, qu'il s'avère impossible de déterminer à coup sûr les revenus hypothétiques servant de comparaison. En pareil cas, l'invalidité peut être évaluée à partir des répercussions de l'atteinte physique sur la faculté d'effectuer les travaux usuels de l'exploitation (RCC 1962, p. 481). Ainsi, pour évaluer l'invalidité d'un petit paysan de la montagne, le TFA a tenu compte des répercussions de l'atteinte à la santé sur la faculté de se mouvoir et des conséquences qui en découlent. Il a par exemple accordé une demi-rente à un assuré qui, selon les déclarations du médecin traitant, ne pouvait se lever sans aide après la traite du bétail et était incapable de fournir une activité suivie aux champs (RCC 1962, p. 441).

b. Les ménagères

En ce domaine, le TFA a confirmé dans l'essentiel les principes qu'il avait fixés dans ses premiers arrêts. On notera toutefois les particularités suivantes:

- en ce qui concerne la distinction à opérer entre les « maîtresses de maison » et les « femmes actives », le TFA tient compte non seulement du critère *économique* (situation financière du couple), mais aussi de l'*importance numérique* de la famille. Il a ainsi jugé qu'une mère de famille qui doit s'occuper de l'éducation de quatre enfants en bas âge n'aurait vraisemblablement pas exercé une activité lucrative si elle n'était pas devenue invalide.
- l'importance de l'activité ménagère de l'épouse prime généralement son activité dans l'entreprise du mari. Le TFA a ainsi jugé que cette dernière activité devait être considérée comme de moindre importance chez une assurée qui a la charge du ménage de trois personnes adultes (RCC 1963, p. 223).

IV. La revision de la rente

Cette question, qui n'offre en soi pas de problèmes particuliers importants, a donné lieu cependant à quelques remarques de la part du TFA.

- a. Il y a lieu notamment de procéder à une revision de la rente:
- lorsqu'une modification sensible de l'invalidité, susceptible d'influencer le droit à la rente, est survenue. Tel est le cas lorsque, à la suite d'une réadap-

tation professionnelle, l'assuré, dont l'invalidité avait été évaluée primitivement à 40 pour cent (avec octroi d'une rente pour cas pénible), voit son invalidité ramenée à 28 pour cent (RCC 1963, p. 222).

- lorsque le mode d'évaluation de l'invalidité vient à se modifier. Tel peut être le cas si une jeune fille, qui avait été considérée comme personne active pour l'évaluation de son invalidité, se marie et doit être considérée dès lors comme ménagère (RCC 1962, p. 483).

b. La modification de l'invalidité doit avoir été *imprévisible*. Dans un arrêt, le TFA a précisé, en effet, que les « commissions AI doivent évaluer l'invalidité en tenant compte dans une mesure raisonnable de toute évolution prévisible et prochaine; la revision selon l'article 41 LAI étant réservée en principe aux seuls cas de modification qui ne pouvaient être prévus ou dont la survenance se trouvait située dans un avenir par trop lointain ». Il s'ensuit que la modification de l'invalidité doit être postérieure à la première évaluation (cette question sera examinée dans le chapitre « L'allocation pour impotent »).

c. Du point de vue des effets de la revision, le TFA a confirmé le principe selon lequel la revision doit prendre effet déjà à partir de la modification déterminante de l'invalidité, lorsque l'assuré a manqué au devoir de renseigner les organes de l'AI.

V. Divers

1. Le refus et la réduction des prestations

L'article 7 LAI, qui prévoit que les « prestations en espèces peuvent être refusées, réduites ou retirées, temporairement ou définitivement, à l'assuré qui a intentionnellement ou par sa faute grave causé ou aggravé son invalidité », a été l'objet de deux arrêts de principe:

a. Dans l'arrêt J. B., du 21 mai 1962 (RCC 1962, p. 404), le TFA s'est occupé d'un assuré devenu invalide par suite d'alcoolisme chronique. Confirmant la jurisprudence qu'il avait rendue en matière d'assurance obligatoire contre les accidents et d'assurance militaire, il a jugé que l'alcoolisme chronique constituait une faute grave, justifiant une sanction. Cette sanction est en règle générale la *réduction* de la rente, dont la mesure doit être appréciée selon les circonstances de chaque cas; dans le cas concret, et malgré certaines circonstances atténuantes, le TFA a prononcé une réduction de 50 pour cent.

Il est à remarquer cependant que le TFA n'exclut pas, en matière d'AI, la possibilité d'un refus de toute rente, à titre exceptionnel il est vrai, si

- la faute de l'assuré peut être qualifiée de *particulièrement grave* (« eine krass grobfahrlässige Herbeiführung der Invalidität »), et
- si, en regard des circonstances *économiques* de l'assuré, une telle sanction ne semble pas trop rigoureuse.

Quelles que soient la nature et l'étendue de la sanction prononcée à l'égard de l'assuré « coupable », cette sanction ne saurait cependant toucher les presta-

tions complémentaires revenant aux proches de celui-ci, qui n'ont rien à se reprocher.

b. Dans l'arrêt A. D., du 8 novembre 1962 (RCC 1963, p. 225), le TFA a examiné s'il y avait lieu de réduire la rente revenant à un assuré tuberculeux qui avait quitté prématurément le sanatorium et repris une activité lucrative médicalement contre-indiquée, au risque d'aggraver son état de santé. Partant de la définition de la *faute grave*, telle qu'il l'avait admise dans les autres domaines des assurances sociales, et qui consiste en une omission de règles de prudence élémentaire que tout homme raisonnable eût observées dans les mêmes circonstances, pour éviter des conséquences dommageables prévisibles dans le cours naturel des choses, le TFA a considéré que les deux conditions (objective et subjective) que recouvre cette définition étaient réalisées en l'espèce, en sorte qu'il y avait lieu d'appliquer une sanction. Tenant compte de l'ensemble des circonstances du cas, notamment du fait que l'assuré avait finalement réintégré le sanatorium, le TFA a réduit la rente de l'assuré (mais non des proches) de 30 pour cent jusqu'à la fin du mois qui a précédé son retour au sanatorium.

2. La conséquence du dépôt tardif de la demande

Dans l'arrêt F. L., du 15 décembre 1962 (RCC 1963, p. 233), le TFA a précisé que le délai de six mois prévu pour le dépôt de la demande était un délai de droit strict, emportant en principe des effets absolus. Il n'a cependant pas exclu la possibilité d'une restitution dudit délai, notamment dans les cas où l'assuré a été empêché d'agir dans le délai utile pour des raisons majeures (telles que, p. ex. une maladie grave). En revanche, une simple ignorance de la loi n'est pas un motif de restitution suffisant.

C. L'ALLOCATION POUR IMPOTENT

1. La notion d'impotence

Si la notion d'impotence n'appelle aucune remarque particulière, le TFA a précisé le *caractère* et de l'impotence et de l'allocation.

a. Le TFA a jugé (cf. RCC 1963, p. 176) que l'impotence supposait en principe un *état présumé permanent*. Cela signifie que si, par suite de maladie passagère, l'assuré est momentanément impotent (alité, par exemple), il ne peut être mis au bénéfice d'une allocation. En d'autres termes, la règle des 360 jours fixée à l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI n'est pas applicable par analogie au domaine des allocations pour impotents.

b. L'allocation pour impotent est une *prestation complémentaire à la rente*, entrant en considération lorsque certaines conditions spécifiques sont réalisées. Il en résulte qu'en principe — et hormis l'exception mentionnée ci-dessus — la réglementation applicable aux rentes s'étend également au domaine des allocations pour impotents. Ainsi, la règle de l'article 48, 2^e alinéa, LAI concernant le délai est également applicable aux allocations pour impotents (RCC 1963, p. 177).

2. Le degré d'impotence

La jurisprudence montre que, d'une manière générale, le TFA est assez restrictif en ce qui concerne l'admission d'une impotence de degré moyen, voire de faible degré. A titre d'exemples, on relèvera les cas de personnes atteintes de cécité. Partant de l'expérience reconnue qu'un aveugle parvient, à plus ou moins brève échéance, à s'adapter à son état et à accomplir la plupart des fonctions les plus usuelles de la vie, le TFA, se fondant sur la jurisprudence antérieure en matière d'assurance-accidents et d'assurance militaire, a jugé que la cécité n'impliquait pas forcément une impotence. Il a accordé une allocation d'un tiers à un assuré qui avait perdu la vue progressivement, du fait qu'à la suite de son divorce, sa vie privée était quelque peu désorganisée. Le TFA enjoignait toutefois à la commission AI de revoir le cas dès que les nouvelles conditions de vie se seraient stabilisées.

3. La revision de l'allocation pour impotent

Dans l'arrêt A. P., du 30 novembre 1962 (RCC 1963, p. 231), le TFA a tranché une importante question de principe, ayant trait à la date de la revision. Alors que la commission AI avait estimé que l'assuré ne présentait pas une impotence justifiant l'octroi d'une rente, la commission de recours, se fondant sur un certificat médical établi postérieurement à la date du prononcé de la commission, mais faisant état d'une aggravation de l'impotence de l'assuré antérieure à cette date, avait mis l'assuré au bénéfice de l'allocation dès la date présumée de l'aggravation. Appelé à se prononcer sur la question, le TFA précisa que le bien-fondé du prononcé de la commission AI devait être jugé d'après les circonstances existant au moment où ce prononcé avait été rendu; seul l'état de fait et de droit existant à cette date entraînait en ligne de compte. Or, comme à cette date le dossier constitué par la commission ne faisait pas apparaître que l'assuré fût impotent à un degré suffisant, la décision de ladite commission était justifiée. En revanche, il convenait de reprendre l'étude du cas pour la période postérieure au prononcé.

Troisième partie

La procédure¹

Les lignes ci-dessous sont consacrées tant à la procédure administrative qu'à la procédure juridictionnelle en matière d'AI. Quant à la question de la reconsidération des décisions de caisses passées en force, elle est l'objet d'un article séparé qui paraîtra dans un prochain numéro de la RCC.

¹ Traduction de l'exposé présenté par M^e Gfeller, de l'Office fédéral des assurances sociales, lors de la conférence annuelle des commissions AI, le 28 février 1963.

1. La qualité pour présenter la demande (art. 46 LAI et 66 RAI)

En vertu de l'article 66 RAI, le conjoint de l'assuré a qualité pour exercer les droits de ce dernier envers l'AI. Comme l'a exposé le TFA, il peut agir soit en son propre nom, à côté de l'assuré, soit au nom de l'assuré lui-même, mais seulement dans la mesure où celui-ci n'a pas déjà disposé de ses droits. C'est pourquoi le TFA a rejeté la demande d'un mari qui, contrairement à la volonté expresse de sa femme invalide, exigeait que la rente AI lui fût versée à elle plutôt qu'au service de l'assistance. A cette occasion, le tribunal a déclaré applicables par analogie, en procédure de recours et d'appel, les principes admis en matière d'exercice du droit à la rente. De ce fait, le conjoint peut certes agir en son propre nom, mais son pouvoir est limité quant au fond à la défense des droits de l'assuré (RCC 1962, p. 485).

2. La prise en charge de mesures de réadaptation déjà appliquées (art. 78, 2^e al., RAI)

Le TFA a développé dans une vingtaine d'arrêts environ, jusqu'à la fin de 1962, les principes posés pour la première fois à ce sujet dans un arrêt du 4 septembre 1962 (RCC 1962, p. 442). Il s'est ainsi confirmé que le tribunal ne suit que partiellement les règles d'interprétation contenues dans la circulaire de l'OFAS du 28 mai 1962. C'est ainsi qu'il refuse d'admettre que l'intérêt de l'assuré à l'application anticipée de mesures de réadaptation puisse être présumé pour certaines catégories de cas, par exemple pour le traitement d'infirmités congénitales; il exige au contraire que soit vérifiée chaque fois la réalisation de cette condition. Il admet que tel est le cas, d'une manière générale, lorsque la nature du mal ou l'état de santé du patient exige l'application de mesures immédiates.

On ne saurait opposer à l'assuré l'inexistence d'un intérêt à l'application anticipée de mesures de réadaptation lorsque les mesures en cause ont été exécutées après notification d'une décision négative de la caisse de compensation. L'assuré qui interjette recours peut donc, sans préjudice de ses droits envers l'AI, se soumettre au traitement envisagé, sans attendre l'issue du procès, même s'il s'agit de mesures non urgentes; le juge doit examiner si les mesures requises auraient dû être octroyées au moment de la *décision* et, dans l'affirmative, aucun obstacle formel ne s'oppose à leur paiement par l'AI (RCC 1963, p. 123).

Le TFA qualifie de péremptoire le délai de trois mois durant lequel l'assuré doit requérir la prise en charge de mesures déjà exécutées. Comme ni la loi, ni le règlement d'exécution ne contiennent de disposition relative à la restitution des délais légaux, il faut examiner cette question à la lumière des principes juridiques généralement appliqués en la matière, tout en tenant compte des particularités du droit des assurances sociales. Dès lors, l'assuré ne peut obtenir une restitution de délai que s'il a été empêché d'agir à temps sans faute de sa part, à savoir pour une raison exceptionnelle et indépendante de sa volonté. L'ignorance de ses droits envers l'AI, notamment, ne peut pas être considérée comme un tel empê-

chement: en vertu de l'adage « nul n'est censé ignorer la loi », l'ignorance d'un délai légal ne saurait en autoriser la restitution (RCC 1963, p. 87).

Si le délai n'a pas été observé, et en l'absence de tout motif de restitution, l'AI ne peut prendre à sa charge les frais d'un traitement qu'à partir de la date où celui-ci a été dûment ordonné (RCC 1963, p. 38). Inversement, si une demande a été déposée dans le délai fixé, celui-ci est réputé observé, d'une manière générale, pour tous les droits de l'assuré pouvant exister à ce moment-là (RCC 1963, p. 234).

3. L'objet du recours

(art. 69 LAI et 84 LAVS)

Seules les décisions de caisses de compensation peuvent être attaquées par voie de recours; l'existence d'une décision est la condition préalable du procès. Aussi le recours ne peut-il fondamentalement porter que sur l'état de fait considéré dans la décision.

Le TFA n'a vu aucune contradiction entre ce principe et les dispositions de l'article 85, 2^e alinéa, lettres c et d, LAVS. Le « principe de l'intervention », tel qu'il y est formulé, 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; et en vertu de la lettre d, le juge peut seulement modifier cette décision, mais non pas en rendre une nouvelle reposant sur un état de fait extérieur à la décision attaquée. Par souci d'économie de procédure, le TFA a exceptionnellement admis les deux dérogations suivantes:

a. Lorsque la nouvelle prétention est si étroitement liée à l'objet du litige qu'on peut parler d'une unité de fait, et pourvu que la partie adverse ait eu la possibilité d'émettre son avis sur ce point, ou

b. lorsque la nouvelle prétention a pour le moins été l'objet d'une déclaration de l'administration en cours de procès.

En l'espèce, la décision de la caisse avait porté exclusivement sur la demande de reclassement présentée par l'assuré. Pour que le juge puisse se prononcer au sujet de son droit éventuel à une rente — demande présentée en cours d'instance — il eût fallu que soient réalisées les conditions susmentionnées. Tel n'étant pas le cas, le TFA a dû annuler le jugement cantonal (RCC 1962, p. 358).

4. La situation de l'administration en procédure d'appel

(art. 69 LAI et 86 LAVS)

Dans le mémoire qu'elle avait déposé en instance d'appel, une commission AI soutenait que les appels au TFA devraient être portés directement à la connaissance de la commission AI intéressée, afin que celle-ci, même si elle n'y était pas invitée par la caisse de compensation, puisse communiquer son avis au TFA. Le TFA a rappelé que selon les dispositions légales en vigueur, les commissions AI n'ont pas le droit d'interjeter appel contre les jugements des autorités canto-

nales de recours et n'ont donc pas qualité de partie (RCC 1962, p. 72). Or, on ne peut reconnaître à une autorité ou à une personne qui n'a pas qualité de partie le droit de recevoir communication des mémoires déposés par les parties et de présenter son point de vue en instance d'appel. La question de savoir si et, le cas échéant, comment les commissions AI doivent présenter leurs observations en instance d'appel est une question d'ordre strictement administratif et interne, dans laquelle le juge ne saurait s'immiscer (cf. circulaire de l'OFAS du 2 février 1962). C'est seulement si l'instruction de la cause doit être complétée que le juge peut s'adresser directement à la commission AI pour obtenir les renseignements désirés (RCC 1963, p. 40).

5. La revision des jugements cantonaux

(art. 69 LAI et 85, 2^e al., lettre h, LAVS)

Confirmant sa jurisprudence, le TFA a décidé qu'un jugement refusant la revision d'un jugement antérieur ne peut être annulé ou modifié en appel que s'il repose sur une application inadmissible du droit (cf. RCC 1962, p. 251). La revision d'un jugement passé en force est un moyen extraordinaire, qui ne doit pas remplacer les procédures régulières de recours et d'appel. Si l'assuré a omis d'interjeter appel contre un jugement cantonal dans le délai légal, il ne peut pas y remédier par voie de revision. De ce point de vue, la situation est sensiblement la même que lorsqu'une caisse de compensation refuse de reconsidérer une de ses décisions passées en force.

En l'espèce, le TFA a considéré que l'expertise médicale demandée par l'appelant ne constituait pas un *nouveau* moyen de preuve au sens des dispositions de droit fédéral: en effet, une requête dans ce sens avait déjà été formulée en instance de recours, et rien n'empêchait l'assuré de la renouveler au cours de la procédure régulière d'appel (RCC 1962, p. 446).

La notion de « chemin de travail » lors de la remise de véhicules à moteur

Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit, selon les articles 9 à 27 LAI, aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à améliorer leur capacité de gain, à la rétablir, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Le droit aux mesures de réadaptation n'est donc pas limité à la réadaptation initiale, mais s'étend aussi aux assurés déjà réadaptés, si ces mesures sont nécessaires et de nature à améliorer ou à sauvegarder leur capacité de gain (cf. arrêts du TFA en les causes E. Sch., du 14 février 1962, RCC 1962, p. 210, et F. L., du 5 juin 1962, p. 435). Cette règle s'applique également à la remise de véhicules à moteur.

L'article 21 LAI dispose que l'assuré a droit aux moyens auxiliaires qui sont nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle et qui figurent dans une liste que dressera le Conseil fédéral. Le Conseil fédéral, en exécution de ce mandat, a dressé à l'article 14 RAI la liste des moyens auxiliaires, parmi lesquels figurent aussi (lettre g) les voitures automobiles légères. L'article 15, 2^e alinéa, de ce règlement précise que les véhicules à moteur ne sont fournis qu'aux assurés « qui peuvent d'une manière durable exercer une activité leur permettant de couvrir leurs besoins et qui ne sont pas en mesure de se rendre à leur travail sans un véhicule à moteur personnel ».

En vertu de ces dispositions, l'AI ne peut remettre que les moyens auxiliaires nécessaires à la réadaptation à la vie professionnelle, ce qui signifie, lorsqu'il s'agit de véhicules à moteur, que l'assuré, du fait de son invalidité, doit avoir besoin du véhicule pour exercer son métier. L'assurance ne reconnaît pas, en revanche, l'affectation du véhicule à d'autres usages personnels, non nécessités par l'invalidité, par exemple des déplacements réguliers pour aller suivre une cure. Le seul élément déterminant est de savoir si le chemin menant au *travail* peut être parcouru sans véhicule ou non.

On peut se demander, ici, si l'on ne doit entendre par « chemin du travail » que le parcours entre le domicile et un lieu de travail fixe, ou si l'on peut englober dans cette notion aussi les trajets que l'assuré effectue quand il doit aller travailler en divers lieux (par exemple les visites de chantiers d'un architecte invalide). La même question se pose à propos des déplacements d'un représentant, d'un commis voyageur, etc.

Ni le rapport de la commission d'experts sur l'introduction de l'AI, ni le message du Conseil fédéral concernant la LAI ne précisent cette notion de « chemin du travail ». En revanche, le TFA s'est prononcé sur ce point, dans son

arrêt W. J., du 6 septembre 1962 (RCC 1963, p. 130), à propos des représentants qui se déplacent pour visiter la clientèle. Il y a défini comme chemin du travail le parcours depuis le domicile jusqu'au lieu de travail et retour, mais il a aussi admis qu'il était possible, à certaines conditions, de considérer comme chemin du travail les trajets effectués par un représentant invalide qui visite la clientèle.

Le même tribunal a confirmé cette manière de voir dans un arrêt, non publié, du 8 octobre 1962, en précisant qu'il fallait entendre par « chemin du travail » les trajets parcourus par un représentant invalide pour visiter la clientèle au moins dans les cas où celui-ci n'aurait pas besoin d'une automobile en n'étant pas invalide.

La conclusion suivante peut être tirée de ces considérations. Le chemin du travail, au sens de l'article 15, 2^e alinéa, RAI, n'est pas seulement le chemin parcouru entre le domicile et un lieu de travail fixe, mais comprend éventuellement aussi tous les trajets à effectuer dans l'exercice d'une activité lucrative. Un véhicule à moteur ne peut cependant être remis à l'assuré aux frais de l'AI que s'il est nécessaire pour cause d'invalidité. En revanche, si l'assuré exerce un métier pour lequel il lui faudrait, invalide ou non, un véhicule à moteur, celui-ci n'est pas un moyen auxiliaire nécessité par l'invalidité et ne peut donc être remis par l'AI. En outre, l'activité lucrative doit être durable et permettre à l'assuré de couvrir ses besoins. Si le véhicule n'est pas utilisé, ou ne l'est que partiellement, pour aller du domicile au lieu de travail, et que l'assuré s'en sert aussi pour exercer son métier, la commission AI ne se prononcera qu'après avoir examiné consciencieusement les circonstances du cas.

BIBLIOGRAPHIE

Lilli Baumgartner : **Die Rehabilitation Behinderter im Lochkartenwesen.** Travail de diplôme de l'Ecole de travail social, Zurich, publié par la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés dans la vie économique (FSIH). 32 pages, ill. (avec bibliogr.) Zurich, FSIH, 1962-1963.

Charlotte Bloch : **Invalidenversicherung und private Fürsorgeorganisationen.** Revue de médecine préventive, Orell Füssli, Zurich, 1962, N° 3, p. 243-247.

R. Chapuis : **La réhabilitation des handicapés dans le cadre d'une commission cantonale AI.** Revue de médecine préventive, Orell Füssli Zurich, 1962, N° 3, p. 229-238.

Bernadette Descombaz: **Retour à domicile des poliomyélitiques.** 49 pages (polycopié). Travail de diplôme de l'Ecole d'assistantes sociales et d'éducatrices, Lausanne, 1962.

Max Frauenfelder: **Medizinische Massnahmen im Rahmen der eidgenössischen Invalidenversicherung.** Revue de médecine préventive, Orell Füssli, Zurich, 1962, N° 3, p. 248-253.

Francis Sandmeier: **Berufliche Eingliederungsmassnahmen in der Invalidenversicherung.** Revue de médecine préventive, Orell Füssli, Zurich, 1962, N° 3, p. 239-242.

A. Schilling et D. Schmidt-Thimme: **Hilfen bei verzögerter Sprachentwicklung des geistig behinderten Kindes** (avec bibliogr.). « Lebenshilfe », publié par l'Association fédérale « Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind », Marburg/Lahn, 1962, fasc. 4, pages 11-15.

Zur Methodik und Praxis der Bildungsarbeit in Tageseinrichtungen für geistig behinderte Kinder. Publié par l'Association fédérale « Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind », 83 pages, ill. Marburg-Lahn, 1962.

PETITES INFORMATIONS

Nouvelles interventions parlementaires

Question écrite urgente Dellberg, du 6 mars 1963

M. Dellberg, conseiller national, a adressé au Conseil fédéral la question écrite suivante:

« Dans la session d'automne 1962, le Conseil fédéral a accepté les sept interventions en faveur d'une sixième prochaine révision de la loi sur l'AVS. Le Conseil fédéral avait annoncé que les deux initiatives populaires concernant l'augmentation des rentes de l'AVS et de l'AI seraient traitées à bref délai, en même temps que ces interventions.

Depuis lors, l'indice du coût de la vie a encore augmenté. Le nombre des bénéficiaires de rentes extraordinaires et de rentes minimums ordinaires (rente mensuelle de 90 francs) s'est réduit de 20 000 par an. Le compte d'exploitation de l'AVS indique pour l'année 1962 un excédent de recettes de plus de 350 millions de francs.

Une augmentation rapide et efficace des rentes minimums, notamment, répondrait à une nécessité de l'heure.

Le Conseil fédéral est prié de dire à quel moment il pourra soumettre aux conseils législatifs ses propositions concernant la

sixième revision de la loi sur l'AVS. Les signataires des deux initiatives, au nombre de plus de 330 000, ainsi que d'autres larges milieux populaires attendent avec impatience la sixième revision de la loi sur l'AVS. »

Question écrite
Geissbühler-Zollbrück,
du 8 mars 1963

M. Geissbühler-Zollbrück, conseiller national, a adressé au Conseil fédéral la question écrite suivante:

« 1. Où en sont les travaux concernant la sixième revision de l'AVS ?

2. Le Conseil fédéral peut-il dire maintenant déjà quand le projet de revision pourra être soumis aux conseils législatifs ? »

Postulat Vontobel,
du 15 mars 1963

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

« Le Conseil fédéral est invité, à l'occasion de la sixième revision de l'AVS, à assouplir sensiblement, le cas échéant à abroger, en ce qui concerne la différence d'âge des époux, les dispositions actuelles relatives aux rentes de couple. »

Question écrite
Bächtold,
du 18 mars 1963

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

« Les comptes annuels de la Swissair pour 1961 mentionnent, aux passifs, un prêt de l'AVS de 20 millions de francs, mais ils n'en indiquent pas les modalités.

Le public est renseigné chaque année sur l'état de la fortune de l'AVS. Il aimerait cependant savoir aussi qui prend les décisions au sujet des avoirs en question et surtout quels sont les principes qui régissent leur placement.

Le Conseil fédéral est-il disposé à fournir des informations sur ce point ? »

Interventions parlementaires traitées

Lesdites questions écrites ont reçu du Conseil fédéral, le 29 mars 1963, la réponse suivante:

« Les travaux préparatoires de la sixième revision de l'AVS sont en cours. Un nouveau bilan technique ayant été établi, la Commission fédérale de l'AVS et de l'AI examine les possibilités d'améliorer les prestations de l'AVS. Elle pourra vraisemblablement mener à chef ses travaux et remettre son rapport au Conseil fédéral vers le milieu de cette année. Le Conseil fédéral espère pouvoir adresser aux chambres pour la session d'automne le message et le projet de loi relatifs à la sixième revision de l'AVS. »

Questions écrites
Dellberg et
Geissbühler-Zollbrück

Le 19 avril 1963, le Conseil fédéral a répondu de la manière suivante à la question écrite Bächtold:

« L'article 109 de la LAVS dispose que c'est le conseil d'administration du Fonds qui décide des placements. Les principes qu'il suit sont énumérés dans les directives du conseil d'administration (Feuille fédérale 1953/I/85 et 1960/II/8). Les

rapports de celui-ci donnent des renseignements détaillés sur l'exécution de ces prescriptions. Ils sont imprimés et distribués à tous les membres des chambres fédérales; ils sont également à la disposition des journalistes accrédités. »

Il y a 50 ans

La RCC de 1962 a rappelé (p. 454) que la première intervention parlementaire en faveur d'une AVS fédérale avait été discutée le 19 décembre 1912 au Conseil national. L'auteur de la motion était le conseiller national *Otto Weber* (Saint-Gall); il dut attendre longtemps encore, jusqu'au 1^{er} janvier 1948, pour voir la réalisation de son idée. Un lecteur attentif vient de nous signaler que M. Weber a néanmoins pu bénéficier pendant de nombreuses années d'une rente de l'AVS; il est mort le 26 février 1962 dans sa 90^e année.

Conseil d'administration du Fonds de compensation de l'AVS

M. *A. Oulevay*, Morges, ayant quitté le conseil d'administration, le Conseil fédéral lui a désigné, en date du 19 avril 1963, un successeur pour le reste de la période administrative, en la personne de M. *E. Debétaz*, conseiller d'Etat, Lausanne.

Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité

M. *E. Giroud*, conseiller national et membre de la commission, étant décédé, le Conseil fédéral, dans sa séance du 3 mai 1963, lui a désigné un successeur pour le reste de la période administrative en la personne de M. *A. Ghelfi*, secrétaire central de la Fédération suisse des ouvriers sur métaux et horlogers, Berne.

Répertoire d'adresses AVS/AI/APG

Page 15, Caisse de compensation 70, Migros.

Nouvelle adresse: Langstrasse 213, Zurich 5

Case postale 179, Zurich 31

Nouveau numéro de téléphone: (051) 42 32 17

Page 18, Caisse de compensation 91, Entreprises à succursales.

Nouvelle adresse: Bederstrasse 4, Zurich 2.

Le numéro de téléphone et la case postale ne changent pas.

JURISPRUDENCE

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 26 novembre 1962, en la cause C. A.

Article 6, 2^e alinéa, RAI. L'assuré qui, pendant le reclassement, continue de prendre nourriture et logement chez ses parents n'a pas droit à des contributions aux frais qui en résultent, en plus des indemnités journalières, même s'il paie aux parents une pension de 150 francs par mois.

Articolo 6, capoverso 2, OAI. L'assicurato che durante la formazione professionale continua a prendere vitto ed alloggio in casa dei suoi genitori, non ha diritto a sussidi per le spese relative, oltre alle indennità giornaliere, anche se egli paga ai genitori una pensione mensile di 150 franchi.

L'assurée, née en 1931, souffre des séquelles d'une poliomyélite dont elle a été atteinte en 1947; elle jouit, toutefois, d'une capacité de travail complète. Depuis sa maladie, elle a exercé diverses activités manuelles peu adaptées à son état physique. A la demande de l'intéressée, et sur la proposition de l'office régional, l'AI lui accorda un reclassement professionnel; en outre, la caisse compétente l'a mise au bénéfice des indemnités journalières pour la durée de ses études. L'autorité de première instance, appelée à se prononcer sur le recours présenté par l'intéressée, lui accorda, en plus de l'indemnité journalière et du supplément de réadaptation, une contribution à ses frais de nourriture et de logement de 3 francs par jour pendant la durée de son stage de reclassement professionnel.

L'OFAS appela de ce jugement cantonal, qui fut annulé par le TFA pour les motifs suivants:

Afin de faciliter la réadaptation professionnelle des invalides et, notamment dans le cas des assurés qui exerçaient une activité lucrative, d'atténuer la perte de gain provoquée par l'abandon de leur activité pendant le laps de temps nécessaire à leur reclassement, le législateur leur a reconnu un droit à l'octroi de diverses prestations: versement d'une indemnité journalière (art. 22 à 24 LAI) et, en outre, octroi d'un supplément spécial de réadaptation de 10, 20 ou 30 pour cent de l'indemnité journalière (art. 25, lettres a, b et c, LAI). Nonobstant le fait que la réglementation instaurée à l'article 25 LAI paraît être complète, le règlement d'exécution a prévu (art. 6 RAI) l'octroi de plus amples prestations en faveur de ces assurés. Le premier alinéa de cet article s'applique à ceux d'entre eux qui accomplissent leur réadaptation comme internes dans un établissement spécialisé; il statue que ces assurés sont défrayés par l'assurance de leurs frais de formation, ainsi que de leurs frais de nourriture et de logement dans l'établissement de formation professionnelle. Le second alinéa de cet article s'applique

à ceux des assurés qui ne sont pas internes; aux termes de cette disposition, l'assurance verse à un tel assuré « 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 ».

Dans l'espèce, la première condition posée par l'article 6, 2^e alinéa, RAI est remplie puisque la requérante n'est pas interne à l'Ecole d'assistantes sociales et d'éducatrices. Le juge cantonal a prononcé, d'autre part, que la seconde condition était également réalisée, puisque la requérante payait à ses parents une pension mensuelle de 150 francs pour sa nourriture et son logement et que ce montant correspondait à celui qu'elle devrait payer dans une pension tenue par des tiers. Il a estimé dès lors que sa situation était assimilable à celle de l'assuré logé et nourri « hors de chez lui ».

Tel qu'il est rédigé, le texte français de l'article 6, 2^e alinéa, RAI permettait peut-être au juge cantonal d'arriver à cette solution, mais cela en interprétant d'une manière très large cet alinéa. Cependant, si l'on compare le texte allemand au texte français, on constate que celui-ci est amputé d'un élément très important et que c'est au texte allemand qu'il faut donner la préférence. En effet, selon ce texte, l'octroi de contributions aux frais de nourriture et de logement est subordonné à la condition que l'invalidité externe se trouve obligé de prendre nourriture et pension ailleurs que chez lui, et à la condition en outre que de tels frais soient provoqués par sa formation professionnelle (« Die Versicherung gewährt Beiträge an eine andere durch die Ausbildung bedingte auswärtige Verpflegung und Unterkunft... »).

Ce que veut cette disposition, c'est allouer une prestation spéciale aux assurés qui, pendant leur période de formation professionnelle, ne peuvent rentrer chez eux pour y prendre leurs repas et y dormir et qui, de ce fait, ont des frais plus élevés que les autres assurés ayant la possibilité de vivre chez eux. La situation de ces derniers assurés est incontestablement plus favorable que celle des assurés qui doivent quitter leur foyer pour se rendre dans une localité, peut-être assez éloignée, où se trouve l'établissement de formation professionnelle, et qui sont obligés de manger, voire de loger, chez des tiers. Leur situation est meilleure également que celle des assurés qui, en raison de leur infirmité et des difficultés considérables qu'ils doivent surmonter pour se déplacer, ne peuvent régulièrement rentrer chez eux, alors même que l'établissement se trouve dans la même localité, mais à une grande distance de leur domicile. La prestation supplémentaire que l'article 6, 2^e alinéa, RAI destine à ces assurés, pour autant naturellement que les autres conditions soient réalisées, servira à les indemniser des frais plus élevés que leur occasionne leur formation professionnelle.

Le fait qu'un assuré célibataire paie à ses parents une pension mensuelle, à titre de contribution aux frais de nourriture et de logement, n'est pas de nature à justifier l'octroi de la contribution spéciale de l'article 6, 2^e alinéa, RAI. S'il a la possibilité de vivre avec ses parents pendant la durée de sa réadaptation et qu'il préfère prendre ses repas et loger chez ses parents, c'est bien parce que cette solution est de beaucoup la plus favorable et, dans la plupart des cas, qu'elle est aussi la moins onéreuse. En effet, le célibataire vivant chez ses parents bénéficie le plus souvent d'un traitement de faveur, en ce qui concerne le prix de pension, et il jouit en outre d'avantages bien plus grands que s'il vivait dans une pension tenue par des tiers.

Il suit de là que l'assurée ne remplit pas la deuxième condition de l'article 6, 2^e alinéa, RAI, puisqu'elle ne peut être regardée comme une assurée ayant à cause de sa formation professionnelle des frais de nourriture et de logement hors de chez elle. L'octroi de la contribution spéciale devant lui être refusé pour ce motif, point n'est besoin d'examiner encore si la troisième condition de cette disposition est réalisée (celle de savoir si les frais de nourriture et de logement étaient ou non déjà couverts par les indemnités journalières et le salaire dont elle dispose pour son propre entretien).

Article 19, 1^{er} alinéa, LAI. Le mineur invalide qui est en mesure de suivre l'école publique, et auquel on peut appliquer des mesures permettant la fréquentation de cette école (transports quotidiens jusqu'à l'école et retour, logement dans la même localité que l'école), a droit à des prestations en vertu de l'article 11 RAI, mais pas à une contribution aux frais d'école.

Articolo 19, capoverso 1, LAI. Ai minorenni invalidi idonei all'insegnamento del ciclo d'obbligo che può essere reso possibile di frequentare la scuola pubblica mediante provvedimenti speciali (trasporto quotidiano alla scuola, alloggio nel luogo ove trovasi la scuola) hanno diritto a prestazioni giuste l'articolo 11 OAI, ma non a sussidi per le spese scolastiche.

L'assurée, née en 1946, souffre depuis ses premières années d'une grave affection de la hanche (coxa vara) droite, qui provient peut-être, pense le médecin, de sa naissance gémellaire et en présentation du siège. Une opération effectuée en 1951 (redressement du col du fémur) ne parvint pas à arrêter les progrès du mal. Le médecin estime que l'« état final » actuel pourrait être sensiblement amélioré par une nouvelle opération; toutefois, les parents n'ont pas encore pu se décider à autoriser une telle intervention. L'assurée, qui est douée d'une intelligence normale, avait derrière elle, au printemps 1959, six ans d'école primaire; elle continua alors ses études dans la division scientifique d'un internat. La fréquentation de l'école secondaire la plus proche ne lui était impossible, ou en tout cas ne pouvait raisonnablement être exigée, qu'en raison de son invalidité physique.

Le 17 mai 1961, la caisse de compensation informa les parents de l'assurée que la commission AI avait décidé d'accorder les mesures de réadaptation suivantes:

- a. Contribution aux frais supplémentaires occasionnés par l'invalidité, en vertu de l'article 11 RAI (contribution aux frais de pension de 3 francs par jour de séjour dans l'internat);
- b. Prise en charge des contrôles médicaux régulièrement effectués;
- c. Prise en charge du remplacement et de l'acquisition de moyens auxiliaires (chaussures orthopédiques);
- d. Prise en charge des frais de voyage liés à ces mesures.

Les parents recoururent contre cette décision et demandèrent que l'assurance leur accorde, en plus de ces prestations, en vertu de l'article 10, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI, une contribution aux frais d'école de 2 francs par jour.

L'autorité cantonale de recours rejeta ce recours, les conditions d'octroi d'une telle contribution n'étant pas remplies.

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

1. Personne n'a prétendu que l'assurée aurait dû continuer ses classes primaires; c'est très juste, car dans son cas, une bonne formation scolaire, qui lui permettra d'appréhender un métier convenant à son infirmité, est certainement recommandable. Cette première constatation ne résout cependant pas le problème du bien-fondé de la prétention à l'octroi d'une contribution aux frais d'école; une telle contribution ne peut être accordée en effet qu'à certaines conditions légales.

L'article 19, 1^{er} alinéa, LAI dispose que 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 — si le mineur doit, pour suivre son instruction spéciale, prendre ses repas ou être logé hors de chez lui — une contribution aux frais de pension (2^e al.). Le 3^e alinéa charge le Conseil fédéral de préciser les conditions nécessaires pour l'octroi des subsides.

Dans le RAI, le Conseil fédéral a donc fait la distinction suivante parmi les mineurs invalides aptes à recevoir une instruction (art. 8, 1^{er} al., RAI):

- les mineurs qui, par suite d'invalidité, ne peuvent satisfaire aux exigences des écoles publiques (lettre a);
- les mineurs qui peuvent satisfaire à ces exigences, mais qui, par suite d'invalidité, ne peuvent fréquenter l'école publique (lettre b).

Au premier groupe se rattachent les invalides énumérés à l'article 9, 1^{er} alinéa, lettres a à f, RAI; ils ont droit, en vertu de l'article 10 RAI, à des contributions aux frais d'école et de pension. Les invalides visés par l'article 9, 1^{er} alinéa, lettre g, RAI, donc atteints d'autres infirmités que les invalides énumérés sous lettres a à f, sont traités de la même manière que ceux-ci, si l'on se fonde uniquement sur la teneur de cette disposition; toutefois, si l'on considère le sens et le but de la réglementation sur les mesures scolaires en faveur des mineurs invalides, on devra en tirer la conclusion suivante: Si l'infirmité de ces mineurs est telle que l'on peut, par des mesures spéciales, leur rendre possible la fréquentation de l'école publique, ils appartiennent au second groupe, désigné à l'article 8, 1^{er} alinéa, lettre b, RAI, et n'ont droit qu'aux mesures spéciales prévues par cette disposition. Celles-ci sont précisées à l'article 11 RAI et comprennent une contribution aux frais de transport et aux frais de pension. Si ces mesures ne sont pas applicables, et alors seulement, les invalides désignés sous lettre g de l'article 9 RAI sont assimilés à ceux qui, selon la distinction faite à l'article 8, 1^{er} alinéa, RAI, doivent être rattachés au premier groupe (lettre a de cet article).

2. L'assurée ne fait pas partie de ce premier groupe; elle aurait pu, en effet, suivre sans difficulté l'école secondaire de la commune voisine si elle avait logé dans cette localité. Le cas échéant, on aurait pu envisager aussi son transport quotidien jusqu'à la station de l'autobus menant à cette ville. L'assurée n'a donc droit qu'aux prestations prévues à l'article 11 RAI (contributions aux frais de pension et de transport), mais pas à une contribution aux frais d'école.

Les parents de l'assurée s'étaient décidés à mettre leur fille à l'internat déjà en 1959, donc avant l'introduction de l'AI. Il n'en découle cependant pas plus de droits que si cette décision avait été prise après le 1^{er} janvier 1960. Il est bien évident que l'on ne peut considérer ici que les circonstances objectives et non un choix subjectif, si compréhensible soit-il.

3. La question du droit de l'assurée à d'autres mesures, en plus de celles qui ont déjà été accordées (contrôles médicaux réguliers, chaussures orthopédiques), n'est pas l'objet du présent litige. Ces autres droits de l'assurée sont néanmoins réservés; la commission AI, si elle reçoit une nouvelle demande, devra examiner si l'ostéotomie ou un autre acte médical serait indiqué et pourrait être pris en charge, et si l'on est même en présence d'une infirmité congénitale (chiffres 42 et 206 de la liste de l'OIC).

RENTES ET ALLOCATIONS POUR IMPOTENTS

Arrêt du TFA, du 12 octobre 1962, en la cause F. M.

Articles 28, 2^e alinéa, LAI et 26, 1^{er} alinéa, RAI. Lorsque des indices sérieux permettent de croire que l'assuré aurait appris une profession déterminée s'il n'était pas devenu invalide, on peut se fonder sur cette profession pour déterminer le revenu qu'il aurait obtenu sans son invalidité. En revanche, on ne saurait tenir compte des possibilités de gain théoriques d'une carrière purement hypothétique.

Articoli 28, capoverso 2, LAI e 26, capoverso 1, OAI. Se seri indizi permettono di presumere che l'assicurato avrebbe imparato una determinata professione se non fosse diventato invalido, ci si può fondare su questa professione per stabilire il reddito che egli avrebbe conseguito. Non si deve invece tener conto delle possibilità teoriche di una carriera meramente ipotetica.

L'assuré, né en 1929, souffre de séquelles d'une poliomyélite, survenue à l'âge de huit ans, à savoir de paralysie et d'atrophie de plusieurs membres, ainsi que de troubles acoustiques et végétatifs; il se plaint en outre d'une hernie discale lombaire à gauche, qui n'a pas encore pu être déterminée cliniquement. Il a fréquenté l'école primaire et, durant deux années, l'école secondaire; il n'a pas appris de profession. Il travaille depuis des années comme contrôleur dans une fabrique et a réalisé en 1960 un gain de 6408 francs.

La caisse intimée a rejeté la demande de rente qu'il avait présentée à l'AI. L'assuré a recouru en alléguant que s'il n'était pas invalide, il serait devenu entrepreneur ou architecte. Il aurait en tout cas appris la profession de dessinateur en bâtiment et se serait ensuite perfectionné en tant que technicien en bâtiment. En cette dernière qualité, il aurait certainement gagné un revenu mensuel de 1500 francs dans l'entreprise paternelle. Interrogé par la commission de recours, l'employeur de l'assuré fit savoir que, étant donné son intelligence moyenne, ce dernier aurait tout au plus appris le métier de maçon ou de dessinateur en bâtiment et qu'il aurait été difficilement en mesure, compte tenu de son caractère, de diriger une entreprise. Se fondant sur cet avis autorisé, la commission de recours rejeta la demande.

De son côté, le TFA en fit de même de l'appel interjeté contre ce jugement, en précisant ce qui suit:

1. ...

2. Aux termes de l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide pour la moitié (50 pour cent) au moins; dans les cas pénibles, une demi-rente peut lui être allouée lorsqu'il est invalide pour les deux cinquièmes (40 pour cent) au moins. L'invalidité au sens de la LAI est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée (art. 4 LAI). Pour fixer le degré d'incapacité de gain, l'article 28, 2^e alinéa, LAI enjoint de comparer « le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution des mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail » au « revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide ».

3. En principe, il convient donc de comparer entre eux deux revenus hypothétiques, ainsi qu'il ressort de la disposition légale précitée.

a. Pour déterminer le revenu que l'assuré pourrait obtenir sur un marché du travail équilibré en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, le gain effectif de l'assuré qui occupe une place stable constitue un élément décisif, sauf circonstances exceptionnelles. De telles circonstances n'apparaissent pas au dossier, en sorte qu'il est possible de prendre en compte le revenu annuel de 6408 francs comme premier élément de comparaison.

b. L'appelant estime que, sans son invalidité, il aurait gagné 14400 à 16800 francs par année. Il allègue, à l'appui de ces chiffres, que s'il n'avait pas été affecté des séquelles de la poliomyélite, il aurait fait un apprentissage de dessinateur en bâtiment, puis des études d'architecte ou de technicien en bâtiment (dans un technicum). En tant que contremaître, il aurait gagné en moyenne 15 000 francs par année alors que, comme chef de chantier, son gain aurait été de 15 000 à 20 000 francs par année. Aucune pièce du dossier ne vient étayer l'exactitude de ces allégations. L'assuré était un élève moyen. L'expert qui a procédé en 1945 à un examen psychotechnique de l'assuré doutait que celui-ci possédât les dispositions requises pour apprendre la profession de dessinateur en bâtiment. En fait, l'assuré n'a pas effectué d'apprentissage de ce genre, à la fin de la période scolaire, bien que son infirmité ne l'en eût pas empêché. Il se contenta, au contraire, d'occuper un poste de manœuvre du 3 juin 1946 au 10 août 1948. L'employeur, qui connaît l'assuré depuis treize ans, nie que celui-ci ait eu les capacités intellectuelles requises pour réussir des études d'architecte ou de technicien en bâtiment. Il faut dès lors constater que l'allégation selon laquelle l'assuré aurait occupé, sans son invalidité, un poste qualifié dans l'entreprise de son père est sans fondement. A cet égard, il importe peu que les frères de l'intéressé occupent des places en vue: la carrière professionnelle d'un homme dépend de tant de circonstances que, sauf indices sérieux, on ne saurait s'en remettre à des hypothèses.

En revanche, il existe de bonnes raisons de penser que l'assuré aurait pu apprendre le métier de maçon s'il n'était pas invalide. Le rapport relatif à l'examen psychotechnique fait état de ses aptitudes pour les travaux pratiques, et son employeur estime qu'il aurait pu devenir maçon. L'article 26 RAI dispose que 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 ou semi-qualifiés. Cette disposition n'exclut donc pas que l'on prenne en compte, dans un cas particulier, le revenu d'une profession déterminée lorsque des indices sérieux permettent de croire que l'assuré aurait embrassé une telle profession. En l'occurrence, il existe de sérieux indices en faveur d'une carrière de maçon. Selon les renseignements recueillis par la commission AI, le salaire d'un maçon dans le canton de l'assuré, s'élève annuellement à 9300 francs. Comparé au revenu effectif de 6400 francs, ce salaire met en évidence une invalidité de 31 pour cent.

L'appelant soutient en outre que s'il n'avait pas été affecté de poliomyélite, il serait aujourd'hui chef ou, tout au moins, copropriétaire de l'entreprise paternelle et qu'il gagnerait alors un revenu minimum de 14 400 à 16 800 francs par année. Outre le fait qu'il n'est pas en mesure de diriger une entreprise, selon le témoignage de son employeur, il convient de remarquer ce qui suit: Dans un arrêt antérieur, le TFA a précisé que, pour fixer le revenu qu'un assuré aurait obtenu sans son invalidité, il convient de prendre en compte — sous réserve de cas spéciaux, bien déterminés — le revenu moyen et non pas les taux maxima appliqués dans une profession déterminée. Le frère de l'assuré, qui a repris l'entreprise paternelle en juin 1957 pour la diriger jusqu'à son décès survenu en septembre 1960, a réalisé, selon les indications figurant dans le dossier fiscal, un revenu de 10 020 francs en 1958 et de 15 568 francs en 1959. En fixant dès lors le revenu moyen à 12 000 francs par année, la commission AI a tenu équitablement

compte des circonstances du cas. Il est peu probable que la collaboration de l'assuré à la direction de l'entreprise eût augmenté le chiffre d'affaires de celle-ci.

4. Si l'on compare le revenu effectif de 6400 francs au revenu hypothétique de 12 000 francs (il s'agit là de la limite extrême), on constate que le degré d'invalidité atteint 46 pour cent. On ne saurait parler en l'occurrence d'un cas pénible, étant donné que l'assuré n'a à subvenir qu'à son propre entretien. Il en résulte que, pour le moment tout au moins, l'assuré ne satisfait pas aux conditions prévues pour l'octroi d'une rente d'invalidité. L'appel n'est donc pas fondé et doit être rejeté. Demeure réservée la possibilité d'une revision pour le cas où la capacité de gain de l'assuré viendrait à diminuer (art. 41 LAI).

Arrêt du TFA, du 28 novembre 1962, en la cause H. W.

Article 28, 2^e alinéa, LAI. Lorsqu'il est possible de déterminer à coup sûr les revenus servant à l'évaluation de l'invalidité, il est superflu de confronter le taux résultant de leur comparaison avec l'appréciation du médecin.

Articolo 28, capoverso 2, LAI. Quando è possibile stabilire con certezza i due redditi che servono per la determinazione dell'invalidità, è superfluo confrontare la percentuale del rapporto dei redditi con il grado d'invalidità determinato dal medico.

L'assuré, né en 1918, était d'abord magasinier, puis chauffeur. A la fin de janvier 1959, il abandonna ce dernier métier en raison d'une coxarthrose, pour prendre un emploi de manœuvre. Son médecin estima son incapacité de travail à 50 pour cent. De son côté, la commission AI fixa le taux de son invalidité à 40 pour cent, tout en considérant qu'étant donné les importantes charges de famille (quatre enfants âgés de 11 à 16 ans) et les frais de traitement auxquels il devait faire face, il y avait lieu d'admettre un cas pénible, justifiant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

A la fin de 1961, la commission AI procéda à une revision du cas. Considérant que, sans son invalidité, l'assuré aurait obtenu un gain annuel de 11 000 francs, alors qu'il gagnait actuellement un revenu de 7900 francs par année, correspondant à sa capacité de travail résiduelle, la commission AI constata que le taux d'invalidité de l'assuré n'était plus que de 28 pour cent, ce qui entraînait la suppression de la rente. Sur recours de l'intéressé, la commission de recours lui accorda une demi-rente, en estimant qu'il y avait lieu de prendre en considération, outre le taux résultant de la comparaison des revenus, l'évaluation médicale. Comme le médecin admettait un taux d'incapacité de travail de 50 pour cent, il était équitable de prendre en considération un taux d'invalidité moyen de 40 pour cent qui, vu qu'il s'agissait d'un cas pénible, justifiait l'octroi d'une demi-rente.

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

1. ...

2. ...

3. L'assuré a touché, depuis le 1^{er} janvier 1960, une demi-rente d'invalidité, ainsi que des rentes complémentaires pour son épouse et ses enfants âgés de 11 à 16 ans. La commission AI avait estimé à l'époque que l'assuré était invalide pour 40 pour cent et qu'étant donné les lourdes charges familiales auxquelles il devait faire face, il se trouvait dans un cas pénible. La seule question présentement litigieuse est celle de savoir si,

le 1^{er} janvier 1962, les conditions mises à une revision de la rente étaient réunies. Selon l'article 41 LAI, la revision est possible si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente.

a. Il convient de relever au préalable que l'assuré a travaillé comme chauffeur jusqu'au 31 janvier 1959. A partir du 1^{er} février 1959, il occupa un emploi de manœuvre dans une fabrique. Tenant compte en 1960 de ce récent changement de poste de travail, la commission AI a estimé, à bon droit, ne pas devoir prendre en considération la totalité du gain effectif de l'assuré pour déterminer son invalidité. En revanche, l'assuré était réadapté à la vie économique au moment où la décision de revision lui a été notifiée, en sorte que son revenu effectif est assimilable au premier revenu servant de comparaison d'après l'article 28, 2^e alinéa, LAI.

b. Le juge cantonal a combiné le taux d'invalidité résultant de la comparaison des revenus déterminants d'après l'article 28, 2^e alinéa, LAI avec le taux d'incapacité de travail retenu par le médecin. Cette façon de faire est illégale, du moment qu'il est possible de déterminer à coup sûr les deux revenus hypothétiques dont fait état l'article 28, 2^e alinéa, LAI, ce qui est manifestement le cas en l'espèce. Il s'ensuit que le taux d'invalidité de 28 pour cent admis par la commission AI, qui s'en est tenue au mode d'évaluation légal, est le seul exact.

c. Comme la première décision de rente faisait état d'un degré d'invalidité de 40 pour cent, force est d'admettre que l'invalidité de l'appelant s'est modifiée de manière à influencer son droit à la rente. Le jugement cantonal doit dès lors être annulé et la décision de revision rétablie.

Arrêt du TFA, du 11 janvier 1963, en la cause M. P.

Articles 5, 1^{er} alinéa, LAVS et 27 RAVS. Est invalide pour moins de la moitié l'épouse d'un agriculteur-vigneron qui, à cause des séquelles d'une poliomyélite, éprouve des difficultés à marcher mais qui peut, toutefois, effectuer pratiquement tous les travaux de son ménage et dont l'aide aux travaux des champs n'a qu'une importance secondaire.

Articoli 5, capoverso 1, LAVS e 27 OAVS. E' invalida per meno della metà la moglie di un agricoltore e viticoltore che, a cagione dei postumi di una poliomielite, ha difficoltà a camminare, ma può, da sola, accudire praticamente a tutte le faccende domestiche, eccettuati i lavori agricoli la cui importanza è secondaria.

L'assurée est mariée à un agriculteur-vigneron; elle tient son ménage composé de trois personnes, tout en aidant à l'exploitation du domaine de son mari, nonobstant les séquelles d'une poliomyélite qui gênent sa marche; elle souffre en outre d'un ulcère décubital. La caisse de compensation lui a alloué d'abord une rente entière simple d'invalidité, puis, par suite d'une revision, elle a supprimé toute rente, l'état de santé de l'assurée s'étant amélioré au dire du médecin. En effet, l'assurée pouvait effectuer ses travaux de ménage à l'exception des besognes pénibles.

Sur recours de l'intéressée, le juge cantonal a confirmé la décision de la caisse, estimant que le taux d'invalidité de l'assurée, du point de vue économique, était inférieur à 50 pour cent.

Un appel ayant été interjeté par l'assurée, le TFA a confirmé le jugement de première instance pour les motifs suivants:

1. L'appelante a conclu, dans son recours à la Commission cantonale de recours comme dans son appel au TFA, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, admettant par là le principe de la révision de son cas le 1^{er} avril 1962. C'est en effet à juste titre que la commission AI a considéré que l'article 41 LAI l'autorisait à reviser pour l'avenir son prononcé sur la rente et notamment de supprimer la rente allouée précédemment.

2. A teneur de l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, un assuré ne peut prétendre une rente que s'il est invalide pour la moitié au moins (50 pour cent). Dans les cas pénibles toutefois, il peut bénéficier d'une rente s'il est invalide pour les deux cinquièmes (40 pour cent). 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 ». Rien ne permet en l'espèce de douter que l'appelante soit atteinte dans sa santé et que cette atteinte provienne d'une maladie.

En ce qui concerne les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité, l'article 5 LAI prévoit qu'ils sont réputés invalides si l'atteinte à leur santé les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Cette disposition est précisée par l'article 27 RAI.

3. Les principes qui régissent les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative, et notamment les ménagères, sont applicables dans l'espèce, comme l'a prononcé avec raison la commission AI. Considérant que l'assurée, qui avait appris la profession d'employée de bureau, a cessé toute activité lucrative dans l'année où elle s'est mariée, soit en 1951, que ladite profession n'est pas incompatible avec son infirmité (elle l'a en effet exercée bien après la survenance de son infirmité) et que son mari jouit d'une situation financière relativement aisée pour un milieu agricole, on peut raisonnablement admettre qu'elle n'aurait vraisemblablement pas exercé d'activité lucrative immédiatement avant le 1^{er} janvier 1960, ni avant le mois de mars 1962. L'invalidité de l'appelante doit donc être évaluée conformément à l'article 27 RAI.

4. La commission AI et la commission cantonale de recours paraissent n'avoir apprécié que l'activité de ménagère de l'appelante. Or, celle-ci est l'épouse d'un agriculteur-vigneron, et il convient d'appliquer l'article 27, 2^e alinéa, RAI, qui prévoit que « par travaux habituels de la ménagère, on entend son activité usuelle dans son ménage et, le cas échéant, dans l'entreprise de son mari, ainsi que l'éducation des enfants ». Dans l'espèce, l'activité de l'assurée, qui n'a pas d'enfants mineurs, est limitée à la tenue du ménage ainsi que, dans une certaine mesure, à la collaboration dans l'entreprise de son mari. Cette collaboration est fonction de l'importance du domaine agricole et du personnel employé par l'exploitation. Il est évident, en effet, que, sur un petit domaine agricole, dont le rendement ne permet pas l'emploi de main-d'œuvre, la collaboration de la femme sera plus importante.

On peut déduire du questionnaire servant à fixer le degré d'invalidité des maîtresses de maison, rempli le 8 janvier 1962 par l'appelante, que, pratiquement, celle-ci peut effectuer tous les travaux de son ménage à l'exception des courses pour faire ses commissions. A la campagne, ces courses sont peu nombreuses et l'appelante peut faire ses commandes par téléphone. En outre, la tenue du ménage pour trois personnes, la présence du fils de l'appelante et l'importance du domaine permettent de conclure que la collaboration de l'appelante aux travaux de la campagne est tout à fait secondaire.

Dans ces conditions, on ne peut pas prétendre que les autorités cantonales de l'AI aient outrepassé leur pouvoir d'appréciation en supprimant la rente de l'appelante.

5. ...

Arrêt du TFA, du 8 novembre 1962, en la cause A. D.

Article 29, 1^{er} alinéa, LAI. L'assuré qui a droit à une rente en raison d'une maladie de longue durée doit être considéré comme privé de sa capacité de gain, même s'il exerce une activité lucrative à l'encontre des prescriptions fondées du médecin. (Considérant 1.)

Article 7, 1^{er} alinéa, LAI. A aggravé son invalidité en commettant une faute grave l'assuré qui a omis les règles de prudence élémentaires que tout homme raisonnable eût observées dans la même situation et les mêmes circonstances, pour éviter des conséquences dommageables prévisibles dans le cours naturel des choses. S'il met fin à son comportement préjudiciable, la réduction de la rente peut être limitée à la période durant laquelle il a commis la faute grave. (Considérant 2.)

Articolo 29, capoverso 1, LAI. L'assicurato che in seguito ad una malattia di lunga durata ha diritto ad una rendita e esercita, contrariamente alle fondate prescrizioni del medico, un'attività lucrativa, dev'essere considerato incapace al guadagno. (Considerando 1.)

Articolo 7, capoverso 1, LAI. L'assicurato che ha ommesso d'osservare le norme della prudenza le più elementari e trascurato ciò che ogni persona ragionevole avrebbe osservato nella stessa situazione ed in analoghe circostanze, ha aggravato per negligenza grave la sua propria invalidità. Cessando detta pregiudizievole condotta, si può giustificare di limitare la diminuzione della rendita al periodo di tempo in cui egli aveva agito con negligenza grave. (Considerando 2).

L'assuré, né en 1908, souffre depuis avril 1960 d'une tuberculose pulmonaire ouverte, qui l'a obligé à cesser toute activité à la fin de ce mois et à entrer en sanatorium le 9 mai 1960. A l'encontre de l'avis du médecin, qui avait jugé nécessaire une cure de neuf à douze mois, l'assuré quitta le sanatorium le 20 novembre 1960. Il fut, par la suite, examiné à plusieurs reprises au centre antituberculeux, mais il refusa, durant toute l'année 1961, de réintégrer le sanatorium. Nonobstant l'interdiction formelle du médecin, il reprit une activité lucrative dès la fin d'août 1961 et jusqu'à la fin de l'année. Le reste du temps, il séjourna chez lui, effectuant quelques menus travaux de ménage et de jardinage. Il se fit enfin hospitaliser le 26 avril 1962 pour subir une opération qui avait été conseillée depuis longtemps, mais à laquelle il fallut renoncer, vu le peu de succès qu'elle promettait encore.

Par décision du 27 octobre 1961, la caisse de compensation refusa de donner suite à la demande de rente présentée par l'assuré. De son côté, la commission de recours rejeta le recours en précisant que l'assuré n'avait pas droit à une rente pour la période allant du 9 mai au 27 novembre 1961.

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

1. ...

a. L'assuré a présenté une demande de prestations AI le 9 avril 1960, en alléguant qu'il souffrait d'une ankylose de la hanche droite (depuis 1938), qui limitait sa liberté de mouvement. Cette infirmité ne saurait cependant donner droit à des mesures de réadaptation ou à une rente d'invalidité: l'intéressé, qui n'a pas appris de profession, a travaillé comme ouvrier d'usine jusqu'à la fin d'avril 1960, touchant en dernier lieu

un salaire horaire de 2 fr. 40. Il n'a abandonné son activité qu'en raison d'une tuberculose. Il importe dès lors d'examiner si les suites de cette dernière affection ouvrent droit à des prestations de la part de l'AI.

b. Les rapports médicaux déposés au dossier excluent, d'une manière convaincante, l'existence d'une invalidité permanente, la tuberculose étant susceptible de guérir, dans une large mesure tout au moins. Il convient en revanche de se demander si, selon l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a subi une incapacité totale de travail durant 360 jours consécutifs et présente encore une incapacité de gain de la moitié au moins.

aa. Sur avis médical, l'assuré a cessé toute activité lucrative le 29 avril 1960 et est entré en sanatorium le 9 mai de la même année. Il y demeura jusqu'au 20 novembre 1960, date à laquelle il retourna chez les siens. La commission AI ne conteste pas que, jusqu'à son retour au foyer familial, l'intéressé ait été totalement incapable de travailler. Elle estime toutefois que, depuis lors, il ne présentait plus une incapacité totale de travail, étant donné qu'il s'est occupé de travaux de ménage et de jardinage. L'assuré rétorque à juste titre que, nonobstant quelques menus travaux effectués gratuitement et à bien plaisir, son incapacité de travail est demeurée totale après sa sortie de sanatorium et qu'elle a duré plus de 360 jours. Il est clair, en effet, que toute activité était médicalement contre-indiquée, en sorte que les menus travaux de l'assuré ne sauraient être considérés comme l'expression de sa capacité de travail. Comme il a cessé son activité lucrative le 29 avril 1960, ainsi qu'il lui avait été ordonné, le délai légal de 360 jours d'incapacité totale de travail venait à échéance en avril 1961. Conformément à l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, la rente est allouée pour tout le mois au cours duquel le droit à la rente est né; il en résulte que — contrairement à l'avis du juge cantonal — l'assuré a en principe droit à la rente dès le 1^{er} avril 1961.

bb. Il faut encore examiner si, à partir de cette date, l'assuré a été affecté d'une incapacité de gain de plus ou de moins des deux tiers. Ainsi qu'il a été relevé plus haut, les menus travaux de ménage et de jardinage n'entrent pas en ligne de compte; quant à l'activité lucrative qu'il a eue durant le deuxième semestre de l'année 1961, elle était médicalement contre-indiquée; il y a lieu d'admettre, avec l'OFAS, qu'elle ne pouvait raisonnablement pas être exigée de l'assuré. Celui-ci présentait donc, dès le 1^{er} avril 1961, une incapacité de gain de plus des deux tiers, en sorte qu'il peut prétendre, dès cette date, une rente entière d'invalidité, ainsi qu'une rente complémentaire pour son épouse.

cc. La décision du juge cantonal au sujet du droit à la rente de l'appelant étend ses effets jusqu'au 27 novembre 1961 (date du jugement). La décision administrative litigieuse n'est toutefois pas limitée dans le temps, et cela à juste titre, car on ne voit pas pourquoi il faudrait réserver un nouvel examen du cas de la part des organes de l'AI pour la période postérieure au 27 novembre 1961. Certes, il est exact que, selon les constatations médicales, l'affection de l'assuré est susceptible de guérir dans un avenir plus ou moins proche. Si son état de santé venait effectivement à s'améliorer, il se justifierait de procéder à une révision de la rente, conformément à l'article 41 LAI. Dès lors, et pour ce qui concerne la durée du droit à la rente, le cas doit être traité sans limitation dans le temps.

2. Aux termes de l'article 7 LAI, 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. L'intention doit être écartée d'emblée en l'espèce. Cette disposition légale n'est dès lors applicable que si l'on peut reprocher à l'assuré d'avoir commis une faute grave, parce que, en quittant prématurément le sanatorium et en agissant depuis lors

d'une manière non conforme aux prescriptions médicales, il a prolongé et, partant, aggravé son invalidité.

a. Commet une *faute grave* celui qui omet les règles de prudence élémentaires que tout homme raisonnable eût observées, dans la même situation et les mêmes circonstances, pour éviter des conséquences dommageables prévisibles dans le cours naturel des choses. Cette notion juridique de la faute grave est appliquée d'une manière uniforme en matière d'assurances sociales, comme le montre la jurisprudence constante du TFA relative aux articles 7 LAM et 98 LAMA (ATFA 1941, p. 29, 1949, p. 136, 1956, p. 209, 1957, p. 164 et 1959, p. 104). Elle doit donc également être reprise en matière d'AI.

b. Cette notion comporte deux éléments:

- un élément objectif: l'omission des règles de prudence élémentaires et
- un élément essentiellement subjectif: le mépris de ce que tout homme raisonnable eût observé dans la même situation et les mêmes circonstances.

aa. En l'espèce, il est établi que l'assuré a omis les règles de prudence élémentaires, en sorte que, objectivement, il a commis une faute grave. Il a, en effet, quitté délibérément le sanatorium et, nonobstant l'avis du médecin, il a refusé, jusqu'en avril 1962, de poursuivre la cure qui avait été commencée avec succès. Au surplus, il a repris une activité lucrative malgré la défense qui lui en avait été faite par le médecin et le dispensaire antituberculeux. Chaque jour, et jusqu'en hiver 1961, il se rendit, malgré sa tuberculose ouverte, à la ville voisine, pour travailler dans une entreprise de récupération de déchets. Il ne cessa son activité qu'après avoir été congédié sur la foi d'un certificat du centre antituberculeux. On peut dès lors admettre avec vraisemblance que le comportement de l'assuré a retardé sa guérison, ce qui suffit en regard de la jurisprudence du TFA.

bb. Selon la notion définie plus haut, il faut que l'assuré ait omis les règles de prudence élémentaires que tout homme raisonnable eût observées dans la même situation et les mêmes circonstances, pour éviter des conséquences dommageables selon le cours naturel des choses.

Un ouvrier raisonnable, si simple soit-il, aurait compris qu'il ne devait pas quitter le sanatorium avant que la cure fût terminée; le médecin de l'établissement avait même interdit un congé de courte durée. Lors des différentes visites que l'assuré effectua par la suite auprès du centre antituberculeux, le médecin lui répéta qu'étant donné sa tuberculose ouverte, il devait regagner l'établissement hospitalier et cesser toute activité. A moins d'être affecté d'un entêtement irréductible, un simple ouvrier doit admettre qu'il ne peut pas, sans préjudice pour sa santé, passer outre, des mois durant, aux conseils répétés et unanimes de plusieurs médecins. L'assuré devait également savoir qu'une tuberculose ouverte doit être traitée en sanatorium; il est peu de personnes de son âge qui n'aient pas connu un tuberculeux dont l'affection n'a pu être enrayée que grâce à un long séjour en sanatorium. Il devait également savoir, à la suite des contrôles effectués auprès du centre antituberculeux, que son activité compromettrait la guérison; ce n'est pas sans raison, en effet, qu'il faisait accroire à l'assistante sociale qu'il n'exercerait pas d'activité. Enfin, le premier venu doit se rendre compte du danger que sa tuberculose ouverte constitue pour son entourage, vu le caractère contagieux de cette affection.

Il apparaît ainsi que les conditions objectives et subjectives de la faute grave sont réalisées en l'espèce. Au surplus, il faut admettre qu'elles sont réalisées depuis que l'assuré a quitté le sanatorium, en novembre 1960.

c. Ainsi qu'il ressort du message du 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).

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 aux cas où l'assuré a provoqué intentionnellement l'accident (art. 98, 1^{er} al., LAMA). La jurisprudence a, par analogie, étendu cette règle à l'assurance militaire (ATFA 1936, p. 68).

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. Il convient dès lors de l'appliquer également au domaine de l'AI, encore que, en matière d'AI, on ne saurait exclure le refus de toute prestation lorsque l'assuré a causé son invalidité pour une faute particulièrement grave (ATFA 1962, p. 104 = RCC 1962, p. 404).

En l'occurrence, l'assuré a commis une faute grave et durable qui a, pour le moins, prolongé son invalidité. Il n'existe toutefois pas de raisons suffisantes pour lui refuser, à titre exceptionnel, toute prestation en espèces. Il faut reconnaître que l'assuré est demeuré 6 mois en sanatorium, qu'il ne ressentait plus aucun trouble et qu'il s'est soumis à des contrôles depuis son départ de cet établissement.

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

aa. Aux termes de l'article 7, 1^{er} alinéa, LAI, la réduction a pour objet les prestations en espèces. Il s'ensuit que la rente revenant à l'assuré doit être réduite. En revanche, et conformément au principe énoncé (ATFA 1962, p. 106 = RCC 1962, p. 404), les rentes complémentaires éventuelles en faveur des proches qui n'ont pas causé ou aggravé l'invalidité ne sont pas touchées par la réduction. Il s'ensuit que la rente complémentaire allouée en faveur de l'épouse de l'assuré doit être intégralement servie, étant donné qu'aucune pièce du dossier ne met en cause la responsabilité de celle-ci.

bb. Fixer l'étendue de la réduction est une question d'appréciation. Néanmoins, 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. Cette pratique doit, autant que possible, être suivie lors de l'application de l'article 7 LAI. Si 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), une réduction de 20 à 30 pour cent. Certes, l'assuré a eu un comportement coupable durant plus d'une année, ce qui constitue une circonstance aggravante. Mais il faut aussi reconnaître, à son actif, qu'il a quitté le sanatorium pour se rendre chez les siens, ce qui peut se comprendre, et qu'il n'a repris une activité lucrative que pour subvenir quelque peu à leur entretien et prévenir des difficultés financières. Compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas et de la personne de l'assuré, il paraît justifié de ne pas réduire la rente au-delà de 30 pour cent.

cc. En ce qui concerne le mode de réduction, la loi prévoit la possibilité de réduire temporairement ou définitivement les prestations en espèces. Dans l'assurance obligatoire en cas d'accidents et dans l'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 (ATFA 1962, p. 106 = RCC 1962, p. 404).

Il convient pourtant d'y déroger dans le présent cas. L'article 7, 1^{er} alinéa, LAI mentionne expressément l'aggravation de l'invalidité. En l'occurrence, semble-t-il, l'assuré a aggravé son invalidité en retardant ou compromettant sa guérison, et cela plus particulièrement en quittant prématurément le sanatorium. Toutefois, le 26 avril 1962, l'assuré a regagné l'hôpital cantonal, mettant ainsi un terme à son comportement fautif. Bien que son retour dans un établissement hospitalier n'efface pas les suites de son

attitude antérieure, il se justifie néanmoins de limiter en conséquence la durée de la réduction de la rente.

En soi, les conditions mises à la réduction des prestations seraient réalisées au moment du départ prématuré du sanatorium (le 20 novembre 1960). Toutefois, comme le droit à une rente ne prend naissance qu'à partir du 1^{er} avril 1961, la réduction ne peut être opérée auparavant. Le 26 avril 1962, l'assuré a regagné un établissement hospitalier. Comme relevé plus haut, la rente est allouée pour tout le mois au cours duquel le droit à la rente est né (art. 29, 1^{er} al., LAI). Ce principe est également applicable lorsqu'il s'agit de préciser le moment où la réduction prend fin. Aussi conviendrait-il de verser intégralement la rente à partir du 1^{er} avril 1962.

3. Le dossier doit dès lors être renvoyé à la caisse intimée pour qu'elle fixe le montant de la rente d'invalidité et de la rente complémentaire conformément aux considérants qui précèdent. L'administration devra examiner en outre si, depuis qu'il a quitté l'hôpital cantonal, l'assuré a enfreint les ordres du médecin ou a repris une activité dommageable pour sa santé, ce qui justifierait une nouvelle réduction des prestations. Demeure réservée la possibilité d'une revision en cas d'amélioration de la capacité de gain (art. 41 LAI).

Arrêt du TFA, du 27 novembre 1962, en la cause N. G.

Articles 4 et 29, 1^{er} alinéa, LAI. L'incapacité de gain peut être présumée permanente lorsque l'état de santé de l'assuré est suffisamment stabilisé pour laisser prévoir que l'incapacité s'étendra vraisemblablement à toute la période normale d'activité, compte tenu des probabilités moyennes de vie de la classe d'âge. Une telle stabilité n'est pas donnée en cas de processus morbide, tel qu'une affection aiguë.

Articles 29, 1^{er} alinéa, LAI et 29 RAI. S'agissant d'une assurée atteinte d'une affection évolutive, qui a suspendu son travail de juin à mi-septembre 1960, pour reprendre, à cette date, une activité partielle jusqu'au 17 novembre 1960 avant de cesser définitivement de travailler, le délai de 360 jours d'incapacité totale de travail commence à courir dès le 18 novembre 1960.

Articoli 4 e 29, capoverso 1, LAI. L'incapacità al guadagno può essere presunta permanente quando lo stato di salute dell'assicurato si è sufficientemente stabilizzato, permettendo di prevedere che l'incapacità si estenderà con verosimiglianza su tutto il periodo normale d'attività, tenuto conto della durata probabile media di sopravvivenza della classe d'età. Una tale stabilità non sussiste nel caso di processo morboso, come, ad esempio, un'affezione acuta.

Articoli 29, capoverso 1, LAI e 29 OAI. Nel caso di un'assicurata, sofferente di un'affezione progressiva, che ha smesso di lavorare da giugno a metà settembre per riprendere, da questa data, un'attività parziale fino al 17 novembre 1960 prima di cessare definitivamente di lavorare, il periodo di 360 giorni d'incapacità totale al lavoro decorre dal 18 novembre 1960.

L'assurée, née en 1903, a été opérée pour une affection cancéreuse en 1954. Des métastases survenues dès le printemps de l'année 1960 ont nécessité une cure de radiothérapie et entraîné la suspension de l'activité le 23 juin; après une reprise partielle

du travail le 15 septembre, l'assurée a dû cesser toute activité dès le 17 novembre 1960. Elle est décédée en mars 1962. Saisie d'une demande de prestations, la commission AI, constatant que l'assurée avait touché son plein salaire jusqu'à fin janvier 1961, lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} février 1961. Sur recours de l'intéressée, la commission de recours a fixé le début du droit à la rente au 1^{er} novembre 1960, le versement du salaire par l'employeur n'étant, à son avis, pas déterminant.

Sur appel de l'OFAS, le TFA a annulé les décisions antérieures et a reconnu le droit à une rente pour la période du 1^{er} novembre 1961 au 31 mars 1962. En voici les motifs:

1. Selon l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit à une rente lorsqu'il est invalide pour la moitié (50 pour cent) au moins; dans les cas pénibles, une rente peut être allouée déjà lorsque l'assuré est invalide pour les deux cinquièmes (40 pour cent) au moins. L'article 4 LAI définit l'invalidité comme étant « la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident ».

Pour qu'il y ait droit à la rente, il ne suffit donc pas d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Il faut que l'atteinte à la santé physique ou mentale qui en résulte entraîne une incapacité de gain qui puisse être présumée permanente ou de longue durée.

2. L'article 29, 1^{er} alinéa, LAI règle l'ouverture du droit à la rente en partant de la définition légale de l'invalidité et des deux hypothèses qu'elle comporte. Aux termes de cette disposition, le droit à la rente prend ainsi naissance dès que l'assuré ou bien « présente une incapacité permanente de gain de la moitié au moins », ou bien « a été totalement incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs et subit encore une incapacité de gain de la moitié au moins ».

L'incapacité de gain peut être présumée permanente lorsque l'état de santé physique ou mental de l'assuré est suffisamment stable pour laisser prévoir que l'incapacité s'étendra vraisemblablement à toute la période normale d'activité, compte tenu des probabilités moyennes de vie de la classe d'âge, et que la capacité ne pourra être rétablie entièrement ou dans une mesure notable par des mesures de réadaptation. Comme l'a reconnu la jurisprudence (voir p. ex. arrêt M. S., du 22 septembre 1962, RCC 1963, p. 83), cette stabilité n'est pas donnée en cas de processus morbide, tel que des affections aiguës, et l'invalidité permanente, au sens de la première hypothèse envisagée à l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, ne peut donc, en règle générale, pas être admise lors de maladies évolutives.

L'incapacité de gain de longue durée, en revanche, n'implique pas une telle prévision de permanence. L'article 29, 1^{er} alinéa, LAI tient cette seconde hypothèse pour réalisée, en matière de rente, lorsque l'assuré a été frappé d'incapacité totale de travail durant 360 jours consécutifs. Ainsi, en cas de maladie évolutive entraînant l'incapacité totale de travail, mais ne permettant en règle générale pas d'admettre l'invalidité permanente au sens de la première hypothèse, le droit à la rente prend naissance dès l'échéance d'un délai de 360 jours, si l'assuré est frappé encore d'une incapacité de gain de la moitié au moins. La durée ultérieure de cette incapacité n'est alors pas déterminante (voir p. ex. arrêt S. F., du 5 novembre 1962, RCC 1963, p. 131).

3. En l'espèce, l'invalidité de l'assurée ne pouvait être présumée permanente. Lors de la cessation de l'activité, en effet, on ne se trouvait manifestement pas en présence d'un état stable laissant prévoir une incapacité de gain s'étendant à toute la période normale d'activité; le caractère malin et progressif de la maladie rendait bien plutôt vraisemblable un décès plus ou moins proche. La première hypothèse envisagée à l'arti-

cle 29, 1^{er} alinéa, LAI n'étant ainsi pas réalisée, le droit à la rente ne pouvait prendre naissance qu'à l'échéance du délai de 360 jours fixé dans la seconde hypothèse.

La loi exige durant ce délai une incapacité totale de travail. Or, après une première suspension dès le mois de juin 1960, l'assurée avait repris son activité à la fin de l'été; bien que cette reprise n'ait été que partielle, sa durée de deux mois (débordant la marge de tolérance instituée à l'art. 20 RAI pour de brèves reprises du travail) ne permet pas d'en faire abstraction. L'incapacité totale de travail ne peut être admise que dès la cessation définitive intervenue en novembre 1960, et le droit à la rente ne peut prendre naissance que dès le 1^{er} novembre 1961, pour s'éteindre à la fin du mois du décès, soit le 31 mars 1962.

Arrêt du TFA, du 30 novembre 1962, en la cause A. P.

Articles 42 LAI et 39 RAI. L'assuré qui souffre d'une héli-parésie gauche avec atrophie musculaire et n'a besoin de l'aide d'autrui que pour se raser, pour boutonner ses habits, attacher ses souliers et pour couper ses aliments, n'est pas atteint d'une impotence justifiant l'octroi d'une allocation pour impotent.

Article 41 LAI. Lorsque l'assuré fait valoir, au cours de la procédure de recours, que son impotence s'est sensiblement aggravée entretemps, il appartient alors tout d'abord à la commission AI de procéder à une révision du cas et de rendre un prononcé.

Articoli 42 LAI e 39 OAI. L'assicurato sofferente d'emiplegia sinistra e d'atrofia muscolare che necessita dell'aiuto di terzi soltanto per radersi, per abbottonare i suoi abiti, per calzarsi e per tagliare i cibi, non è colpito d'impotenza che giustifichi l'erogazione di un assegno per invalidi senza aiuto.

Articolo 41 LAI. Se un assicurato fa valere, nel corso della procedura di ricorso, che la sua impotenza si è sensibilmente aggravata, la commissione AI deve procedere a una revisione del caso e emanare una deliberazione.

L'assuré, qui souffre d'une héli-parésie gauche avec atrophie musculaire depuis 1956, n'est plus capable de travailler comme domestique de campagne et vit chez son frère qui l'héberge sans contre-prestation de travail. Après avoir été, à la suite d'une première demande, reconnu invalide à 100 pour cent et mis au bénéfice d'une rente simple d'invalidité dès le 1^{er} janvier 1960, il présenta, le 13 janvier 1961, une nouvelle demande tendant à être mis au bénéfice d'une allocation pour impotent. Se fondant sur le prononcé négatif de la commission AI du 12 septembre 1961, la caisse de compensation lui notifia, le 12 octobre 1961, une décision de refus.

Sur recours de l'intéressé et se fondant sur le rapport fourni par le médecin qu'elle avait chargé d'une expertise, l'autorité de première instance arriva à la conclusion que l'assuré était impotent aux deux tiers dès le 1^{er} janvier 1961. L'appel interjeté par l'OFAS contre ce jugement fut approuvé par le TFA pour les motifs suivants:

Dans plusieurs arrêts (M. N., RCC 1961, p. 343; R. W. et L. P., ATFA 1961, p. 58 et 343 = RCC 1962, p. 42 et 171), le TFA a défini la notion d'impotence au sens de l'article 42 LAI et a précisé les critères à retenir pour l'évaluation du degré d'impotence selon l'article 39 RAI. Doit être considéré comme impotent celui qui doit recourir à l'assistance et aux services de tiers pour l'accomplissement des fonctions quotidiennes les plus usuelles, soit se vêtir, se dévêtir, prendre ses repas et aller aux toilettes. Etant donné cependant que la notion d'impotence implique la nécessité pour l'assuré d'avoir

recours à autrui dans une mesure qui n'est pas négligeable, une impotence de faible degré ne peut être admise que si l'aide nécessaire atteint une certaine ampleur. Il n'y a lieu, dès lors, de reconnaître l'existence d'une impotence de degré moyen que si l'invalidé doit avoir recours à l'aide d'autrui pour la plupart des fonctions quotidiennes, et de qualifier d'impotence grave celle que présente l'invalidé qui est dans l'impossibilité totale ou quasi totale d'accomplir seul aucun des actes courants de la vie.

Le 12 septembre 1961, lorsqu'elle s'est prononcée, la commission AI a estimé que l'impotence de l'assuré n'était pas accusée au point de justifier l'octroi d'une allocation pour impotent. Comme le TFA l'a bien précisé dans les arrêts mentionnés ci-dessus, il faut laisser aux commissions AI une grande latitude dans l'appréciation des circonstances de chaque cas et dans l'évaluation de degré d'impotence. Or, dans l'espèce, aucun élément ne démontre ou tout au moins ne rend vraisemblable que la commission AI, au moment où elle s'est prononcée, n'ait pas tenu compte de l'ensemble des circonstances et qu'elle ait mal apprécié l'ampleur et les répercussions des troubles de santé de l'assuré.

Dans le questionnaire qu'il a rempli le 7 juin 1961, l'assuré reconnaissait qu'il pouvait accomplir seul tous les actes ordinaires de la vie, si ce n'est couper son pain, prendre un bain et se déplacer facilement. Ces indications sont confirmées dans l'essentiel dans sa lettre de recours du 9 novembre 1961. Toutefois, il y relève que son « état de santé, loin de s'améliorer, va plutôt en s'aggravant » et l'oblige à avoir recours plus qu'auparavant, à l'aide d'autrui, notamment pour se raser, pour boutonner ses habits, attacher ses souliers et couper ses aliments. Au vu des renseignements fournis par le requérant lui-même, cette aide était donc très limitée, notamment dans le temps. A ce moment-là, le requérant ne devait pas, par conséquent, présenter une impotence assez marquée pour pouvoir prétendre une allocation (cf. l'arrêt M. N., RCC 1961, p. 343, dans lequel le TFA a jugé que la nécessité de l'aide d'autrui pour accomplir des actes quotidiens limités dans le temps, tels que se vêtir, se dévêtir, se lever ou se coucher, ne donnait pas encore droit à une allocation pour impotent).

Par la suite, l'état de l'assuré paraît, il est vrai, s'être sensiblement aggravé. Le médecin chargé d'une expertise par le juge cantonal évalue, dans son rapport du 18 juin 1962, à 50 pour cent le degré d'impotence de l'assuré et affirme que « cette impotence croissante s'est manifestée dès janvier 1961 environ ». Le juge cantonal a considéré que les conclusions du médecin ne permettaient pas de maintenir le prononcé de la commission AI et justifiaient l'octroi d'une allocation pour impotent à partir du 1^{er} janvier 1961.

Ainsi que le relève justement l'OFAS dans son mémoire d'appel, il appartenait au juge cantonal de contrôler l'exactitude du prononcé de la commission AI par rapport à l'état de fait et de droit qui existait au moment où il a été rendu. Or, comme il a été exposé ci-dessus, il faut admettre qu'en septembre 1961, la commission AI était certainement fondée à nier l'existence d'une impotence assez importante pour justifier l'octroi d'une allocation à ce titre. Le médecin n'a examiné le patient que le 15 juin 1962. S'il a évalué à 50 pour cent le degré d'impotence, il a bien précisé toutefois que cette estimation était faite par rapport à la situation de juin 1962 et il reconnaît, d'autre part, que l'impotence croissante du patient s'est manifestée dès janvier 1961 environ. Cependant, à cette date-là et au cours des mois suivants, notamment en septembre 1961, mois au cours duquel la commission AI rendit son prononcé, le degré d'impotence ne devait pas avoir encore atteint le taux de 50 pour cent existant, au dire du médecin, en juin 1962. Ni les conclusions de ce médecin, ni les renseignements fournis par d'autres pièces du dossier ne permettaient par conséquent au juge cantonal de considérer comme établi à satisfaction de droit que l'assuré était impotent aux deux tiers à partir du 1^{er} janvier 1961 déjà, ou comme démontré que la commission AI n'avait pas sainement apprécié l'ensemble des circonstances en rendant son prononcé.

Les pièces du dossier, notamment les déclarations de l'assuré et les renseignements fournis par le médecin, indiquent en revanche que l'état de l'assuré s'est aggravé et que sa situation n'est plus la même qu'en septembre 1961. Le juge cantonal n'était pas fondé toutefois à examiner si une aggravation était effectivement survenue depuis le prononcé de la commission AI et à fixer les prestations revenant à l'assuré. C'est en effet à la commission AI qu'il appartient de trancher cette question, d'office ou sur requête, et de procéder à une révision par la voie administrative si les circonstances du cas le justifient. Le juge cantonal aurait donc dû renvoyer l'assuré à mieux agir ou transmettre directement le dossier à la commission AI.

Au vu de ce qui précède, le jugement cantonal ne peut être maintenu. Dans la mesure où il s'agit de la période antérieure au 12 septembre 1961, le refus d'une allocation pour impotent, tel qu'il a été prononcé par la commission AI et notifié à l'assuré par la décision de la caisse de compensation, doit être confirmé. Quant au droit à une telle allocation pour la période postérieure au 12 septembre 1961, il ne saurait être établi dans la présente procédure, mais c'est à la commission AI qu'il appartient de le faire. Le dossier doit dès lors être transmis à celle-ci avec mission de rechercher si l'état du requérant s'est effectivement aggravé depuis septembre 1961 (il serait peut-être indiqué que les médecins, qui avaient examiné le patient auparavant, soient invités à comparer leurs constatations avec celles de juin 1962). Cela fait, la commission devra dire si et, dans l'affirmative, depuis quelle date l'assuré remplit les conditions posées par la loi et la jurisprudence pour être mis au bénéfice d'une allocation pour impotent.

Arrêt du TFA, du 15 décembre 1962, en la cause F. L.

Articles 48, 2^e alinéa, LAI et 85, 1^{er} alinéa, RAI. L'assuré qui avait droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 1960, mais qui n'a présenté une demande à l'AI qu'après le 30 juin 1961, n'a droit à une rente qu'à partir du mois dans lequel il a agi. L'ignorance du droit est à cet égard sans importance.

Articoli 48, capoverso 2, LAI e 85, capoverso 1, OAI. L'assicurato che aveva diritto ad una rendita d'invalidità a decorrere dal 1^o gennaio 1960, ma che ha presentato una richiesta soltanto dopo il 30 giugno 1961, ha diritto alla rendita soltanto a contare dal mese in cui ha agito. L'ignoranza del diritto è in tal caso irrilevante.

L'assuré, né en 1898, était fonctionnaire; il a été mis à la retraite prématurément le 1^{er} janvier 1957, le médecin l'ayant déclaré entièrement inapte au travail. Le 12 novembre 1961, il demanda des prestations de l'AI. Se fondant sur un prononcé de la commission AI, qui fixait à 100 pour cent l'invalidité de l'assuré, la caisse de compensation lui accorda une rente entière d'invalidité pour couple à partir du 1^{er} novembre 1961. L'assuré recourut pour obtenir que la rente lui soit allouée dès le 1^{er} janvier 1960, mais ce recours fut rejeté.

L'appel de l'assuré, qui prétendait n'avoir pas eu connaissance des dispositions relatives aux délais de la demande, a été rejeté par le TFA pour les motifs suivants:

Selon l'article 48, 2^e alinéa, LAI, la rente n'est allouée qu'à partir du mois dans lequel l'assuré a déposé sa demande, si celui-ci a agi plus de six mois après la naissance du droit. L'article 116, 1^{er} alinéa, RAI précise que ce délai de six mois commence à courir le 1^{er} janvier 1961 au plus tôt.

L'assuré est, d'après les constatations du médecin, entièrement inapte au travail depuis fin 1956, donc entièrement invalide au sens de la LAI. Les personnes qui sont devenues invalides avant l'entrée en vigueur de la LAI (1^{er} janvier 1960) sont réputées invalides à partir du 1^{er} janvier 1960 (art. 85, 1^{er} al., LAI). Le droit de l'assuré à une rente est donc né le 1^{er} janvier 1960, ce qui n'est pas contesté.

L'assuré ne s'étant annoncé à l'AI qu'en novembre 1961, soit après l'expiration du délai de six mois fixé par l'article 48, 2^e alinéa, LAI, et par l'article 116, 1^{er} alinéa, RAI, la rente ne peut, conformément à la réglementation en vigueur, être allouée qu'à partir du mois où la demande a été présentée.

Une restitution du délai de six mois ne serait possible que si l'assuré avait été empêché, sans qu'il y ait eu de sa faute (par exemple maladie grave), d'agir avant l'expiration du délai. Un tel empêchement n'a pas été invoqué. L'ignorance du droit alléguée par l'assuré ne permet pas une restitution du délai. Une telle solution serait contraire au principe selon lequel nul ne peut se prévaloir de son ignorance du droit, sous réserve des exceptions légales expresses (comme en connaît le droit des assurances sociales, p. ex. en ce qui concerne l'indication des moyens de droit).

L'appel n'est donc pas fondé et doit être rejeté.

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 3 décembre 1962, en la cause M. D.

Article 69 LAI. Une nouvelle prétention de l'assuré peut être examinée en procédure d'appel quand elle est si étroitement liée à l'objet du litige que l'on peut parler d'une unité de l'état de fait. (Considérant 1.)

Article 78, 2^e alinéa, RAI. L'acquisition d'une automobile, sans laquelle une assurée n'aurait pu entreprendre son activité professionnelle, doit être considérée comme urgente. (Considérant 2.)

Article 78, 2^e alinéa, RAI. Si une demande est déposée dans le délai prescrit, celui-ci est réputé observé pour tous les droits de l'assuré pouvant exister à ce moment. (Considérant 2.)

Articles 21, 2^e alinéa, LAI et 14, 1^{er} alinéa, lettre g, RAI. Si les conditions de la remise d'un véhicule à moteur sont en principe remplies, mais que le véhicule acquis par l'assuré lui-même n'est pas une voiture automobile légère, d'un modèle simple et adéquat, l'AI n'accorde qu'une contribution annuelle aux frais d'amortissement. (Considérant 3.)

Articolo 69 LAI. Una nuova pretesa dell'assicurato può essere esaminata in sede d'appello quando è così strettamente vincolata all'oggetto litigioso da poter essere considerata come facente parte del complesso della fattispecie. (Considerando 1.)

Articolo 78, capoverso 2, OAI. L'acquisto di un'automobile senza la quale un'assicurata non avrebbe potuto iniziare la sua attività professionale, deve essere considerato di carattere urgente. (Considerando 2.)

Articolo 78, capoverso 2, OAI. Se una richiesta è presentata nel termine

prescritto, questo è considerato come osservato per tutti i diritti dell'assicurato allora esistenti. (Considerando 2.)

Articoli 21, capoverso 2, LAI e 14, capoverso 1, lettera g, OAI. In via di principio, se i requisiti per la consegna di un veicolo a motore sono soddisfatti, ma il veicolo acquistato dall'assicurato stesso non è una vettura utilitaria, di tipo semplice e adeguato, l'AI assegna soltanto un contributo annuo per le spese d'ammortamento. (Considerando 3.)

L'assurée, née en 1913, souffre d'une luxation congénitale de la hanche droite et boite depuis son enfance. Son état empirant, elle dut subir en janvier 1960 une ostéotomie intertrochantérienne. Cette opération ne parvint pas à faciliter la marche de l'assurée et à supprimer les douleurs. En octobre 1961, l'assurée se plaignait encore de douleurs intermittentes; elle ne pouvait marcher sans canne plus de 200 à 300 mètres. L'opération l'avait obligée à interrompre l'activité de téléphoniste qu'elle exerçait depuis 1955; à partir du 1^{er} octobre 1960, elle put de nouveau travailler toute la journée avec un salaire normal, ayant déjà repris le travail partiellement le 1^{er} août 1960. En août 1960, elle s'acheta une automobile pour 8200 francs, car elle ne pouvait, par suite de son infirmité, se rendre à son travail sans véhicule.

Le 5 septembre 1960, l'assurée demanda des prestations de l'AI. La commission AI décida de prendre en charge les frais de l'opération, y compris le séjour à l'hôpital et les examens médicaux; la caisse de compensation notifia une décision dans ce sens le 26 avril 1961. Le 20 septembre 1961, l'assurée demandait à la commission AI une contribution aux frais d'automobile; la commission accepta la prise en charge des frais de réparation pour une petite automobile, mais refusa une contribution aux frais d'entretien du véhicule, vu qu'il ne s'agissait pas d'un cas pénible. L'assurée recourut et demanda une contribution aux frais d'entretien, mais son recours fut rejeté.

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

1. En l'espèce, une décision a été rendue seulement sur la question des frais de réparation et d'entretien du véhicule acheté par l'assurée; la question du droit de l'assurée à une contribution aux frais d'acquisition n'a pas été l'objet d'une décision. En principe, le juge ne peut que modifier une décision; il ne peut en rendre une sur la base d'un état de fait extérieur à la décision rendue. Par souci d'économie de procédure, le TFA a toutefois admis les deux dérogations suivantes (cf. arrêt du 13 mars 1962 en la cause H. K., ATFA 1962, p. 81 = RCC 1962, p. 358):

- 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;
- b) l'extension de la procédure à l'examen d'une autre prétention, qui doit au moins avoir été l'objet d'une déclaration de l'administration en cours de procès.

Dans les circonstances du cas présent, on peut admettre, avec l'OFAS, que la prétention à une contribution aux frais d'achat de l'automobile est si étroitement liée à la prétention (objet de la décision) au remboursement des frais de réparation et à l'octroi d'une contribution à l'entretien que l'on peut parler d'une unité de l'état de fait. Ces prétentions concernent le même moyen auxiliaire et se fondent sur les mêmes bases juridiques. En outre, la caisse de compensation s'est prononcée, en procédure de recours comme en procédure d'appel, au sujet de la demande de prise en charge des frais d'acquisition de l'automobile. Rien ne s'oppose, par conséquent, à l'examen de cette demande en procédure d'appel.

2. ...

La mesure de réadaptation litigieuse en l'espèce a été exécutée avec l'achat et la mise en service du véhicule en août 1960. Cette mesure a été exécutée avant le dépôt de la demande de l'assurée à l'AI; elle est donc soumise aux conditions énoncées à l'article 78, 2^e alinéa, RAI. L'urgence de cet achat en août 1960 doit être admise en l'espèce. L'assurée devait faire tout ce qui était possible pour rétablir au plus vite son entière capacité de gain. Sans automobile, elle n'aurait pu entreprendre son activité de téléphoniste, car son état de santé l'empêchait manifestement d'effectuer le trajet jusqu'à son lieu de travail (1,8 km.) sans ce véhicule. En outre, l'assurée s'est annoncée à temps à l'AI, après avoir exécuté ladite mesure urgente. Est déterminante, en effet, la demande du 5 septembre 1960, date à laquelle le délai de trois mois de l'article 116, 2^e alinéa, RAI n'avait pas commencé à courir. Cette demande, il est vrai, ne visait pas expressément l'octroi d'une automobile ou une subvention aux frais d'acquisition; mais il n'est pas nécessaire que dans une demande à l'AI, la prise en charge d'une mesure déjà exécutée soit expressément sollicitée. Lorsqu'une demande est déposée à l'AI, le délai utile est réputé observé pour tous les droits de l'assuré pouvant exister au moment de ce dépôt. Rien ne s'oppose donc, formellement, à la prise en charge des frais d'acquisition de l'automobile, ni à l'octroi d'une contribution à ces frais.

3. Il n'est pas contesté que l'assurée remplit les conditions posées aux articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 15, 2^e alinéa, RAI pour la remise d'un véhicule à moteur. La commission AI a d'ailleurs pris en charge les frais de réparation du véhicule acheté par l'assurée, ce qui implique, conformément à l'arrêt M. B. du 4 septembre 1961 (ATFA 1961, pp. 253-254 = RCC 1961, p. 425), que ce véhicule est bien un moyen auxiliaire au sens de ces dispositions. Toutefois, un remboursement après coup de la totalité des frais d'acquisition n'est pas possible. La liste des moyens auxiliaires donnée à l'article 14 RAI n'indique, sous lettre g, que des voitures automobiles légères; en outre, l'AI n'accorde que des moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat (art. 21, 2^e al., LAI). L'automobile que l'assurée a achetée ne répond pas à ces conditions. D'ailleurs, l'assurée ne demande qu'une contribution aux frais d'achat. Dans les circonstances de ce cas, l'AI peut accorder une contribution sous forme d'une quote-part d'amortissement annuelle, calculée sur la base des frais d'acquisition d'une petite automobile, d'un modèle simple et adéquat, compte tenu de l'usure du véhicule pour les trajets jusqu'au lieu de travail, qui sont seuls déterminants en vertu de l'article 15, 2^e alinéa, RAI. L'OFAS a admis avec raison que l'assurée aurait obtenu de l'AI une automobile de 5382 francs, utilisable pour ces trajets pendant 8 ans. En conséquence, l'assurée a droit, depuis le mois d'août 1960, à titre de contribution à ses frais, à une quote-part annuelle d'amortissement de 670 francs, pour une durée de 8 ans, à condition qu'elle ait besoin d'une voiture pendant tout ce temps pour aller à son travail et utilise à cette fin le véhicule actuel.

4. Pour le reste, l'AI doit incontestablement prendre en charge les frais de réparation de l'automobile achetée, jusqu'à concurrence du montant des frais occasionnés par une petite automobile. L'assurée a renoncé, avec raison, à demander une contribution aux frais d'entretien. L'octroi d'une telle contribution supposerait, en effet, l'existence d'un cas pénible. Or, on ne peut parler de cas pénible que si le revenu du requérant n'atteint pas la limite déterminante pour le droit à la rente extraordinaire selon l'article 42 LAVS (cf. arrêt M. B., déjà cité, à la page 255 de la publication des ATFA). Cette condition n'est manifestement pas remplie en l'espèce.

CHRONIQUE MENSUELLE

La *sous-commission spéciale pour la 6^e revision de l'AVS*, créée par la commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, a tenu sa troisième séance les 14 et 15 mai. Elle a discuté toutes les questions de la revision ayant des répercussions financières. Sur la base des décisions qu'elle a prises, un rapport au Conseil fédéral est actuellement projeté et sera présenté à la commission plénière.

* * *

La *commission du contentieux* s'est réunie les 28 et 29 mai sous la présidence de M. Achermann, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a discuté un projet de circulaire sur le contentieux dans l'AVS, l'AI et le régime des APG.

* * *

L'*Association des caisses de compensation professionnelles* a tenu les 30 et 31 mai son assemblée annuelle sous la présidence de M. G. Garnier, gérant de la caisse de compensation « Industries vaudoises », et en présence de quelques représentants de l'Office fédéral des assurances sociales. Après discussion des objets prévus par les statuts, le directeur Derron, de l'Union centrale des associations patronales suisses, parla des travaux préliminaires de la 6^e revision de l'AVS.

* * *

Le Conseil fédéral a présenté à l'Assemblée fédérale, le 31 mai, un message à l'appui d'un projet de *loi modifiant celle sur les allocations aux militaires pour perte de gain*. La RCC reviendra sur cette question dans le prochain numéro.

A propos des comptes d'exploitation de 1962 de l'AVS, de l'AI et du régime des APG

Les résultats des comptes d'exploitation de 1962 ont été brièvement exposés dans la RCC de mars, page 93. Ces comptes ont été approuvés, depuis lors, par le conseil d'administration du Fonds de compensation de l'AVS, le 2 mai 1963, puis par le Conseil fédéral, le 24 mai 1963. Dans le présent article, ils seront commentés un peu plus en détail que d'habitude et comparés à ceux des années précédentes ; c'est que l'AVS et le régime des APG sont arrivés au seuil de nouvelles revisions, et les améliorations éventuelles influenceront automatiquement les prestations en espèces de l'AI.

L'assurance-vieillesse et survivants

Le tableau 1 montre l'évolution financière de l'AVS au cours des trois dernières années.

Compte d'exploitation de l'AVS

Montants en millions de francs

Tableau 1

Articles du compte	1960		1961		1962	
	Dépenses	Recettes	Dépenses	Recettes	Dépenses	Recettes
1. Cotisations des assurés et des employeurs . . .		798,2		906,5		1004,8
2. Prestations	721,1		848,4		987,5	
3. Contributions des pouvoirs publics		160,0		160,0		160,0
4. Produit des placements et réévaluations		160,9		177,1		187,9
5. Frais d'administration .	12,3		12,7		10,8	
6. Solde du compte d'exploitation	385,7		382,5		354,4	
Total . . .	1119,1	1119,1	1243,6	1243,6	1352,7	1352,7

Les cotisations des assurés ont dépassé le milliard

L'accroissement annuel, toutefois, s'est quelque peu ralenti. De 1960 à 1961, il avait été de 108,3 millions ; de 1961 à 1962, il n'a atteint que 98,3 millions. La Confédération et les cantons ont de nouveau fourni leur contribution, soit 160 millions. Les intérêts du Fonds de compensation de l'AVS, qui avaient dépassé pour la première fois, en 1960, les contributions des pouvoirs publics, ont atteint le montant de 187,9 millions. Les cotisations des assurés et des employeurs représentent 74 pour cent, les contributions des pouvoirs publics 12 pour cent et les intérêts 14 pour cent des recettes totales. La première année de l'AVS, la quote-part de la Confédération et des cantons était de 27 pour cent.

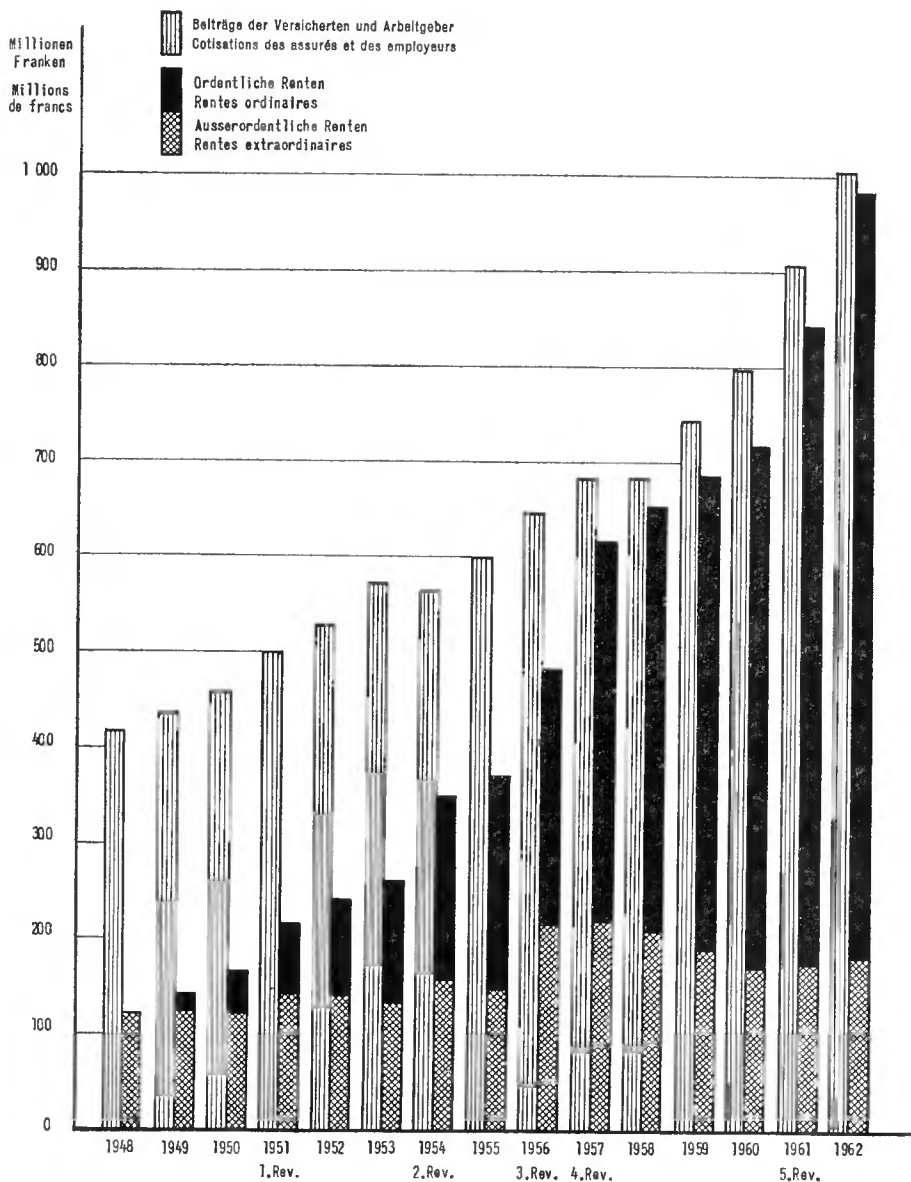
En 1962, la 5^e revision de l'AVS, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1961, a produit pour la première fois tous ses effets

Les rentes versées ont dépassé de 139,1 millions celles de 1961. Les prestations de l'assurance ont donc augmenté de 16,4 pour cent ; par rapport à 1960, l'augmentation est de 37 pour cent. En 1963, le milliard sera atteint ici également. Il est frappant de constater à quel point les rentes extraordinaires se maintiennent. Leur part ne représente, il est vrai, plus qu'un cinquième à peine de la somme des rentes ; toutefois, en valeur absolue, ces rentes ont atteint, en 1962, un montant de 182 millions, soit 60 millions de plus qu'en 1948. Ainsi, les augmentations successives des rentes et l'agrandissement du cercle des bénéficiaires ont eu pour effet que les anciennes rentes transitoires, quinze ans après leur institution, atteignent un montant qui est environ de la moitié plus élevé que dans la première année de l'AVS, où il n'existait pas encore de rentes ordinaires (voir graphique, p. 240).

Les rentes ont presque atteint le montant total des cotisations des assurés et des employeurs

Le graphique ci-dessous montre l'évolution des cotisations et des rentes depuis l'entrée en vigueur de l'AVS. Le tableau 2 donne les chiffres correspondants. En 1953/54 et 1957/58, les circonstances ont quelque peu changé, les comptes annuels ayant été arrêtés à d'autres dates. Toutefois, la situation peut se résumer de cette manière : Les cotisations ont augmenté, de 1948 à nos jours, plus ou moins régulièrement, jusqu'à atteindre une somme de 2,4 fois plus élevée qu'au début ; les rentes ont augmenté bien plus encore, soit de 8,1 fois. Depuis 1957, les versements de rentes représentent 90 pour cent et plus des cotisations encaissées ; en 1962, ce rapport a atteint 98 pour cent. Les cotisations de 1961 n'auraient plus suffi à payer les rentes de 1962.

Evolution des cotisations et des rentes dans l'AVS de 1948 à 1962



Cotisations et rentes dans l'AVS de 1948 à 1962

Tableau 2

Années	Cotisations ¹ en millions de francs	Rentes		Revisions de la loi
		en millions de francs	en pour cent des cotisations	
1948	418	122	29	1 ^{re} rev. 1.1.51
1949	436	141	32	
1950	458	164	36	
1951	501	215	43	
1952	528	241	46	
1953	570 ²	260	46	2 ^e rev. 1.1.54
1954	564 ²	350	62	
1955	600	372	62	
1956	645	482	75	3 ^e rev. 1.1.56
1957	683 ²	616	90	4 ^e rev. 1.1.57
1958	682 ²	653	96	5 ^e rev. 1.7.61
1959	744	687	92	
1960	798	718	90	
1961	907	845	93	
1962	1005	984	98	
Total	9539	6850	—	

¹ Des assurés et des employeurs.
² En 1953/54 et 1957/58, les comptes annuels ont été arrêtés à d'autres dates.

Relevons, enfin, que l'AVS, qui est âgée maintenant de 15 ans et a subi cinq revisions, a encaissé jusqu'à présent 9,54 milliards de francs de cotisations d'employeurs et d'assurés et a versé pour 6,8 milliards de rentes. 43,4 pour cent de ces recettes et 56,7 pour cent des prestations appartiennent aux cinq dernières années, ce qui montre à quel rythme s'est développée la plus importante institution sociale de notre pays.

Les frais d'administration se maintiennent dans des limites normales

La somme de ces frais se compose, comme d'habitude, des subsides aux caisses cantonales de compensation (6 millions), des dépenses pour la Centrale de compensation et la Caisse suisse de compensation (2,8 millions), du remboursement à la poste pour l'affranchissement à forfait (2 millions) et de quelques positions secondaires. Les montants des années précédentes étaient plus élevés ; en 1960, l'acquisition de l'ordinateur électronique pour la Centrale de compensation avait lourdement chargé le budget ; en 1961, par suite d'un chan-

gement dans la facturation, il avait fallu payer l'affranchissement à forfait pour deux ans.

L'assurance-invalidité

Les dépenses de l'AI se sont élevées en 1962 à 168,3 millions, les recettes à 185,6 millions. Ce dernier chiffre se compose comme suit : 100,5 millions proviennent des cotisations AI, 84,2 millions (soit la moitié des dépenses) de la Confédération et des cantons et 0,9 million des intérêts du Fonds de compensation. Ces résultats ont déjà été signalés dans un récent numéro de la RCC (p. 137), qui a donné en outre (p. 138) le détail des divers genres de prestations. Le tableau 3 ci-dessous n'est pas aussi détaillé, mais résume les comptes annuels dès 1960.

Compte d'exploitation de l'AI

Montants en millions de francs

Tableau 3

Articles du compte	1960		1961		1962	
	Dépenses	Recettes	Dépenses	Recettes	Dépenses	Recettes
1. Cotisations des assurés et des employeurs . . .		75,4		89,4		100,5
2. Prestations individuelles en espèces	37,3		118,1		122,2	
3. Frais pour mesures individuelles	11,7		31,6		34,6	
4. Subventions aux institutions et organisations	0,3		1,2		5,0	
5. Frais de gestion	4,0		4,6		5,6	
6. Contributions des pouvoirs publics		26,6		78,3		84,2
7. Intérêts		0,5		1,5		0,9
8. Frais d'administration .	0,2		0,8		0,9	
9. Solde du compte d'exploitation	49,0		12,9		17,3	
Total . . .	102,5	102,5	169,2	169,2	185,6	185,6

Les années 1960 à 1962 ont été des années d'introduction

ayant un caractère particulier. Il serait donc faux de tirer des conclusions en comparant les résultats enregistrés pour cette période. D'ailleurs, on ne pour-

rait le faire, quoi qu'il en soit, sans avoir constaté d'abord de quelle manière les bénéficiaires se répartissent sur les diverses catégories de prestations. Une prestation en nature n'est pas aussi facile à exprimer en argent qu'une rente, par exemple. A cet égard, il y a une différence essentielle entre l'AVS et l'AI. Ainsi, une mesure d'orientation professionnelle ou de placement peut, éventuellement, ne rien coûter (à part les travaux administratifs) et obtenir, néanmoins, un plein succès. Un moyen auxiliaire peut être relativement simple et augmenter tout de même d'une manière sensible la capacité de gain de l'invalidé. C'est pourquoi l'on se bornera à constater ici que l'AI a dépensé, au cours des trois premières années de son existence, 378,1 millions et encaissé 457,3 millions. Les dépenses se répartissent comme suit : 73,4 pour cent de prestations individuelles en espèces, 20,6 pour cent de prestations en nature et 6,0 pour cent d'autres dépenses. Ces chiffres, toutefois, ne doivent être interprétés et comparés qu'avec prudence, comme nous l'avons dit plus haut.

L'aide aux invalides, tout spécialement, a été encouragée en 1962

Comme la RCC l'a déjà exposé précédemment, il a fallu beaucoup de temps pour « mettre en train » le subventionnement de l'aide aux invalides. Cette phase initiale peut être considérée, maintenant, comme terminée. Les subventions ont fortement augmenté ; certaines d'entre elles, comme les subventions d'exploitation aux écoles spéciales, les subventions pour des cours, pour les services sociaux et leurs secrétariats, etc., ont déjà été l'objet d'exposés dans cette revue ou seront encore commentées dans les prochains numéros. Il est donc superflu d'examiner ici plus en détail ce domaine si varié. Rappelons, toutefois, un point important : Il est des cas, notamment de subventions pour des constructions, qui ne peuvent être liquidés qu'à longue échéance ; il faut parfois plusieurs années pour que l'on puisse enfin établir le décompte définitif et que la somme totale des subventions soit versée. C'est pourquoi les chiffres d'une seule année (en 1962, par exemple, 1,4 million a été versé pour des subventions de construction) ne révèlent pas grand-chose sur l'ensemble des projets à subventionner, sur l'avancement des travaux, etc. ; ceci d'autant plus que plusieurs projets n'ont pris forme qu'après l'entrée en vigueur de l'AI, car leur réalisation ne pouvait être envisagée auparavant, faute de ressources. Jusqu'à présent, l'AI a reçu 112 demandes de subventions pour des constructions ; dans 60 cas, des subventions ont été promises ou déjà versées, notamment pour quelques grands projets où la subvention accordée atteint 2 millions et plus. L'AI a contribué pour une grande part à la création et à la modernisation d'établissements, en particulier pour les enfants invalides, et facilité considérablement leur exploitation.

Le régime des allocations aux militaires pour perte de gain

Des cotisations sont perçues depuis 1960 pour cette branche des assurances. En 1962, elles ont atteint 99,9 millions, à quoi s'ajoutent les intérêts du Fonds

de compensation, soit 3,9 millions. Les recettes totales s'élèvent donc à 103,8 millions. Quant aux dépenses, elles sont de 84,9 millions pour les allocations aux militaires et de 0,1 million pour les frais d'administration. Le tableau 4 donne les chiffres des APG depuis 1960.

Compte d'exploitation APG

Montants en millions de francs

Tableau 4

Articles du compte	1960		1961		1962	
	Dépenses	Recettes	Dépenses	Recettes	Dépenses	Recettes
1. Cotisations des assurés et des employeurs . . .		74,9		88,7		99,9
2. Prestations	63,6		71,5		84,9	
3. Intérêts		2,8		3,3		3,9
4. Frais d'administration .	0,3		0,3		0,1	
5. Solde du compte d'exploitation	13,8		20,2		18,8	
Total . . .	77,7	77,7	92,0	92,0	103,8	103,8

Le régime des APG est vieux maintenant de dix ans

Il a succédé en 1953 à l'ancien « régime des allocations pour perte de salaire et de gain » datant de la guerre ; révisé en 1959, il va aujourd'hui vers de nouvelles modifications importantes.

Le régime des allocations a joué un rôle d'autant plus grand qu'il a été l'amorce du développement des assurances sociales. Ses prestations atteignent un chiffre imposant. De 1940 à 1947, elles s'élevaient élevées à 1,27 milliard. Depuis 1948, où le régime fut confié à la gestion des caisses de compensation de l'AVS, jusqu'à l'institution du nouveau régime, il y a dix ans, les allocations aux militaires ont représenté une somme de 194 millions. Ainsi, l'ancien régime des allocations a versé des prestations totales de 1,46 milliard. Sous le régime actuel (APG), donc depuis 1953, les allocations payées ont atteint 556,5 millions. Les militaires ont ainsi touché, depuis 1940, plus de 2 milliards de francs d'allocations pour perte de gain.

L'évolution du régime actuel est illustrée par le tableau 5, qui montre nettement, entre autres, les effets de la première révision de la loi. Dans la première phase, de 1953 à 1959, la moyenne annuelle des allocations versées était de 48,1 millions ; dans la seconde phase, dès 1960, de 73,3 millions.

Cette hausse de plus de la moitié est due à l'augmentation des taux, mais aussi à l'augmentation des revenus réalisés avant le service et, surtout en 1962, à l'accroissement des effectifs accomplissant du service. Pour 91 millions de jours soldés, l'administration des APG a travaillé environ 50 millions de cartes-certificats, dont 544 000 (un maximum) en 1962. La collaboration des comptables de troupe a permis d'appliquer sans difficultés ce régime si important pour notre armée.

Allocations pour perte de gain de 1953 à 1962

Tableau 5

Années	Allocations en millions de francs
1953	41,7
1954	48,5
1955	47,0
1956	49,3
1957	44,6
1958	52,7
1959	52,7
1960	63,6
1961	71,5
1962	84,9
Total	556,5

Le Fonds de compensation de l'AVS

A la fin de l'année, les trois assurances sociales possédaient un fonds de 6,56 milliards de francs, ce qui représente un accroissement de 390,5 millions par rapport à 1961. Cette dernière somme se répartit comme suit : AVS 354,4 millions, AI 17,3 millions et APG 18,8 millions. Quant au fonds total, il se compose des parts suivantes (en millions de francs) :

AVS	6344,0
AI	79,2
APG	141,0
Total	6564,2

6,21 milliards ont été placés. La différence consiste en ressources monétaires, comptes courants et comptes transitoires.

Le Fonds de compensation de l'AVS est un facteur de sécurité et d'égalisation qui joue un rôle important dans notre économie nationale

Il a permis, notamment, de financer principalement la construction de logements et d'usines électriques. Ses placements principaux se répartissaient comme suit en 1962 :

Centrales des lettres de gage	1,69 milliard ou 27 pour cent
Banques cantonales	1,18 milliard ou 19 pour cent
Entreprises semi-publiques (en premier lieu entreprises hydro-électriques)	1,02 milliard ou 17 pour cent
Cantons	1,01 milliard ou 16 pour cent

Des placements dont le total est inférieur au milliard ont été faits auprès des communes (13 pour cent), de la Confédération (7 pour cent) et des corporations et institutions de droit public (1 pour cent). Celles-ci comprennent principalement des hôpitaux, ainsi qu'une entreprise électrique.

Les subventions pour les frais d'exploitation des écoles spéciales

1. Généralités

En vertu de l'article 73, 2^e alinéa, lettre a, LAI, ainsi que des articles 105 et 107 RAI, l'AI peut allouer, entre autres prestations, des subventions pour les frais d'exploitation d'écoles publiques ou d'utilité publique.

Le droit à la subvention présuppose notamment que les frais afférents à la formation scolaire spéciale des cas d'AI ne sont pas couverts par les prestations individuelles de l'AI, par les contributions des cantons, des communes et des parents, qui doivent être mises en compte selon l'article 19 LAI, enfin par certaines recettes propres de l'exploitation (par exemple intérêts, produits d'exploitations annexes). Ainsi les dépenses et recettes pour les soins et la formation scolaire des cas ne relevant pas de l'AI ne sont pas retenus pour déterminer un éventuel déficit ; il en va de même des dons, cadeaux et legs. Dans la plupart des cas, ces délimitations modifient la recette et la dépense déterminantes pour le calcul. D'autres modifications peuvent aussi naître du principe selon lequel toutes les dépenses et recettes des cas d'AI, qui concernent effectivement l'exercice (y compris les éventuelles créances et dettes non encore comptabilisées), doivent être prises en considération. Il en résulte qu'on ne peut pas se référer simplement au déficit ou bénéfice ressortant du compte annuel lorsqu'on examine la possibilité d'allouer une subvention en raison des frais d'exploitation.

La seconde condition mise à l'octroi d'une telle subvention exige que l'organisme responsable de l'école spéciale soit une institution publique, c'est-à-dire appartenant à l'Etat (ou à la commune), ou une institution privée reconnue d'utilité publique. Sont reconnues d'utilité publique, selon la pratique en vigueur, les fondations, associations et sociétés coopératives qui ne poursuivent aucun but lucratif, et dont revenu et fortune sont exclusivement affectés à la formation scolaire spéciale dans le cadre de l'aide aux invalides. En outre, l'école spéciale doit appliquer des mesures de réadaptation AI dans une proportion importante, c'est-à-dire au moins dans la moitié des cas ou pendant la moitié de l'ensemble des journées de séjour. Toutefois, si la formation scolaire spéciale n'est appliquée que dans une division de l'établissement, la proportion des cas relevant de l'AI ou de leurs journées de séjour devra atteindre au moins les trois quarts pour la division en question. Il faut enfin que la requérante se soit déjà annoncée à l'Office fédéral des assurances sociales pour être reconnue comme école spéciale, qu'elle remplisse les conditions requises pour la reconnaissance et que les mesures appliquées répondent à un besoin général dans le cadre de la réadaptation d'invalides.

Les écoles spéciales qui désirent obtenir de l'AI une subvention pour frais d'exploitation remplissent une formule spéciale délivrée sur demande par l'Office fédéral des assurances sociales. Comme ces subventions-là ne peuvent être déterminées que sur présentation du compte annuel revisé, leur octroi par l'AI a lieu au plus tôt dans l'année suivant l'exercice déterminant.

2. Les demandes de subventions aux frais d'exploitation

En 1961, 62 demandes de subventions ont été présentées par des écoles spéciales. L'examen de ces requêtes n'a toutefois pu débiter qu'à la fin de l'année, car il fallut d'abord fixer et expliquer en détail les directives et principes relatifs au subventionnement, sur la base du règlement d'exécution de la LAI, du 17 janvier 1961. D'autre part, un grand nombre de demandes durent être tirées au clair et tout autant de dossiers complétés, ce qui retarda sensiblement l'octroi des subventions. C'est ainsi que neuf demandes seulement furent liquidées jusqu'à fin 1962 ; six requérants bénéficièrent de subventions pour un montant global de 200 112 francs, tandis que trois demandes furent écartées, l'une ou l'autre des conditions requises n'étant pas remplies.

Aux 53 demandes restantes vinrent s'en ajouter 63 nouvelles en 1962. Le 31 janvier 1963, 69 des 116 cas en souffrance avaient été traités. Seize requérants ne purent bénéficier d'une subvention, parce qu'aucun déficit ne résultait des cas d'AI ou que l'institution n'était pas reconnue d'utilité publique, ou encore parce que le minimum de cas d'AI ou de journées d'AI n'était pas atteint. Les 53 autres demandes furent agréées, et l'AI accorda aux requérants des subventions pour un montant global de 1 800 253 francs. Le montant de la subvention allouée variait suivant l'importance et la structure des frais de l'école spéciale. La plus petite subvention pour frais d'exploitation octroyée à une école spéciale atteignait 1098 francs et la plus forte 118 116 francs ; la subvention moyenne des années 1961 et 1962 s'est élevée à 30 000 francs.

L'AI et l'aide aux invalides

Les subventions de l'AI aux services sociaux et aux secrétariats des organisations, reconnues d'utilité publique, de l'aide aux invalides

Bien avant l'institution de l'AI, de nombreuses organisations privées s'étaient donné pour tâche de conseiller et d'aider les invalides et leurs proches. Il était donc indiqué que le législateur leur laissât cette activité importante, même après l'entrée en vigueur de la LAI. Il a donc prévu à l'article 74 LAI que des subventions leur seraient accordées en raison des dépenses occasionnées par ces conseils et cette aide, ainsi que pour les frais de secrétariat provoqués par l'exécution de ces tâches. Les conditions mises à l'octroi et au paiement de ces subventions sont précisées aux articles 108 à 110 RAI. La RCC a déjà donné un aperçu de la structure et de l'activité des associations centrales de l'aide aux invalides et des organisations qui leur sont affiliées (RCC 1960, p. 144 et 256).

En principe, seules les organisations privées, dont l'activité est consacrée entièrement ou en majeure partie à l'aide aux invalides, peuvent prétendre des subventions de l'assurance, autant qu'elles sont d'utilité publique et qu'elles ne poursuivent pas un but lucratif. En outre, il convient de préciser que seule la partie de l'activité vouée aux *invalides* donne droit aux subventions. Les services sociaux qui, à côté de l'aide aux invalides et à leurs proches, s'occupent par exemple de la lutte contre le rhumatisme et la tuberculose (enquêtes, exécution de contrôles radiographiques, etc.) ne peuvent prétendre, conformément à la LAI, qu'une contribution aux frais touchant l'aide aux invalides. Les spécialistes qui aident et conseillent les invalides et leurs proches n'ont droit à une contribution à leur salaire et à leurs frais de voyage que s'ils peuvent justifier d'une formation complète d'assistant social ou faire état d'une expérience pratique suffisante. En outre, ils doivent se consacrer à plein temps à cette tâche, car ce que l'AI doit exiger d'une organisation ne peut être accompli que par un contact permanent avec les invalides et leurs problèmes. Parmi les frais de secrétariat qui sont occasionnés par des tâches en rapport avec l'aide aux invalides et qui peuvent également être subventionnés, citons principalement les salaires du personnel de bureau, la location des bureaux, les dépenses pour le matériel de bureau et les imprimés, les frais de port, de téléphone, de banque et de chèques postaux, autant que ceux-ci ne sont pas causés par des collectes, ainsi que les frais d'assurance de choses. Ne sont pas subventionnées les indemnités aux membres des comités et aux participants à des assemblées générales ou de délégués, ainsi que les cotisations à d'autres institutions.

Pour l'exercice 1960, 59 demandes de subventions ont été présentées par des services sociaux et des secrétariats (y compris ceux des associations centrales). Trente et une d'entre elles ont pu être traitées au cours de l'exercice 1961. Le montant total des subventions allouées s'est élevé à 398 860 francs,

dont 335 882 francs sont allés aux services sociaux et au secrétariat d'une association centrale. Les autres subventions, dont le montant variait entre 7 200 et 13 500 francs, furent allouées aux services sociaux pour sourds-muets et durs d'oreille, ainsi qu'à des secrétariats d'associations centrales et d'organisations spécialisées.

Après la clôture des comptes de l'exercice 1961, 77 demandes ont été présentées à l'OFAS. Avec les 28 requêtes non encore liquidées de l'année précédente, il y avait donc 105 demandes à examiner pendant l'exercice 1962. Jusqu'au 31 janvier 1963, des subventions ont pu être allouées à 60 services sociaux et à 37 secrétariats pour un montant total de 785 002 francs. Les services sociaux reçurent pour leur part 694 282 francs et les secrétariats, y compris ceux des associations centrales, 90 720 francs. Cinq demandes provenant des services sociaux et trois des secrétariats d'associations spécialisées n'étaient pas encore liquidées le 31 janvier 1963. Entre-temps, les subventions correspondantes ont cependant pu être allouées à trois secrétariats et à un service social. Des indications et une documentation complémentaires sont nécessaires pour pouvoir liquider les quatre demandes des services sociaux encore en souffrance.

En 1962, pour la première fois, des subventions de l'AI ont été allouées aux services sociaux de la Ligue contre la tuberculose, pour les exercices 1960 et 1961. Cependant, comme ces services avaient déjà reçu, en vertu de la loi fédérale sur la lutte contre la tuberculose, des subventions se montant à 33 pour cent de la rétribution du personnel d'assistance, à 25 pour cent des frais de voyage de ce personnel et à 25 pour cent des frais de secrétariat, l'AI a pu néanmoins allouer des subventions s'élevant à 17 pour cent des salaires et à 25 pour cent des frais de voyage, tandis qu'aucune participation aux frais de secrétariat ne pouvait être octroyée. En effet, selon les dispositions de la LAI, des subventions peuvent être accordées jusqu'à la moitié des salaires et des frais de voyage du personnel d'assistance et jusqu'au quart des frais de secrétariat. Pour la première fois également, des subventions furent octroyées en raison des salaires et frais de voyage du personnel s'occupant à plein temps de l'aide aux anciens pensionnaires des centres de réadaptation pour débiles mentaux. Les frais de secrétariat occasionnés par cette activité furent aussi subventionnés. Ainsi sept fondations de patronage reçurent de l'AI un montant total de 87 940 francs pour les années 1960 et 1961. Outre les bénéficiaires de subventions déjà mentionnés, il convient de citer de nombreuses autres organisations s'occupant des aveugles, des durs d'oreilles, des sourds-muets et des sourds, auxquelles on peut ajouter aussi diverses organisations d'entraide et associations spécialisées.

Le tarif intérimaire AI pour les prestations médicales

A l'exception de l'honoraire que le médecin présente pour répondre au « Questionnaire à remplir par le médecin » et pour la consultation nécessitée éventuellement par cette formalité, il n'existait pas, jusqu'à présent, de tarifs AI spéciaux pour les prestations médicales. Après l'entrée en vigueur de la LAI en 1960, il fut décidé, d'entente avec la Fédération des médecins suisses, que les « médecins qui ne voulaient pas attendre la conclusion d'une convention tarifaire définitive avec l'AI pouvaient présenter leurs honoraires selon le tarif de la CNA.

Le « tarif intérimaire AI pour consultations et visites, ainsi que pour les prestations orthopédiques et de chirurgie infantile », qui a été l'objet d'un accord entre l'Office fédéral des assurances sociales et la Fédération des médecins suisses, est entré en vigueur le 1^{er} avril 1963. Cet accord a été publié dans le « Bulletin des médecins suisses »¹. Voici l'essentiel de son contenu et les raisons pour lesquelles il a été conclu.

Les consultations et rapports médicaux

Le tarif de la CNA est applicable en principe pour les prestations médicales, sous réserve des dérogations prévues par le présent accord.

Comme les mesures médicales prises en charge par l'AI appartiennent — sauf pour certaines infirmités congénitales — non au traitement du stade aigu de l'affection, mais à celui d'un état stabilisé, il faut souvent un certain temps pour conseiller l'assuré sur leur utilité et sur leurs chances de succès. Si une consultation nécessite plus de 15 minutes (ou une visite plus de 20 minutes), le médecin peut mettre en compte un supplément qui s'ajoute à la taxe de la CNA, à condition que pendant ce temps il n'ait pas effectué de prestation faisant l'objet d'une rétribution spéciale.

Comparées aux soins nécessités par un accident peu grave, les mesures à prendre en faveur d'un invalide nécessitent souvent une instruction approfondie, que ce soit pour déterminer le genre de l'invalidité, pour choisir les actes médicaux les plus indiqués, etc. C'est pourquoi les examens pratiqués par un spécialiste FMH à la demande des commissions AI, afin d'élucider un cas ou d'établir un programme thérapeutique détaillé, sont payés selon le chiffre 44 du tarif CNA. Sont réservées les expertises proprement dites demandées au médecin, selon chiffre 53 du tarif CNA. Toutefois, les indications données au moyen du « Questionnaire à remplir par le médecin » suffisent généralement pour apprécier l'invalidité de l'assuré ; si un examen est nécessaire, il se bornera aux actes indispensables pour remplir ce questionnaire. Des examens spéciaux sont certainement nécessaires, dans bien des cas, à l'établis-

¹ N° 16, du 19 avril 1963. Texte français, p. 322-324.

sement d'un programme thérapeutique, mais ne le sont pas toujours pour l'étude du cas par la commission AI.

En cas de traitement hospitalier, si le médecin adresse sa note directement à l'AI en vertu de la convention passée avec l'hôpital, il peut mettre en compte pour les visites faites dans l'établissement la taxe de visite selon chiffres 21 et suivants du tarif CNA. Lorsque le médecin visite au cours d'une seule tournée plusieurs patients hospitalisés dans la même clinique, c'est la taxe de consultation selon chiffre 16 du tarif CNA qui est applicable.

Les rapports médicaux destinés à des organes de l'AI, à des médecins ou à des hôpitaux seront rétribués selon chiffre 50 du tarif CNA ; les rapports détaillés demandés au médecin sont payés selon chiffre 50bis.

Les prestations orthopédiques et de chirurgie infantile

Comme le tarif CNA ne contient pas de positions spéciales pour les interventions orthopédiques et chirurgicales en cas d'infirmités congénitales, et qu'une application par analogie des taux existants présente de sérieuses difficultés, l'accord intérimaire fixe, pour certaines prestations orthopédiques et de chirurgie infantile, les tarifs applicables envers l'AI.

Afin d'empêcher que des divergences apparaissent dans les honoraires des médecins, et pour ne pas constituer un précédent en vue de négociations tarifaires ultérieures, on a estimé les diverses mesures d'une manière équivalente à la CNA. Les opérations non spécifiées dans le tarif CNA ou dans le tarif intérimaire AI seront rétribuées selon les positions tarifaires dont elles se rapprochent le plus. Pour les opérations, très coûteuses, à cœur ouvert, des conventions spéciales ont déjà été conclues avec les cliniques universitaires.

De la reconsidération des décisions administratives passées en force

Il peut arriver qu'une autorité administrative constate après coup qu'elle s'est trompée dans une décision passée en force, soit qu'elle ait mal interprété les prescriptions légales (erreur de droit), soit qu'elle ait méconnu certains faits (erreur de faits). La décision prise est-elle immuable ou bien au contraire peut-elle, doit-elle même être annulée ou rectifiée ?

Dans divers domaines du droit administratif, la sécurité juridique exige que les décisions prises par l'autorité aient un caractère définitif et ne puissent plus être remises en question par la suite, sous réserve toutefois d'une revision. En général, la loi le prévoit alors expressément. En revanche, lorsque la loi ne contient aucune disposition à ce sujet, la doctrine dominante et la jurisprudence admettent que les décisions administratives ne jouissent pas de l'au-

torité de la chose jugée quant au fond et qu'elles peuvent, en principe tout au moins, être reconsidérées ou rapportées ; il est conforme au caractère impératif du droit public et à la nature des intérêts publics, déclare le Tribunal fédéral, qu'un acte administratif qui n'est pas ou n'est plus conforme à la loi puisse être modifié. D'autre part, cependant, la sécurité juridique peut exiger qu'une décision administrative qui a constaté ou créé une situation juridique ne puisse être remise en question par la suite. Par conséquent, déclare le Tribunal fédéral, « la question de savoir si un acte administratif peut être rapporté ou modifié par l'autorité, comme n'étant pas conforme au droit, dépend, en l'absence de dispositions légales sur ce point, de la confrontation des deux points de vue en présence : la bonne exécution du droit objectif, d'un côté, et les exigences de la sécurité juridique de l'autre » (ATF 78 I 406 ; Journal des tribunaux 1953 I 590). Le Tribunal fédéral a admis que la sécurité juridique doit l'emporter quand la décision administrative a été rendue dans une procédure d'opposition ou d'information ayant permis un examen de la question sous tous ses aspects, ou quand elle a créé des droits subjectifs en faveur de certaines personnes ; il peut s'agir d'une naturalisation, d'une autorisation de bâtir ou de la nomination d'un fonctionnaire, par exemple (ATF 78 I 406 et 84 I 11 ; Journal des tribunaux 1953 I 590 et 1958 I 317).

*

Le problème de la reconsidération des décisions administratives se pose aussi aux organes AVS/AI/APG. Le Tribunal fédéral des assurances (TFA), qui est compétent en dernière instance dans ce domaine-là, a constamment jugé, en matière d'AVS, que les décisions des autorités administratives ont une force juridique seulement relative, et qu'elles ne sont pas irréfornables. Ce principe, il l'a admis tant pour les décisions de cotisations que pour les décisions de rentes AVS (ordinaires ou extraordinaires) et, tout récemment, à propos de prestations de l'AI (RCC 1963, p. 40 et 273).

D'ailleurs, diverses dispositions légales prévoient expressément que, dans certaines conditions, la caisse de compensation doit revenir sur sa décision antérieure ; il s'agit notamment des articles 39 RAVS (perception de cotisations arriérées) et 47 LAVS (restitution de rentes touchées à tort). Mais tout en s'appuyant, à l'occasion, sur ces dispositions légales (RCC 1957, p. 364 ; 1959, p. 30), le TFA a également dégagé certains principes, selon lesquels les caisses de compensation peuvent revenir sur des décisions lorsque les deux conditions suivantes sont réalisées : en premier lieu, il doit s'agir d'une décision *sans nul doute erronée* (RCC 1963, p. 273) ; en second lieu, il faut que la correction à apporter à la décision revête une *importance appréciable*. Si donc ces deux conditions sont remplies, l'exigence de la bonne application du droit objectif doit l'emporter sur les considérations de la sécurité juridique ; il serait en particulier « inadmissible qu'un assuré puisse toucher pour des motifs de pure forme des prestations auxquelles il n'a pas droit ». Dans le domaine des assurances sociales, fondées essentiellement sur le principe de la solidarité, « il ne fait aucun doute que l'intérêt public doit l'emporter » (RCC 1963,

p. 42). Il importe peu que l'erreur soit due à une méconnaissance des faits ou à une fausse application du droit, ou qu'elle soit imputable exclusivement à un organe de l'assurance ; l'absence de faute de la part de l'assuré ne justifie pas le maintien de la décision erronée. Ainsi, dans le cas M. D. (RCC 1963, p. 40), le TFA ne s'est pas rallié au point de vue de l'assuré, selon lequel la décision aurait fait naître des droits subjectifs et n'aurait, de ce fait, plus dû être modifiée.

*

Cependant, que va faire la caisse de compensation — ou, le cas échéant, la commission AI — lorsqu'elle constate que c'est au détriment de l'assuré qu'une erreur a été commise ? Le TFA a jugé, dans l'affaire M. R. (RCC 1963, p. 273), que l'administration est obligée de reconsidérer sa décision, à la demande de l'assuré, s'il existe des motifs de revision ; c'est le cas, notamment, « si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts après coup ». Il a en effet estimé que les causes de revision de jugements (fixées à l'art. 85, 2^e al., lettre h, LAVS) doivent être aussi admises pour la reconsidération de décisions administratives. En revanche, dans tous les autres cas (par exemple lorsque la commission AI ou la caisse ont mal appliqué la loi), les intéressés ne peuvent pas exiger par voie de recours la rectification de décisions passées en force. Les autorités juridictionnelles se borneront alors à examiner s'il existe un motif de revision au sens de l'article 85, 2^e alinéa, lettre h, LAVS, faute de quoi elles ne pourront ni rectifier elles-mêmes, ni obliger l'administration à rectifier une décision, même si celle-ci est visiblement erronée (entachée par exemple d'une erreur de droit). Cela n'empêchera pas, ajoutons-le, la caisse de compensation ou la commission AI de réexaminer spontanément (ou sur l'injonction de l'Office fédéral des assurances sociales) une décision ou un prononcé antérieur et de le rectifier (arrêt M. R., RCC 1963, p. 273).

Bien entendu, les organes de l'administration ne peuvent rectifier leurs décisions erronées selon leur bon plaisir ; ils doivent, bien plutôt, apprécier les faits conformément aux exigences de la loi. Dans l'intérêt de la sécurité juridique et d'une gestion rationnelle des affaires, ils agiront avec prudence. On peut en général attendre de l'assuré qu'il vérifie le bien-fondé d'une décision de caisse au moment où elle lui est notifiée, et qu'en cas de contestation il interjette recours. La reconsidération ne sert qu'à corriger des erreurs indéniabiles ayant des conséquences importantes ; elle ne peut être utilisée pour ouvrir une procédure d'opposition lorsqu'un recours n'a pas été interjeté dans le délai légal.

*

Nous n'avons abordé ici que la rectification de décisions *erronées dès leur origine*, c'est-à-dire entachées d'une erreur de droit ou de fait existant déjà au moment où elles ont été prises. Il faut distinguer cette question de celle de la revision des décisions administratives, au sens de l'article 41 LAI par exemple ; une telle revision ne peut intervenir qu'à la suite d'une modification

des circonstances, et ne porte effet qu'à partir du moment où des faits nouveaux déterminants sont survenus (modification du degré d'invalidité, par exemple). Il s'agit là d'un tout autre sujet, sur lequel il n'y a pas lieu de nous étendre ici. Nous nous bornerons donc à constater que *demande de reconsidération* et *demande de revision* ne doivent point être confondues, bien que ces deux termes soient souvent employés l'un pour l'autre (cf. art. 85 LAVS prévoyant la *revision* des jugements) et que l'assuré présente parfois simultanément les deux demandes.

Problèmes d'application de l'AVS

Cours pour apprentis forestiers

Les cantons ou la Centrale forestière à Soleure organisent des cours d'une durée de trois ou quatre semaines pour les apprentis forestiers. Ces cours assurent la formation professionnelle des apprentis et ont lieu une fois par année au moment de l'apprentissage. Les apprentis sont nourris et logés et reçoivent une part des indemnités allouées par le propriétaire des forêts en contrepartie des travaux exécutés durant le cours. Cette part varie de 40 à 50 francs par apprenti et peut exceptionnellement atteindre 100 francs.

La contrevaletur de la nourriture et du logement ne constitue pas, pour ces apprentis, la rétribution d'un travail, ni ne doit donc être comptée dans le salaire déterminant. Il en va, en revanche, différemment de la part aux indemnités versées par le propriétaire de la forêt. Cette part est soumise aux cotisations paritaires. La qualité d'employeur revient à l'autorité qui organise le cours d'apprentissage. Conformément aux articles 5, 5^e alinéa, LAVS et 8 bis RAVS, on peut toutefois s'abstenir de percevoir les cotisations si l'employeur et les salariés y consentent. Les cantons et la Centrale forestière ont été invités à se mettre en rapport avec la caisse cantonale de compensation compétente pour fixer avec elle les modalités de décompte des cotisations dues.

Problèmes d'application de l'AI

Infirmités congénitales :

Reconnaissance de cas d'espèce ¹

Par décision du 13 mars 1963, le Département fédéral de l'intérieur, se fondant sur l'article 3, 2^e alinéa, OIC, a reconnu comme infirmités congénitales dans

¹ Extrait du « Bulletin de l'AI » N° 44.

trois cas d'espèce la *méthémoglobinémie congénitale par insuffisance d'enzyme*, *l'atrésie intestinale congénitale* et le *syndrome de Prader-Willi*.

Les demandes de reconnaissance de ces maladies comme infirmités congénitales doivent être adressées à l'OFAS, avec le dossier complet, pour tout nouveau cas à traiter.

BIBLIOGRAPHIE

R. Chapuis: **La réhabilitation des handicapés dans le cadre d'une commission cantonale AI**. Revue de médecine préventive, Orell Füssli Zurich, 1962, N° 3, p. 229-238.

Der richtige Fahrstuhl. Publié par la Fédération suisse des institutions en faveur des invalides. 14 pages, ill. Pro Infirmis, Zurich, 1962.

Maria Hess: **Die Erfassung des sprachgebrechlichen Kindes und Jugendlichen**. « Heilpädagogische Werkblätter », publiés par l'Institut de pédagogie curative, Lucerne, 1962, N° 2, p. 58-64 et N° 3, p. 108-113.

Walter Rickenbach: **Die Sozialarbeit der Schweiz. Eine Einführung**. Publié par la Société suisse d'utilité publique. 266 pages (avec bibliographie détaillée). Zurich 1963.

L. Rüedi: **Wandlungen in Erkennung und Behandlung der Schwerhörigkeit**. (Monatsblatt des Bundes schweizerischer Schwerhörigenvereine, 1963, fasc. 2, p. 33-43).

Francis Sandmeier: **L'intégration professionnelle des adolescents handicapés en Suisse**. Tirage à part des « Cahiers médico-sociaux », Ed. Médecine & Hygiène, Genève, 1962, n° 3, p. 117-139.

PETITES INFORMATIONS

Allocations familiales dans le canton de Zurich

Par la loi du 24 mars 1963, le Conseil d'Etat avait été autorisé à édicter des dispositions spéciales sur le droit aux allocations pour enfants des salariés étrangers qui ne sont pas en possession d'un permis d'établissement (art. 5, 2^e al., LZH). Le gouver-

nement cantonal a fait usage de cette compétence en prenant, le 18 avril 1963, une ordonnance sur les allocations pour enfants aux salariés étrangers qui ne sont pas au bénéfice d'un permis d'établissement. Quant à la condition juridique des *salariés étrangers en possession d'un permis d'établissement*, elle n'a subi aucune modification. Les salariés en question jouissent, comme jusqu'ici, des mêmes droits que les travailleurs suisses.

Pour les *salariés étrangers qui ne sont pas au bénéfice d'un permis d'établissement*, la réglementation est, dans le détail, la suivante (dès le 1^{er} juillet 1963) :

1. Le *montant minimal de l'allocation pour enfant* est, comme pour les salariés suisses, de 20 francs par mois.

2. La *limite d'âge* est fixée à 16 ans pour les enfants qui habitent à l'étranger ou qui n'ont pas encore séjourné en Suisse, avec une autorisation officielle, pendant un an sans interruption depuis leur arrivée.

Les enfants de 16 à 20 ans qui font des études ou un apprentissage ou ont une capacité restreinte de travail ensuite d'une infirmité corporelle ou mentale ne donnent droit aux allocations que s'ils ont séjourné en Suisse, avec une autorisation officielle, pendant un an sans interruption depuis leur arrivée.

3. *Cercle des enfants donnant droit aux allocations.* Une réglementation spéciale n'est applicable qu'aux enfants recueillis. Ces derniers ne sont pas réputés enfants ouvrant droit aux prestations lorsqu'ils résident à l'étranger ou n'ont pas séjourné en Suisse, avec une autorisation officielle, pendant un an sans interruption depuis leur arrivée.

4. *Fin du droit aux allocations.* Les allocations pour enfants continuent à être versées aux salariés suisses pendant un mois à compter de l'expiration du droit au salaire en cas d'accident ou de maladie et pendant trois mois en cas de décès. Cette réglementation n'est applicable aux salariés étrangers qui n'ont pas encore séjourné en Suisse, sans interruption, pendant une année — à l'exception des frontaliers — que si et aussi longtemps que le salarié réside en Suisse. En cas de décès, le versement des allocations prend fin en même temps que le droit au salaire.

5. *Application.* Le salarié doit annexer à la demande contenant des indications sur les enfants pour lesquels les allocations sont requises les pièces justificatives officielles exigées; il doit, le cas échéant, produire des attestations supplémentaires ou des pièces justificatives spéciales. L'employeur ou la caisse de compensation peut refuser de verser les allocations ou suspendre le paiement des prestations tant que subsistent des doutes sur le droit aux allocations et que le salarié ne remplit pas ou ne remplit qu'imparfaitement son obligation de fournir des preuves.

**Allocations familiales
dans le canton
de Berne**

Jusqu'ici, les travailleurs étrangers n'avaient droit aux allocations que s'ils vivaient en Suisse avec leurs enfants. La loi du 10 février 1963 a donné au Conseil exécutif la compétence d'édicter des prescriptions spéciales sur le droit des travailleurs étrangers aux allocations pour enfants. Le Conseil exécutif a fait usage de cette compétence en prenant l'ordonnance du 19 avril 1963 qui entrera en vigueur le 1^{er} juillet 1963 et règle la question de la manière suivante :

Travailleurs
étrangers
dont les enfants
vivent en Suisse

Les travailleurs étrangers qui vivent en Suisse avec leurs enfants sont, comme jusqu'ici, assimilés aux travailleurs suisses. L'ordonnance indique expressément que la loi cantonale leur est pleinement applicable.

Travailleurs
étrangers
dont les enfants
sont à l'étranger

Les travailleurs étrangers dont les enfants vivent à l'étranger ont droit pour chaque enfant légitime et enfant adoptif de moins de 15 ans à l'allocation pour enfant prévue par la loi. Le mariage et l'adoption doivent être reconnus en Suisse comme valables. Il s'ensuit que, contrairement à ce qui est le cas lorsque les enfants vivent en Suisse, les enfants suivants habitant l'étranger ne donnent pas droit aux allocations : les enfants illégitimes, les enfants du conjoint et les enfants recueillis, les enfants entre 15 et 16 ans, ainsi que les enfants entre 15 et 20 ans qui font des études ou un apprentissage ou sont incapables de gagner leur vie en raison d'une maladie ou d'une infirmité.

Si l'époux a droit à des allocations pour enfants en vertu de la législation étrangère, l'épouse ne peut prétendre l'allocation prévue par la loi cantonale. Lorsque les parents sont divorcés ou séparés judiciairement, l'allocation est due à celui des conjoints auquel la garde de l'enfant est confiée.

Les caisses de compensation pour allocations familiales qui sont reconnues doivent, au besoin, adapter leurs statuts et règlements aux nouvelles dispositions. Il en va de même, par analogie, pour les employeurs qui ont été libérés par le Conseil exécutif de l'obligation d'adhérer à une caisse de compensation pour allocations familiales.

**Allocations familiales
dans le canton
de Glaris**

Le 5 mai 1963, la Landsgemeinde a adopté un projet de loi modifiant celle sur le versement obligatoire d'allocations pour enfants. Aux termes des dispositions nouvelles, le montant de l'allocation mensuelle pour chaque enfant est fixé de la manière suivante :

- a) Citoyens suisses : 20 francs (jusqu'ici 15 francs) ;
- b) Etrangers : 20 francs pour les enfants vivant en Suisse ;
10 francs pour les enfants résidant à l'étranger.

Les nouvelles prescriptions entreranno en vigueur le 1^{er} juillet 1963.

**Allocations familiales
dans le canton
de Bâle-Campagne**

Le 6 mai 1963, le Grand Conseil a édicté l'ordonnance d'exécution de la loi sur les allocations pour enfants aux salariés. Cette ordonnance a effet rétroactif au 1^{er} janvier 1963. Il convient d'en citer les dispositions suivantes :

1. *Allocations pour enfants.* La limite d'âge est reportée à 22 ans lorsque l'enfant fait des études ou un apprentissage, n'obtient pas un revenu important ou a une incapacité de travail de 50 pour cent. Les notions d'études et d'apprentissage sont définies dans l'ordonnance d'exécution ; cette dernière précise également ce qu'il faut entendre par revenu important. Est réputé apprenti l'enfant qui accomplit un apprentissage au sens de la législation fédérale. Par études, on comprend la fréquentation des cours d'une école moyenne, d'une école de perfectionnement, d'une école professionnelle ou d'une école supérieure selon un programme journalier complet. Est considéré comme important un revenu régulier dépassant 250 francs par mois.

La loi prévoit que le cumul d'allocations pour un même enfant n'est pas autorisé. Aux termes de l'ordonnance d'exécution, l'interdiction du cumul a trait aux allocations versées conformément à une obligation légale. Etant donné que les dispositions reconnues figurant dans des contrats collectifs de travail sont assimilées, quant à leurs effets, aux prescriptions légales, l'interdiction du cumul s'étend également aux allocations pour enfants payées en vertu de contrats collectifs de travail.

2. *Organisation.* Les employeurs et organisations professionnelles qui requièrent la reconnaissance de dispositions sur les allocations pour enfants contenues dans des contrats collectifs de travail ou des réglementations analogues ou entendent constituer une caisse de compensation pour allocations familiales doivent présenter une requête en ce sens au Conseil d'Etat. Cette obligation incombe également aux caisses existantes qui veulent être reconnues. Les requérants doivent apporter la preuve que les conditions légales sont remplies. L'ordonnance d'exécution ne fixe pas de délai pour le dépôt de la requête. C'est le 1^{er} janvier 1964 qu'aura lieu la reconnaissance pour le début d'une année civile, la demande de reconnaissance devant être présentée au moins trois mois auparavant.

Au moment où la reconnaissance prend effet, les caisses de compensation pour allocations familiales doivent indiquer à la caisse cantonale, sur une formule spéciale, quels sont les employeurs qui leur sont affiliés. Par la suite, elles lui donneront connaissance de toutes les mutations. La caisse cantonale tient un registre central des employeurs assujettis à la loi.

3. *Contribution des employeurs.* Par arrêté du 30 avril 1963, le Conseil d'Etat a fixé provisoirement à 2 pour cent des salaires le taux de la contribution due par les employeurs à la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales.

**Allocations familiales
dans le canton
de Schaffhouse**

Par arrêté du 26 avril 1963, le Conseil d'Etat a fixé à 1,3 pour cent des salaires le taux de la contribution due par les employeurs à la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales.

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

Nouvelles publications :

Form. N°	Désignation	Prix	Observ.
318.103 d	Wegleitung über Buchführung und Geldverkehr der Ausgleichskassen	2.50 *	
318.103 f	Directives sur la comptabilité et les mouvements de fonds des caisses de compensation	2.50 *	
318.121.61 d	Jahresbericht AHV/IV/EO 1961	3.50 *	
318.121.61 f	Rapport annuel AVS/AI/APG 1961	3.50 *	
318.333 df	Begleitschein zu den IBK-Listen Bordereau pour les listes de CIC		1 A
318.507.011 d	Klebetektüren zum Kreisschreiben über die Vergütung der Reisekosten (gültig ab 1.1.62)—	.30 *	
318.507.011 f	Feuillets collants pour la circulaire concernant le remboursement des frais de voyage (valables dès le 1 ^{er} janvier 1962)	— .30 *	
318.507.012 d	Klebetektüren zum Kreisschreiben über die Vergütung der Reisekosten (gültig ab 1.1.63)—	.15 *	
318.507.012 f	Feuillets collants pour la circulaire concernant le remboursement des frais de voyage (valables dès le 1 ^{er} janvier 1963)	— .15 *	
318.700.1 d	Klebetektüren zum EOG	— .10 *	
318.700.1 f	Feuillets collants pour la LAPG	— .10 *	
318.831 i	Questionario per la determinazione degli assegni familiari ai lavoratori agricoli italiani con figli all'estero	4.—	4
318.832 s	Cuestionario para la fijación de asignaciones familiares para los obreros rurales españoles, a favor de sus hijos no residentes en Suiza	4.—	4

Suppressions :

318.306.02 du	Die Stellung der ungarischen Flüchtlinge in der AHV (ungarischer Text auf Rückseite)
318.306.02 fu	Le statut des réfugiés hongrois dans l'AVS (texte hongrois au verso)

Errata RCC

A la page 223 du numéro de mai 1963, dans le résumé de l'arrêt M. P., il faut lire LAI et RAI et non pas LAVS, RAVS. De même, en italien, *LAI*, *OAI*.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

RENTES

Arrêt du TFA, du 6 novembre 1962, en la cause F. et H. C.

Articles 21, 1^{er} et 2^e alinéas, et 31 LAVS. Si le montant d'une rente de vieillesse pour couple est inférieur à la rente simple dont la femme jouissait jusqu'à présent, sur la base de ses propres cotisations, le mari peut y renoncer. Si la femme vient par la suite à mourir, le mari ne peut prétendre qu'une rente de vieillesse simple, calculée seulement sur la base des cotisations qu'il a lui-même payées.

Articolo 21, capoversi 1 e 2; articolo 31 LAVS. Il marito può rinunciare a far valere il diritto a una rendita di vecchiaia per coniugi qualora l'importo è inferiore a quello della rendita semplice di cui sua moglie beneficiava sino ad ora in base ai suoi contributi pagati personalmente. Se, in un siffatto caso, la moglie in seguito morisse, il marito può chiedere l'erogazione di una rendita semplice di vecchiaia, calcolata unicamente sui suoi contributi personali.

L'assuré, né en 1896, a payé des cotisations à l'AVS en 1948 et 1949. Pour la période allant du 19 avril 1949 au 30 septembre 1958, où il fut affilié à la caisse de retraite de l'ONU, il fut libéré de l'assujettissement à l'AVS en vertu de l'article premier, 2^e alinéa, LAVS. En revanche, sa femme, née en 1898, a régulièrement cotisé durant les années 1948 à 1958, date à laquelle elle cessa d'exercer une activité lucrative. Par conséquent, dès le 1^{er} mars 1961, elle a été mise au bénéfice d'une rente de vieillesse simple calculée d'après ses propres cotisations; cette rente était d'abord de 125 francs par mois, puis de 160 francs dès le 1^{er} juillet 1961.

En août 1961, le mari ayant atteint l'âge de 65 ans, le couple a été mis au bénéfice d'une rente ordinaire de vieillesse pour couple, de 80 francs par mois seulement, en raison de la durée incomplète de ses cotisations; cette rente de couple entraînait l'extinction du droit de l'épouse à la rente de vieillesse simple. Les conjoints ayant recouru contre la décision de la caisse de compensation, l'autorité de première instance a confirmé cette décision.

Sur l'appel interjeté par les assurés, le TFA a constaté que la femme conservait son droit à une rente ordinaire simple, son mari ayant, entretemps, retiré sa demande de rente pour couple; voici les considérants de ce tribunal:

1. Aux termes de l'article 21, 2^e alinéa, LAVS, le droit à une rente de vieillesse simple s'éteint par l'ouverture du droit à une rente de vieillesse pour couple. Le juge

cantonal a donc confirmé à juste titre (l'exception prévue à l'art. 22, 3^e al., dernière phrase, LAVS pour la rente extraordinaire de vieillesse pour couple n'entrant pas en considération ici) que la rente cessait d'être versée à l'épouse dès que naissait le droit du mari à une rente de vieillesse pour couple, dont le calcul est d'ailleurs strictement conforme aux dispositions légales.

Celui qui veut faire valoir son droit à une rente doit cependant présenter une formule d'inscription dûment remplie à la caisse de compensation compétente (art. 67 RAVS). De même que les autres branches des assurances sociales, l'AVS connaît ainsi, pour le moins en pratique, le principe selon lequel une prestation n'est servie que sur demande de l'ayant droit. Les dispositions légales ne définissent pas plus amplement — sinon dans les cas de prescription de prestations non touchées (art. 46 LAVS) — les effets d'une renonciation à faire valoir son droit, ni ceux d'un retrait de la demande présentée.

Le TFA a eu déjà l'occasion d'examiner ces effets en matière d'AI il a admis que le retrait de la demande de prestations était possible et entraînait les mêmes effets que l'inexistence du droit aux prestations, lorsque l'assuré justifiait d'un intérêt digne d'être protégé (ATFA 1961 p. 62 = RCC 1961, p. 210). Nonobstant les différences existant entre les deux matières et entre les dispositions légales les régissant, il est permis de tenir les principes ainsi admis dans l'AI pour applicables par analogie à l'AVS également. Sans doute nul ne peut-il renoncer à son droit à la rente comme tel, et une renonciation ne porte-t-elle que sur le versement des annuités de rente. Il se justifie néanmoins de considérer que, dans des cas exceptionnels, l'ayant droit peut avoir un intérêt digne d'être protégé à ne pas faire valoir son droit ou à retirer une demande présentée; dans ces cas-là, une telle renonciation, quant à ses effets, doit être assimilée à l'inexistence du droit à des prestations de l'assurance. Les règles de la bonne foi suffisent à éliminer les abus possibles; ainsi, l'assuré qui a renoncé à percevoir la rente qu'il aurait pu prétendre commettrait un abus manifeste de droit en en réclamant par la suite le montant au titre de prestations non touchées selon l'article 46 LAVS, et ne saurait davantage invoquer la bonne foi s'il revenait sur sa renonciation sans motif valable et dans un dessein spéculatif.

2. Dans l'espèce, l'appelant a retiré sa demande de rente de vieillesse, et il est permis d'admettre que les circonstances exceptionnelles requises pour assimiler ce retrait à l'inexistence du droit à des prestations sont réunies. Le mari, qui a droit à une rente de couple dont le montant est sensiblement inférieur à celui de la rente simple touchée par son épouse, a en effet un intérêt, manifestement digne d'être protégé, à ne pas priver l'épouse du bénéfice de la rente qu'elle s'est acquise par ses propres cotisations. Une attitude différente irait même à l'encontre du devoir du mari de pourvoir convenablement à l'entretien de sa femme (art. 160 CCS). Aussi la renonciation de l'appelant à faire valoir son propre droit a-t-elle pour effet d'empêcher l'extinction de la rente ordinaire de vieillesse simple revenant à sa femme.

Cette renonciation ne saurait être par la suite annulée de bonne foi sans motif valable. Il est évident, toutefois, que la dissolution de l'union conjugale — notamment par le décès de l'épouse — constituerait un tel motif; que l'appelant pourrait alors faire à nouveau valoir pour l'avenir son droit à la rente, laquelle serait calculée sur la base de ses seules cotisations.

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 12 décembre 1962, en la cause M. F.

Article 84 LAVS. Si un employé est, aux yeux des tiers, habilité à accuser réception du courrier, une décision de caisse délivrée à cet employé est réputée notifiée à l'exploitant lui-même. (Considéran^ts 1 et 2.)

Article 85, 1^{er} alinéa, LAVS. Examen de l'éventualité d'une restitution du délai de recours selon les dispositions cantonales de procédure. (Considérant 3.)

Articolo 84 LAVS. Una decisione della cassa è da ritenersi trasmessa al titolare dell'azienda anche se consegnata all'impiegato che ha facoltà di ritirare normalmente la corrispondenza dell'azienda. (Considerandi 1 e 2.)

Articolo 85, capoverso 1, LAVS. Esame circa la restituzione del termine di ricorso secondo le disposizioni cantonali di procedura. (Considerando 3.)

Le 24 novembre 1960, la caisse de compensation prit une décision de taxation d'office par laquelle la propriétaire d'une entreprise de taxis fut tenue de verser les cotisations sur les salaires versés par elle d'avril à décembre 1958 et que la caisse avait estimés à 37 500 francs. L'exploitante étant apparemment absente, la décision fut délivrée le 26 novembre à un chauffeur qui habitait à la même adresse que son employeur.

Dans un écrit adressé le 10 janvier 1961 à la commission cantonale de recours, le chauffeur déclara qu'il formait recours au nom de la propriétaire de l'entreprise. Les salaires visés n'atteignaient pas 37 500 francs et la décision de taxation d'office ne pouvait pas être valablement notifiée le 28 novembre, la personne à qui la décision était adressée se trouvant à ce moment à l'étranger. La propriétaire étant revenue pour trois jours lors des fêtes du Nouvel-An, le chauffeur lui remit alors la lettre recommandée et fut mandaté par elle « de mettre cette affaire en ordre ». La propriétaire fit savoir à la commission de recours qu'elle n'avait chargé personne d'accuser réception de son courrier durant son absence du pays. Le chauffeur ne lui aurait remis la lettre de la caisse de compensation que « beaucoup trop tard ».

La commission de recours considéra le pourvoi comme tardif et n'en aborda pas le fond. L'exploitante interjeta appel de ce prononcé. Le TFA a rejeté l'appel en énonçant les considérants suivants:

1. Quiconque est touché par une décision d'une caisse de compensation AVS peut déférer cette décision au juge de première instance dans les 30 jours « dès la notification », conformément à l'article 84 LAVS. Une décision de caisse est notifiée à la personne à laquelle elle s'adresse dès qu'elle parvient sous la garde de cette personne, c'est-à-dire dès que la personne elle-même ou un représentant mandaté par elle ont été mis en mesure d'en prendre connaissance (cf. arrêt du 22 décembre 1956 en la cause H., ATFA 1957, p. 49 = RCC 1957, p. 97).

Si le destinataire d'une décision occupe un ou plusieurs employés en sa qualité d'exploitant, une lettre délivrée par la poste à l'un des employés est réputée avoir été remise à l'exploitant là ou il y a lieu d'admettre qu'aux yeux des tiers, l'employé était légitimé à réceptionner cette lettre, c'est-à-dire là où l'exploitant a organisé ses rapports écrits avec autrui de telle manière qu'un tiers puisse considérer la notification à un employé comme également valable pour l'exploitant (arrêt du 31 décembre 1959 en la cause E. S. A., ATFA 1960, p. 51 = RCC 1960, p. 158).

2. Ainsi que la caisse de compensation l'a exposé le 21 avril 1961, le chauffeur avait depuis des années la même adresse que son employeur. Il est en outre établi que, le 14 février 1961, en envoyant au nom de sa patronne à la commission de recours un « décompte AVS pour 1958 », le chauffeur indiquait encore son propre domicile sous l'adresse « rue D. 28 ». L'appelante prétend avoir été absente du pays dès le 28 novembre 1960 jusque vers Nouvel-An 1961, quand bien même elle était restée titulaire de l'entreprise. Le maintien de l'entreprise nécessitait par conséquent que les relations avec les tiers soient établies par l'intermédiaire des employés. En outre, la poste, en notifiant la décision comme elle l'a fait, était manifestement aussi de cette opinion, et l'employé a lui-même accusé réception du pli recommandé. Si cet employé a, peu de temps après, formé recours en tant que représentant de la patronne, ce fait confirme seulement la nécessité précisée plus haut. Dans de telles circonstances, il y a lieu pour le moins de présumer que la notification du pli a été faite correctement. La preuve du contraire, c'est-à-dire que le chauffeur n'aurait pas eu le pouvoir d'accuser réception de la lettre, en sorte que la notification n'aurait valablement eu lieu qu'après le Nouvel-An, n'a pas été apportée par l'appelante. Celle-ci n'a d'ailleurs même pas établi d'une manière probante qu'elle était effectivement absente du pays.

Cela étant, le délai de 30 jours à compter selon l'article 96 LAVS a commencé à courir le 29 novembre 1960 et a pris fin le 28 décembre sans avoir été utilisé.

3. Il n'existe en outre, en l'espèce, aucun motif de restitution du délai selon le droit cantonal. Si une personne s'éloigne pour un certain temps de son entreprise sans désigner un remplaçant, comme l'appelante prétend l'avoir fait, cette personne doit s'accommoder des désagréments pouvant résulter d'une telle situation. L'appelante savait qu'elle s'exposait au risque de recevoir une taxation d'office pour l'AVS, dont la caisse l'avait menacée par sommation recommandée du 19 octobre 1959 (art. 37 RAVS).

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 21 décembre 1962, en la cause H. K.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. La remise de médicaments nécessaires à titre permanent et les séjours annuels de cure, dans un cas d'épilepsie essentielle, représentent un traitement proprement dit de l'affection sans limitation de temps. Ces mesures ne donnent donc pas droit à des prestations de l'AI. (Considérents 1 et 2.)

Article 21 LAI. L'enrichissement de l'air avec de l'ozone au moyen d'appareils spéciaux vise avant tout le traitement de l'affection comme telle. Ces appareils ne sont pas des moyens auxiliaires au sens de l'AI. (Considérant 3.)

Articolo 12, capoverso 1, LAI. La necessaria e permanente consegna di medicinali ed i soggiorni di cura annuali nel caso d'epilessia essenziale, costituiscono una cura vera e propria del male senza limitazione di tempo. Questi provvedimenti non danno diritto a prestazioni dell'AI. (Considerandi 1 e 2.)
Articolo 21 LAI. L'arricchimento dell'aria con ozono per mezzo di apparecchi speciali è destinato in primo luogo alla cura vera e propria del male. Questi apparecchi non sono considerati mezzi ausiliari a sensi dell'AI. (Considerando 3.)

L'assuré, né en 1924, est archiviste. Il souffre d'une forme d'épilepsie qui est probablement l'épilepsie essentielle. Dans son arrêt du 13 juin 1961, le TFA constata que l'assuré était réadapté d'une manière appropriée et ne pouvait prétendre pour le moment des mesures d'ordre professionnel.

Le 26 juin suivant, l'assuré demanda à l'AI de prendre en charge dès le 1^{er} janvier 1960 tous les médicaments prescrits par le médecin, et d'assumer en outre les frais d'un séjour de cure de deux semaines par année (en plus des deux semaines de vacances); enfin, de lui remettre deux ozonisateurs pour son bureau et son domicile. La commission AI décida de refuser ces prestations, et la caisse lui notifia une décision dans ce sens. Un recours de l'assuré fut rejeté.

Le TFA, à son tour, a rejeté l'appel de l'assuré. Voici ses considérants:

1. La liste de l'OIC contient, sous chiffre 129, l'énumération suivante des formes de l'épilepsie:

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

L'épilepsie, probablement essentielle, dont souffre l'assuré ne correspond à aucune de ces trois formes, aussi l'AI ne peut-elle, en l'espèce, accorder des mesures médicales pour le traitement d'une infirmité congénitale (art. 13 LAI). En outre, un assuré majeur ne peut prétendre des prestations en vertu de l'article 13 que si l'infirmité congénitale peut être supprimée ou durablement atténuée par des mesures médicales de courte durée (art. 85, 2^e al., LAI). Or, le traitement médicamenteux permanent et les cures annuelles ne représentent pas des mesures limitées dans le temps.

2. L'assuré ne remplit pas davantage les conditions donnant droit à des mesures médicales en vertu de l'article 12 LAI. Comme l'a exposé le TFA dans son arrêt H. H. du 5 octobre 1962 (RCC 1963, p. 121), une mesure médicale appartient à la réadaptation si elle ne fait pas partie du traitement proprement dit de l'affection et si elle est de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Le caractère de traitement proprement dit l'emportera, en règle générale, lorsque le but prépondérant des mesures est de guérir ou d'atténuer un état pathologique évolutif ou labile. Le traitement médicamenteux et les séjours de cure visent principalement à atténuer l'épilepsie, donc un état pathologique labile; ils appartiennent donc au traitement proprement dit de l'affection, qui n'est pas à la charge de l'AI. D'ailleurs, cette assurance ne reconnaît comme mesures médicales, aux termes de l'article 2 RAI, que les actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée, restriction qui est conforme à la définition donnée à l'article 12 LAI (arrêt F. J., RCC 1962, p. 72 = ATFA 1961, p. 318). En l'espèce, il n'est pas question d'un acte unique ou répété dans une période limitée, puisque l'épilepsie de l'assuré exige un traitement permanent. L'opinion de cet assuré, comme quoi les médicaments prescrits par le médecin représenteraient, étant donné le caractère de l'affection, une « prothèse interne », donc un moyen auxiliaire au sens de l'article 21 LAI, est manifestement fausse. Les moyens auxiliaires ne comprennent que des engins et instruments, non des médicaments.

3. Il est peut-être exact que l'enrichissement de l'air au moyen d'ozonisateurs ait une influence favorable sur la santé de l'assuré. Cependant, ce procédé vise avant tout le traitement de l'épilepsie, c'est-à-dire d'un état pathologique labile, même si la capa-

citée de gain est également influencée par ce moyen. Dans ces conditions, ces appareils ne peuvent être considérés comme des moyens auxiliaires au sens de l'article 21 LAI (cf. arrêt E. J., RCC 1963, p. 71), et l'enrichissement de l'air par de l'ozone ne constitue pas une mesure de réadaptation au sens de l'article 12 LAI. L'AI n'est donc pas tenue de prendre en charge les frais d'acquisition de ces engins. D'ailleurs, le médecin estime que dans le traitement de l'épilepsie, l'usage de tels appareils n'est pas nécessairement indiqué.

Arrêt du TFA, du 4 janvier 1963, en la cause H. T.

Articles 54, 1^{er} alinéa, lettre f, 60, 1^{er} alinéa, LAI et 91 RAI. Une lettre par laquelle une commission AI notifie un prononcé à un assuré n'est pas considérée comme une décision, car celle-ci doit être rendue par la caisse de compensation compétente. (Considérant 1.)

Articles 12 LAI et 2, 1^{er} alinéa, RAI. L'AI ne prend pas en charge des actes médicaux qui s'imposent, d'emblée, comme mesures de longue durée. Dans le cas d'un assuré âgé de 46 ans, une cure de bains dont la durée prévisible sera de cinq ans, mais dont il faut probablement envisager la prolongation au-delà de ce terme, et qui ne promet pas de succès définitif ne donne pas droit à des prestations de l'AI. (Considérant 3.)

Articoli 54, capoverso 1, lettera f, 60, capoverso 1 LAI e 91 OAI. Uno scritto con il quale la commissione AI notifica una deliberazione all'assicurato non è considerato come decisione, dato che quest'ultima dev'essere emanata dalla cassa di compensazione competente. (Considerando 1.)

Articoli 12 LAI e 2, capoverso 1, OAI. L'AI non assume le spese di cure terapeutiche che già dall'inizio si rivelano quali provvedimenti di lunga durata. Nel caso di un assicurato 46enne, una balneoterapia della durata prevedibile di cinque anni, che però dovrà essere probabilmente prolungata oltre a questo termine e che non garantisce una completa guarigione, non dà diritto a delle prestazioni AI. (Considerando 3.)

L'assuré, souffrant de douleurs dorsales chroniques, séjourna du 18 mai au 10 juin 1960 dans une clinique orthopédique. Pendant cette hospitalisation, il demanda à l'AI de lui accorder des mesures médicales de réadaptation et des moyens auxiliaires.

Se fondant sur le prononcé de la commission AI, rendu le 26 août 1960, la caisse de compensation décida le 27 septembre que l'AI prenait en charge le corset lombaire prescrit par l'hôpital (181 francs selon le devis).

Le 27 novembre suivant, l'assuré écrivait à la commission AI qu'il était allé cinq jours avant à la clinique pour un contrôle. Il ne pouvait travailler qu'au 50 pour cent et demandait que l'AI lui rembourse ses frais de chemin de fer. La commission lui répondit, par lettre du 11 janvier 1961, que l'AI lui rembourserait ses frais de voyage et d'hôpital du 22 novembre précédent, mais ajouta: « L'AI ne peut accorder d'autres mesures médicales et contrôles, car il s'agit en l'espèce d'un traitement de l'affection comme telle. »

Le 6 février 1961, le représentant de l'assuré écrivit à la commission AI que l'assuré demandait une demi-rente d'invalidité et exigeait, en outre, une décision sujette à recours.

Le 24 mars, la clinique informa la commission que l'assuré était revenu pour un

contrôle le 17 mars. Le médecin était d'avis qu'il n'avait, pour le moment, plus besoin de traitement, mais qu'une cure de bains annuelle était recommandable. La commission demanda à la clinique des précisions sur cette cure; on lui répondit le 16 juin que dans un cas de ce genre (charge anormale de la colonne vertébrale par déséquilibre statique), des cures de bains annuelles pouvaient retarder la diminution de la capacité de travail.

Par décision du 17 juin 1961, la caisse de compensation notifia à l'assuré que sa demande de prestations de l'AI était rejetée, le degré d'invalidité étant inférieur à 40 pour cent. L'assuré recourut le 23 juin, déclarant qu'il demandait non pas une rente, mais le paiement par l'AI d'une partie de son long traitement.

Non contente de la réponse du 16 juin, la commission AI demanda à la clinique des précisions sur la durée de ces cures de bains. Le 4 août, enfin, elle recevait cette brève réponse: « A notre avis, les cures de bains doivent être effectuées pendant cinq ans ». Le 22 août 1961, elle rendit un prononcé selon lequel le traitement en clinique et les cures de bains n'étaient pas des mesures de réadaptation au sens de l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI; ce prononcé fut communiqué à la caisse le 28 août.

Par jugement du 20 février 1962, la commission de recours accorda néanmoins à l'assuré cinq cures de bains, à effectuer une fois par an, et rejeta les autres revendications de l'assuré.

Ce jugement fut porté par l'OFAS devant le TFA, qui admit l'appel pour les motifs suivants:

1. L'article 60, 1^{er} alinéa, LAI dispose que les caisses de compensation sont seules compétentes pour notifier les décisions aux assurés (zum Erllass der Verfügungen an die Versicherten zuständig; sole competenti a emanare decisioni per l'assicurato); l'article 54, 1^{er} alinéa, lettre f de la même loi précise que les caisses notifient aux intéressés toutes les décisions des organes de l'AI les concernant. Ainsi, la commission AI doit communiquer ses prononcés non pas à l'assuré, mais à sa caisse de compensation, qui doit, de son côté, notifier à l'assuré, par une décision sujette à recours conformément à l'article 69 LAI, tout ce que la commission AI a décidé dans le cadre de sa compétence.

En l'espèce, l'administration a partiellement enfreint ces règles de procédure. Le prononcé notifié à l'assuré par lettre du 11 janvier 1961 ne peut donc pas être considéré comme une décision.

2. ...

3. Les mesures médicales de réadaptation définies aux articles 8, 12, 1^{er} alinéa, et 14, 1^{er} alinéa, LAI comprennent des actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée (sowohl einmalige, als auch in einem begrenzten Zeitraum wiederholte therapeutische Vorkehren; interventi unici o ripetuti in un periodo determinato). Conformément au mandat dont il était chargé par l'article 12, 2^e alinéa, LAI, le Conseil fédéral a opéré, à l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI, la distinction entre les mesures médicales pour les invalides et les soins médicaux tels qu'ils sont prévus par les articles 12, 72, lettre a, et 73, 3^e alinéa, LAMA, ainsi qu'aux articles 14, lettre a, et 16 LAM. Cette limitation est conforme à la définition donnée à l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI; elle décharge l'AI de tous les actes médicaux qui s'imposent, d'emblée, comme mesures de longue durée. Le TFA renvoie à ses arrêts M. Sch. du 7 septembre 1961, considérant 2, lettre b (ATFA 1961, p. 246 = RCC 1961, p. 464), F. J. du 21 octobre 1961, considérant 3 (ATFA 1961, p. 317 = RCC 1962, p. 72) et H. H. du 5 octobre 1962, considérant 1 (RCC 1963, p. 120).

La clinique avait déclaré le 24 mars 1961 qu'elle recommandait à l'assuré une cure de bains annuelle. Ensuite, en réponse à une question de la commission AI, du 9 juin,

qui voulait savoir si des cures répétées dans une période limitée suffiraient, elle dit qu'une cure annuelle était nécessaire, sans préciser pour combien de temps. Enfin, lorsque la commission eut demandé, le 12 juillet, d'une manière pressante, si l'assuré aurait besoin de ces cures encore plusieurs années, la clinique répondit le 4 août 1961 que ces cures devraient s'étendre sur cinq années. Cette limitation de temps, qui n'intervient qu'après coup, n'est guère convaincante. L'assuré n'ayant que 46 ans et souffrant d'un déséquilibre statique de la colonne vertébrale — susceptible d'être influencé par des cures de bains — on ne pourra guère songer, au bout de cinq ans, à cesser les cures, mais bien plutôt à les continuer. Probablement qu'une balnéothérapie limitée d'avance ne garantirait pas un succès durable, étant donné la nature de l'affection. D'ailleurs, un pronostic médical posé pour cinq ans semble bien problématique. C'est pourquoi l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI empêche ici une prise en charge des frais par l'AI.

Arrêt du TFA, du 28 janvier 1963, en la cause D. W.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Dans le cas d'un représentant âgé de 62 ans, une opération de la cataracte d'un œil ne présente pas principalement le caractère d'une mesure de réadaptation, étant donné que l'autre œil a une faible acuité visuelle et que l'assuré atteindra prochainement l'âge donnant droit aux rentes de l'AVS.

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Nel caso di un rappresentante 62enne, un'operazione della cataratta ad un occhio non ha precipuamente il carattere di un provvedimento d'integrazione, accusando l'altro occhio acuità visiva limitata e avendo l'assicurato prossimamente raggiunto il limite d'età che gli dà diritto alla rendita AVS.

L'assuré, né en 1901, exerce depuis 1951 l'activité de représentant. Il est atteint d'une cataracte bilatérale qui s'est manifestée à gauche au début de 1957 et à droite en 1958. L'œil gauche fut opéré en 1959; mais, à la suite de complications hypertensives (œdème dégénératif de la cornée), le patient n'a pas récupéré la fonction visuelle espérée, l'acuité visuelle de cet œil étant de 0,1 (corrigée). La commission AI a refusé d'accorder des mesures médicales et des lunettes, alléguant que les mesures entrant en ligne de compte (opération de la cataracte de l'œil droit) étaient destinées au traitement de l'affection comme telle et, d'autre part, que le certificat médical ne permettait pas de conclure à la nécessité de moyens auxiliaires.

L'assuré a recouru contre cette décision. Il a produit un rapport médical, selon lequel l'assuré, avec une acuité visuelle inférieure à 0,1 des deux côtés, n'est plus en mesure de travailler; l'opération de la cataracte droite lui donnerait la possibilité de récupérer une fonction visuelle suffisante pour accomplir à nouveau un travail rémunéré.

Le juge cantonal a rejeté le recours dans la mesure où il tendait à l'obtention de moyens auxiliaires. Il a prononcé en revanche que le recourant devait être mis au bénéfice des mesures médicales de réadaptation préconisées par le médecin; il a considéré en effet que l'opération de la cataracte visait principalement à assurer le bon fonctionnement de l'œil, essentiel pour l'exercice de l'activité lucrative du recourant.

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

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 ».

Le TFA a précisé à plusieurs reprises la portée de cette disposition et les conditions requises pour qu'une mesure médicale puisse être regardée comme une mesure médicale de réadaptation (cf. notamment les arrêts H. F. du 17 septembre 1962, RCC 1963, p. 73 et H. H. du 5 octobre 1962, RCC 1963, p. 120). S'il a admis que l'opération de la cataracte pouvait également être regardée, suivant les circonstances, comme une mesure destinée à la réadaptation professionnelle de l'assuré, il a déclaré toutefois que, dans ces cas-là tout particulièrement, la prise en charge des frais de cette intervention par l'AI ne se justifiait que si cette mesure avait principalement pour objet de réadapter l'assuré à la vie professionnelle et en outre de rétablir de façon importante et durable sa capacité de gain. C'est — relève l'arrêt H. F. précité — en tenant compte de la situation matérielle de l'assuré, soit de tous les facteurs d'ordre économique et relatifs à son activité et à sa capacité de gagner, que l'on décidera s'il y a lieu de reconnaître à l'opération de la cataracte le caractère principal de mesure de réadaptation professionnelle. La réponse à donner à cette question dépendra surtout de l'âge du requérant et plus précisément de la durée prévisible de l'activité professionnelle qu'il pourra vraisemblablement encore exercer, une fois la cataracte opérée, par rapport à la durée totale de son activité antérieure et ultérieure. Toutefois, du point de vue de la LAI, la durée prévisible future est censée prendre fin au moment de la naissance du droit à une rente de vieillesse de l'AVS (soit 65 ans pour les hommes et 63 ans pour les femmes), puisqu'aucune mesure de réadaptation ne peut être accordée après cette date (art. 10, 1^{er} al., LAI; arrêt G. W. du 5 décembre 1962, RCC 1963, p. 126).

Etant donné les faits de la cause et les principes jurisprudentiels susrappelés, le prononcé de la commission AI apparaît bien fondé et doit être rétabli. L'assuré, âgé maintenant de 62 ans, exerce sa profession de représentant de commerce. Atteint de cataracte bilatérale, il dut se faire opérer l'œil gauche en 1959. A la suite de complications hypertensives, cette opération n'a toutefois pas amélioré la fonction visuelle de cet œil, dont l'acuité (corrigée) est inférieure à 0,1. Que l'œil droit soit opéré ou non, et quel que soit le résultat de cette opération, un fait est donc certain: l'acuité visuelle pratiquement nulle de l'œil gauche continuera à entraver la capacité de travail de cet assuré et aura pour effet d'en accélérer le déclin. Même dans la plus favorable des hypothèses, soit dans le cas où l'opération de l'œil droit serait couronnée de succès — vu les complications survenues lors de la première intervention, il est permis cependant d'avoir des doutes à ce sujet — l'opération en cause ne pourrait par conséquent que rétablir partiellement la capacité de travail du requérant et, par rapport à la durée totale de son activité professionnelle, cela pour une période relativement courte puisque, du point de vue de la LAI, cette activité est censée prendre fin à 65 ans. Dans ces conditions et compte tenu en particulier de l'âge du requérant, on ne saurait attribuer à l'opération envisagée le caractère principal de mesure de réadaptation.

Point n'est besoin dès lors de rechercher encore si la seconde condition est remplie, à savoir si, conformément à l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, l'opération de l'œil droit est de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain de l'assuré ou à la préserver d'une diminution notable. Pour les raisons indiquées ci-dessus, il semble toutefois que tel n'est pas le cas. Il est douteux en effet que l'on puisse attendre de cette opération une amélioration importante de la faculté visuelle d'ensemble ou une amélioration durable de la capacité de gain.

Arrêt du TFA, du 14 janvier 1963, en la cause C. L.

Articles 19, 1^{er} alinéa, LAI et 10, 2^e alinéa, RAI. Un mineur qui a besoin d'une formation scolaire spéciale et qui reçoit dans un home, parallèlement

aux leçons de l'école publique, l'enseignement d'une classe spéciale ou de développement n'a pas droit à des subsides pour la formation scolaire spéciale.

Articoli 19, capoverso 1, LAI e 10, capoverso 2, OAI. Un minorenne che necessita di un'istruzione scolastica speciale e che riceve, in una casa per bambini, oltre all'insegnamento del ciclo d'obbligo quello delle classi differenziali, non ha diritto a sussidi per la formazione scolastica speciale.

L'assurée, née avant terme le 15 juin 1950, a été délaissée par ses parents. Restée en pouponnière jusqu'à l'âge de quatre ans, elle fut par la suite placée dans différentes familles — mais tous ces essais échouèrent — puis dans des établissements spécialisés. Elle n'a suivi l'école publique que de septembre 1957 à décembre 1958. En raison des graves troubles de caractère qu'elle présentait, elle fut placée à l'Hospice de B., où elle séjourna du 16 avril 1959 au 15 août 1960. A cette date, elle fut transférée à la « Maison familiale X », conformément à la proposition faite par le médecin, qui estimait que cette enfant devait être suivie individuellement et qu'elle avait besoin d'être rééduquée sur le plan scolaire.

Agissant au nom de sa pupille, le Tuteur général présenta une demande de prestations AI. La commission AI considéra que l'assurée souffrait d'une infirmité congénitale (chiffre 134 OIC) et que, dès le 1^{er} janvier 1960, elle avait droit au traitement médical de cette infirmité, aux subsides pour formation scolaire et aux frais de transport pour les congés. Ce prononcé fut notifié au Service du Tuteur général par décision de la caisse de compensation du 16 juin 1961. Le 3 juillet 1961, la commission AI rendit un prononcé complémentaire, suivant lequel les subsides alloués pour le placement à l'Hospice de B. n'étaient pas valables pour la « Maison X », car il ne s'agissait pas d'une formation scolaire spéciale au sens de la LAI. La caisse de compensation prit une décision dans ce sens le 11 septembre 1961.

Le Tuteur général forma recours contre cette décision en faisant valoir notamment que la « Maison X », où l'assurée avait été transférée, était un home spécialisé dans l'éducation des enfants présentant des troubles du comportement, et que ce milieu correspondait au diagnostic tant social que psychiatrique. Par jugement du 3 mai 1962, la commission cantonale de recours annula la décision attaquée, renvoya la cause à la commission AI et l'invita à rendre un nouveau prononcé octroyant à l'assurée, pendant son séjour à la « Maison X », les subsides de formation scolaire spéciale pour frais d'école et de pension.

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

1. Aux termes de l'article 19 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 ». Usant du pouvoir que cet article lui a délégué, le Conseil fédéral a édicté les dispositions d'exécution nécessaires. C'est ainsi que l'article 8 RAI définit ce qu'il faut entendre par « formation scolaire spéciale » et « école publique », que l'article 9 RAI précise quels sont les mineurs ayant droit à des subsides et que l'article 10 RAI fixe le montant de ces subsides. Dans plusieurs arrêts (voir en particulier H. S., ATFA 1961, p. 160 = RCC 1961, p. 382; E. K., ATFA 1961, p. 322 = RCC 1962, p. 36; H. St., ATFA 1962, p. 64 = RCC 1962, p. 351), le TFA a eu l'occasion de préciser le sens à donner aux dispositions susmentionnées et leurs conditions d'application.

Sur la base des faits de la cause et des principes posés dans les arrêts précités, il faut admettre que l'assurée est apte à recevoir une instruction et que les graves troubles

du caractère et du comportement qu'elle présente peuvent être assimilés à une infirmité mentale au sens de l'article 9, 1^{er} alinéa, lettre g, RAI. Reste à examiner si, pendant son séjour à la « Maison familiale X », elle remplissait les conditions donnant droit à des subsides pour formation scolaire spéciale. Il faut répondre négativement.

Il ressort des pièces du dossier, notamment du rapport du médecin, et du rapport d'enquête établi le 3 mai 1962, que cette enfant n'a pas été transférée de l'Hospice de B. à la « Maison familiale X » pour des raisons d'ordre médical. Ce que l'on a voulu, c'était placer cette enfant, qui souffre de graves carences éducatives, dans un milieu où elle trouverait une certaine ambiance familiale, où elle pourrait être suivie individuellement comme membre d'un petit groupe et où elle pourrait également poursuivre sa formation scolaire. Pendant son séjour dans cet établissement, elle allait régulièrement chaque matin à l'école primaire publique. L'après-midi, en revanche, elle ne fréquentait pas cette école, mais recevait, de même que les autres enfants de la « Maison X », quelques cours particuliers (leçons de grammaire, d'orthographe et de calcul) que donnait un instituteur du Département de l'instruction publique.

Sans ces cours complémentaires, il se peut certes que l'assurée ne serait pas arrivée à fréquenter l'école primaire. Rien ne permet d'admettre toutefois que cet enseignement individualisé sortait du cadre d'un simple cours de développement. Au lieu d'être donnés dans l'établissement de X, ces cours auraient pu être donnés dans une classe de développement. Or, d'après l'article 8, 2^e alinéa, RAI, l'enseignement reçu dans des classes spéciales ou de développement est également compris dans la notion d'école publique et, partant, ne justifie pas l'octroi de subsides. D'autre part, la formation scolaire proprement dite était incontestablement donnée à l'école publique primaire que l'assurée a fréquentée régulièrement pendant son séjour à la « Maison X ». Cela étant, aucun subside ne saurait être accordé pour les leçons particulières qui ont été données à l'assurée. En effet, ainsi que le TFA l'a précisé dans l'arrêt P. K. du 29 mars 1962 (RCC 1962, p. 288), l'octroi de subsides n'est prévu qu'à l'égard des mineurs aptes à être instruits et qui sont empêchés, en raison de leur invalidité, de fréquenter l'école publique, mais non pas en faveur de mineurs qui fréquentent l'école publique et qui, à côté de cet enseignement, reçoivent encore certains cours. C'est ce qui ressort de l'article 19, 1^{er} alinéa, LAI et de l'article 10, 2^e alinéa, RAI; cette dernière disposition ne prévoit une exception que dans des cas bien déterminés: ceux des mineurs durs d'oreille ou atteints de graves difficultés d'élocution qui ont besoin d'un enseignement complémentaire de lecture labiale ou d'orthophonie pour être en mesure de suivre l'école publique. On ne saurait donc se fonder sur cette disposition pour accorder des subsides en raison des leçons particulières données à l'assurée pendant son séjour à la « Maison X ».

Il existe un autre motif qui doit être pris en considération pour la solution à donner au litige. Comme relevé ci-dessus et ainsi que les pièces du dossier le démontrent, le séjour de l'assurée à la « Maison X » n'a pas été décidé pour des motifs purement scolaires, mais bien parce qu'il paraissait indiqué d'y placer cette enfant pour des raisons pédagogiques; cet établissement, en effet, est spécialisé dans l'éducation d'enfants difficiles et présentant des troubles du comportement. Ce que l'on envisageait en premier lieu, c'était de tenter une rééducation de l'assurée tout en lui donnant l'occasion de poursuivre sa formation scolaire. Dans un tel cas, où le placement dans un établissement tend essentiellement à la rééducation d'enfants difficiles, on peut se demander — question qui peut rester en suspens — si les mesures de rééducation appliquées à ces enfants rentrent encore dans la notion de formation scolaire spéciale au sens de l'article 8, 1^{er} alinéa, RAI et de la jurisprudence.

Au vu de ce qui précède, il faut admettre que la décision de la caisse de compensa-

tion, relative au refus des subsides pendant le séjour de l'assurée à la « Maison X » était fondée et, partant, que le jugement cantonal doit être annulé. Dans une lettre au TFA, le Tuteur général déclare que sa pupille a été placée le 9 juillet 1962 dans un Foyer d'éducation. Il appartiendra donc aux autorités compétentes de procéder à une instruction et, cela fait, de rendre une décision relative aux prestations AI qui pourraient revenir à cette enfant.

2. Selon les renseignements fournis par le dossier, il semble que pendant son séjour à la « Maison X », l'assurée a été soumise à des mesures de rééducation psycho-motrice. Comme le relève l'OFAS dans son mémoire d'appel, les frais de ces mesures pourraient, le cas échéant, être pris en charge par l'AI à titre de mesures médicales appliquées à une infirmité congénitale. Cette question ne saurait toutefois être examinée dans la présente procédure. Il convient dès lors de transmettre le dossier à la commission AI pour enquête et prononcé sur ce point.

Arrêt du TFA, du 11 décembre 1962, en la cause J. B.

Articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 14, 1^{er} alinéa, lettre g, RAI. Un scooter avec ou sans cabine, remis en prêt, est un véhicule à moteur adéquat pour effectuer les trajets relativement courts jusqu'au lieu de travail, si aucune considération d'ordre médical ne s'y oppose.

Articoli 21, capoverso 1, LAI e 14, capoverso 1, lettera g, OAI. In quanto non si oppongano considerazioni d'ordine medico, una motoretta con o senza cabina, consegnata in prestito, è da considerarsi un veicolo a motore adeguato per compiere un percorso relativamente breve fino al posto di lavoro.

L'assuré, né en 1901, eut un grave accident en 1935; obligé de quitter son travail au chemin de fer, il touche depuis lors des rentes d'invalidité de la CNA et d'une caisse de retraite. Il habite sa propre maison à V. et dirige depuis de nombreuses années l'agence communale AVS, l'office du travail et l'office des poursuites de la commune de V., à laquelle appartient aussi le village de W. En 1960, l'assuré présente une demande à l'AI en exposant les faits suivants: Il travaille encore, pour le moment, dans une baraque militaire proche de sa maison, mais son bureau sera transféré bientôt dans le village de W., éloigné de trois kilomètres environ. Il marche avec peine et aura besoin d'une petite automobile pour parcourir son nouveau chemin de travail; il demande par conséquent à l'AI de lui accorder l'aide en capital nécessaire.

Prié de se prononcer à ce sujet, le médecin déclara à la commission AI que l'assuré était aveugle de l'œil gauche, entendait mal des deux oreilles, se plaignait de maux de tête depuis son accident et ne pouvait marcher qu'avec peine en s'aidant d'une canne. La caisse de compensation informa l'assuré, par décision du 16 octobre 1961, que l'AI n'accordait pas de prestations dans ce cas-là. L'assuré recourut et demanda (en présentant une quittance) le remboursement des 4700 francs qu'il avait dépensés pour une automobile achetée d'occasion en octobre 1960. Ce n'était pas sur son initiative, mais sur l'ordre du conseil communal, qu'il avait dû transférer son bureau à W. La commission de recours rejeta ce recours.

Sur appel de l'assuré, le TFA renvoya la cause à la commission AI. Voici ses considérants:

1. L'AI considère comme moyens auxiliaires nécessaires à la réadaptation à la vie professionnelle, notamment, les véhicules adaptés à l'infirmité de l'assuré, tels que cycles

à deux ou trois roues, scooters à deux ou trois roues, scooters à cabine et voitures automobiles légères. Elle remet un véhicule à moteur, d'un modèle simple et adéquat, en toute propriété ou en prêt, à l'invalidé qui peut, d'une manière durable, exercer une activité lui permettant de couvrir ses besoins et qui n'est pas en mesure de se rendre à son travail sans un véhicule à moteur personnel (art. 8, lettre d, 9, 1^{er} al., et 21 LAI; art. 14, 1^{er} alinéa, lettre g, et 15 RAI). Elle assume les frais de réparation et de renouvellement causés par l'utilisation du véhicule entre le domicile de l'assuré et son lieu de travail, sauf les menus frais (art. 16, 2^e alinéa, RAI).

2. L'appelant, domicilié à V., est depuis des années fonctionnaire de la commune de V. Depuis novembre 1960, son bureau n'est plus à V., mais à environ trois kilomètres de là, à W. Aucun moyen de transport public n'existe entre V. et W., et l'assuré ne peut certainement pas parcourir à pied ces quelque douze kilomètres de trajets quotidiens. Il n'est pas tenu non plus par la LAI d'aller habiter W., mais il est libre de choisir son domicile dans le territoire de la commune dont il est l'employé, surtout dans les conditions actuelles, où l'on ne saurait exiger un déménagement. C'est pourquoi la cour de céans ne peut confirmer la décision de la caisse et le jugement de première instance.

3. A partir de janvier 1967, l'appelant touchera une rente de vieillesse pour couple de l'AVS et n'aura plus droit, au plus tard depuis cette date, à des mesures de réadaptation de l'AI (art. 10, 1^{er} al., LAI, et 22 LAVS). Ainsi, la durée pendant laquelle l'AI devrait assumer les frais d'une motorisation ne serait que de six ans environ. On peut se demander ici si un scooter, remis en prêt, ne suffirait pas pour parcourir le chemin relativement court entre le domicile et le nouveau bureau. Avec une vitesse horaire de 20 km. seulement, l'assuré, âgé de 61 ans, parviendrait en 9 minutes à son bureau en utilisant ce véhicule. Le dossier ne permet pas de juger s'il aurait besoin, éventuellement, pour des raisons de santé, d'un véhicule couvert; à une question de la commission de recours, le médecin a simplement répondu que l'assuré, très handicapé dans sa marche, ne pouvait faire à pied le trajet de V. à W.

Conformément à l'article 60, 1^{er} alinéa, lettre b, LAI, il incombe à la commission AI d'examiner les circonstances plus en détail et de déterminer à quelles prestations a droit l'assuré pour sa motorisation — jugée nécessaire — en vertu des articles 14, 1^{er} alinéa, lettre g, et 15, 3^e alinéa, RAI.

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 19 février 1963, en la cause M. R.

Articles 81 LAI et 97 LAVS. L'administration est tenue, à la demande de l'assuré, de reconsidérer sa décision passée en force si des faits ou des moyens de preuve nouveaux apparaissent après coup. (Considérant 1.)

Articles 81 LAI et 97 LAVS. L'administration est habilitée à revenir sur une décision passée en force quand celle-ci était sans nul doute erronée et pourvu que la correction apportée revête une importance appréciable. Le juge ne peut toutefois pas l'y obliger. (Considérant 2.)

Articoli 81 LAI e 97 LAVS. Su richiesta dell'assicurato l'amministrazione deve riesaminare la sua decisione che ha acquistato forza di cosa giudicata, se sono stati scoperti fatti nuovi o nuovi mezzi di prova. (Considerando 1.)

Articoli 81 LAI e 97 LAVS. L'amministrazione ha la facoltà di riesaminare una decisione che ha acquistato forza di cosa giudicata se questa è indubbia-

mente erronea e se la sua correzione riveste un'importanza rilevante. Il giudice non può tuttavia obbligare l'amministrazione a far uso di questa facoltà. (Considerando 2.)

Atteint de débilité, l'assuré se trouve depuis novembre 1957 dans un foyer pour invalides pour « s'habituer à travailler ». Il y est occupé à la fabrication de brosses. En mai 1960, son tuteur demanda à l'AI de lui allouer une contribution pour frais supplémentaires de formation professionnelle initiale. Par décision du 6 janvier 1961, la caisse de compensation lui fit savoir que sa demande était rejetée. Cette décision n'a pas été attaquée dans le délai de 30 jours et a passé en force.

Le 19 septembre 1961, le tuteur pria la commission AI de reconsidérer son prononcé, mais celle-ci refusa d'entrer en matière; il en fut informé par décision de la caisse du 28 novembre 1961. Contrairement au prononcé de la commission AI, la caisse déclarait que la demande de reconsidération était rejetée. La commission cantonale de recours rejeta, elle aussi, le recours du tuteur contre cette décision. En appel, le TFA en fit de même pour les motifs suivants:

1. La décision du 6 janvier 1961, refusant à l'assuré des prestations de l'AI, n'a pas été attaquée dans le délai de recours de 30 jours. Le litige porte sur la question de savoir si l'administration peut être obligée de modifier postérieurement cette décision.

L'administration est tenue, à la demande de l'assuré, de reconsidérer sa décision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts après coup (ou si un crime ou un délit a influencé la décision). Aux termes de l'article 85, 2^e alinéa, lettre h, LAVS (applicable aussi en matière d'AI en vertu de l'art. 69 LAI), les jugements des autorités de recours doivent pouvoir être révisés en pareils cas. Il va sans dire que lorsque des motifs de revision sont susceptibles, en vertu d'une disposition légale expresse, d'entraîner dans un certain domaine la modification de jugements passés en force *quant au fond*, à plus forte raison ces mêmes motifs doivent-ils pouvoir déployer des effets identiques sur des décisions administratives passées en force seulement *quant à la forme*. A quoi il convient d'ajouter que la reconsidération de décisions administratives pour les raisons indiquées ci-dessus correspond également aux conceptions juridiques généralement admises.

L'autorité cantonale de recours a relevé avec pertinence que le requérant n'a fait valoir en l'espèce aucun fait déterminant qu'il n'ait été en mesure d'invoquer déjà durant le délai de recours qui suivit la décision du 6 janvier 1961. On ne peut pas non plus parler ici de la découverte de nouveaux moyens de droit. Par conséquent, la commission AI, invitée à reconsidérer la décision du 6 janvier 1961, pouvait fort bien refuser d'entrer en matière. Le recours devait être rejeté et l'appel se révèle dès lors non fondé.

2. Certes, l'administration est *habilitée* à revenir sur une décision antérieure quand celle-ci était sans nul doute erronée et pourvu que la correction apportée revête une importance appréciable; mais le juge ne peut pas l'y obliger. Il doit se borner à examiner si l'administration a agi dans les limites de sa compétence, lorsqu'elle est revenue sur une décision passée en force (tel n'est pas le cas en l'espèce). En dehors des cas prévus à l'article 85, 2^e alinéa, lettre h, LAVS, c'est aux organes administratifs de l'assurance seuls (commission AI et caisse de compensation) qu'il appartient de déterminer, eu égard aux exigences de leurs fonctions, si une décision doit être reconsidérée ou non; l'OFAS peut aussi leur adresser des directives appropriées (ATFA 1952, p. 189 = RCC 1952, p. 319; ATFA 1957, p. 192 = RCC 1958, p. 136).

Jusqu'à ce jour, le TFA avait déclaré que l'administration ne pouvait revenir sur une décision antérieure que lorsque celle-ci se révèle manifestement fausse et si en outre le montant considéré est de quelque importance (ATFA 1956, p. 44 = RCC 1956, p. 142;

ATFA 1959, p. 29 = RCC 1959, p. 296). La nouvelle formule employée, à savoir que l'administration est habilitée à revenir sur une décision lorsque celle-ci est sans nul doute erronée et pourvu que la correction apportée revête une importance appréciable, est préférable à l'ancienne, bien qu'elle n'apporte aucune innovation fondamentale. La jurisprudence admet la reconsidération d'une décision entachée d'une grave erreur de droit. Cependant, même une erreur incontestable dans l'application du droit n'apparaît que rarement d'emblée: pour la détecter, il faut la plupart du temps revoir l'état de fait, consulter le texte légal, et construire des raisonnements logiques. C'est pourquoi l'expression « sans nul doute erronée » convient mieux que les termes « manifestement fausse ». En outre, depuis l'introduction de l'AI, on ne peut plus dire qu'il faille subordonner la reconsidération d'une décision de caisse à la condition « que le *montant* considéré soit de quelque importance »: en effet, certaines décisions ont pour objet des prestations dont la valeur ne peut guère être appréciée en francs, par exemple des mesures de réadaptation telles que la recherche d'un poste de travail ou le prêt d'un moyen auxiliaire.