

CHRONIQUE MENSUELLE

Les *médecins des commissions AI* se sont réunis le 6 juin sur l'invitation de l'Office fédéral des assurances sociales, et sous la présidence de M. Naef, chef de section de cet office. Ils ont discuté les problèmes actuels que posent leurs contacts avec l'AI. Le docteur Genton, de Lausanne, et le docteur Prader, professeur à Zurich, ont présenté d'intéressants exposés sur les infirmités congénitales.

*

La *commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité* a siégé le 7 juin sous la présidence de M. A. Saxer et a formulé ses propositions au Conseil fédéral pour la sixième révision de l'AVS. Elle a discuté toutes les questions ayant des répercussions financières, notamment l'augmentation des rentes, le droit des femmes aux rentes et l'octroi de prestations complémentaires aux bénéficiaires de rentes ayant des ressources modestes. Elle propose d'augmenter d'un tiers les rentes de l'AVS et de l'AI et de fixer la rente de vieillesse simple à 1500 francs au moins et 3200 francs au plus, et la rente de vieillesse pour couple à 2400 francs au moins et 5120 francs au plus.

*

Par arrêté du 10 juin 1963, le Conseil fédéral a modifié l'article 78, 2^e alinéa, RAI et, par la même occasion, abrogé l'article 116, 2^e alinéa, RAI. La nouvelle réglementation, qui est entrée en vigueur le 15 juin, permet à l'AI de payer, dans une mesure plus large que jusqu'alors, les mesures de réadaptation qui, pour des motifs valables, ont dû être appliquées avant le prononcé de la commission AI. Le délai de dépôt de la demande est prolongé de trois à six mois, à compter dès le début de la mesure de réadaptation à considérer, ce qui devrait améliorer sensiblement la situation de l'assuré.

*

Dans sa séance du 10 juin, le *Conseil des Etats* a approuvé trois conventions en matière d'assurances sociales conclues par la Suisse: la convention du 14 décembre 1962 avec l'Italie (RCC 1963, p. 48), la convention du 8 juin 1962 avec la Yougoslavie (RCC 1962, p. 259) et la convention complémentaire avec la République fédérale d'Allemagne, du 24 décembre 1962 (RCC 1963, p. 93). Le Conseil national discutera ces conventions dans sa session de septembre.

La *commission des prestations AI d'ordre professionnel* a tenu les 11 et 12 juin sous la présidence de M. Naef, de l'Office fédéral des assurances sociales, sa deuxième séance. Elle a discuté le projet du chapitre « Mesures d'ordre professionnel » qui fait partie de la circulaire sur les mesures de réadaptation de l'AI.

*

La *conférence des caisses cantonales de compensation* s'est réunie en assemblée plénière les 20 et 21 juin sous la présidence de M. Weiss, gérant de la caisse de compensation de Bâle-Ville, en présence de M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales. Avant de liquider les affaires internes, l'assemblée entendit un exposé du docteur Markwalder, privat-docent, Berne, sur la chirurgie du cerveau.

*

La *commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité* a tenu le 21 juin une deuxième séance consacrée au problème de la sixième révision de l'AVS. Elle a discuté, sous la présidence de M. A. Saxer, plusieurs questions sans conséquences financières, et a mis au point ses propositions au Conseil fédéral.

*

Sur l'invitation de l'Office fédéral des assurances sociales, les représentants des *offices régionaux AI* ont tenu séance le 2 juillet sous la présidence de M. Achermann. Diverses questions concernant la réadaptation professionnelle et la procédure ont été discutées, en particulier les mesures destinées à accélérer la liquidation des cas dans les offices régionaux.

La seconde révision du régime des APG

La préparation de la révision

Le 11 décembre 1962, le Conseil national a étudié trois postulats demandant l'augmentation des taux du régime des APG (RCC 1963, p. 15). Après avoir été brièvement développés et conformément à l'avis du Conseil fédéral, ils furent acceptés sans discussion par le Conseil national. Le Conseil fédéral était ainsi chargé d'examiner si et dans quelle mesure les taux d'allocations pourraient être augmentés.

Peu de temps après, l'Office fédéral des assurances sociales a adressé des propositions de révision et un rapport explicatif à une sous-commission de la

commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, qui les a examinés dans ses séances des 15 janvier et 13 février 1963 (RCC 1963, p. 47 et 92). Les décisions de cette sous-commission servirent à l'élaboration de l'avant-projet du Département fédéral de l'intérieur qui fut soumis, à fin février 1963, aux cantons, aux associations faîtières de l'économie, ainsi qu'aux partis politiques et à d'autres organismes intéressés, afin qu'ils présentent leur préavis. Tous les avis s'expriment en faveur d'une révision prochaine du régime des APG. On s'accorde à reconnaître que l'augmentation des taux est nécessaire, mais des divergences existent quant à son ampleur.

Le 31 mai 1963, le Conseil fédéral a adressé à l'Assemblée fédérale un « Message à l'appui d'un projet de loi modifiant celle sur les allocations aux militaires pour perte de gain » (régime des APG). L'exposé qui suit a en grande partie été extrait de ce message.

La nécessité d'une révision de la loi

Les allocations pour perte de gain sont destinées à couvrir, en partie tout au moins, la perte de revenu du travail subie pendant le service militaire ou le service de protection civile. Leurs taux doivent par conséquent aller de pair avec l'évolution générale des salaires. L'adaptation a lieu automatiquement lorsque la prestation est calculée en fonction d'un pour-cent du revenu. En revanche, les taux et éléments de calcul fixés en montants absolus doivent être adaptés périodiquement à l'évolution des revenus. Depuis les travaux préparatoires effectués en 1958/1959 pour la première révision, l'indice des revenus du travail a subi une hausse marquée, de sorte que, par rapport à ces revenus, les allocations ont sensiblement diminué de valeur. Ce sont surtout les bénéficiaires de prestations maximums, en nombre toujours croissant, qui pâtissent de cet état de choses, toute augmentation du revenu demeurant sans effet sur le montant de leur indemnité. Selon les estimations faites, plus de 60 pour cent des bénéficiaires d'allocations de ménage touchent les taux maximums. Mais cette perte de substance atteint tout autant les prestations fixes (allocation pour enfant, allocation pour assistance et allocation d'exploitation).

Etant donné que les dispositions à réviser entreront probablement en vigueur en 1964, il s'agit de déterminer quelle aura été l'évolution des rétributions pour une période d'environ six ans, par rapport à l'époque de référence 1958/1959. En se fondant sur l'évolution présumée de l'indice des cotisations AVS, le projet de loi prévoit une hausse des éléments fixes de 40 pour cent au moins. Comme l'objectif majeur de la deuxième révision est l'ajustement des allocations à la hausse des salaires, des propositions ayant pour objet de plus fortes améliorations ne peuvent par conséquent être retenues que dans la mesure où la situation financière du régime le permet. Une hausse du supplément APG, qui est d'un dixième des cotisations AVS, n'est pas envisagée; mais dans ce cadre également, il est encore possible d'augmenter les taux, dans la plupart des positions, de 50 à 60 pour cent. Ainsi, nombre de militaires bénéficieront, selon le projet de révision, d'une amélioration réelle, précieuse du point de vue social, amélioration qui ira au-delà du simple ajustement aux salaires.

L'augmentation des divers taux d'allocations

L'allocation de ménage

Selon les dispositions en vigueur actuellement, l'allocation journalière de ménage revenant aux militaires ayant exercé une activité lucrative avant d'entrer au service se compose d'un montant fixe de 2 fr. 50 et d'un montant variable égal à 40 pour cent du revenu journalier moyen acquis avant le service; elle est toutefois de 5 francs au minimum et de 15 francs au maximum. Pour éviter que le montant des allocations soit par trop dégressif, il est prévu de ne pas augmenter les taux fixes de 40 pour cent. La part en montant absolu ne sera augmentée que de 2 fr. 50 à 3 fr., donc de 20 pour cent seulement; la part variable, par contre, passera de 40 à 50 pour cent. Ainsi, on donne plus de poids à la part de l'allocation qui se détermine en fonction du revenu. En effet, tandis que dans le régime actuel l'élément s'exprimant en pour-cent du revenu ne représente que le 48 pour cent du revenu journalier maximum pris en compte (31 fr. 25), il s'élèvera désormais à presque 58 pour cent du nouveau plafond de salaire fixé à 40 francs par jour. Les taux minimums et maximums de l'allocation de ménage s'élèveront, selon le projet de loi, à 8 et 23 francs.

L'allocation pour personne seule

Etant donné qu'il est prévu de continuer à fixer l'allocation pour personne seule à 40 pour cent de l'allocation de ménage correspondante, le taux minimum passera ainsi de 2 fr. à 3 fr. 20 et le taux maximum de 6 fr. à 9 fr. 20 par jour. Les recrues toucheront comme jusqu'ici l'allocation minimum, soit 3 fr. 20.

La proposition faite de porter l'allocation pour personne seule à 50 pour cent (jusqu'à présent 40 pour cent) de l'allocation de ménage correspondante n'a pas pu être retenue, étant donné que cela aurait entraîné des dépenses supplémentaires de l'ordre de 9 millions de francs par an.

L'allocation de ménage et l'allocation pour personnes seules revenant aux militaires qui n'exerçaient pas d'activité lucrative

Les militaires qui n'exerçaient pas d'activité lucrative continueront, comme par le passé, à toucher les taux minimums de ces allocations de base. Ceux-ci s'élèveront donc à 8 francs (au lieu de 5 francs comme jusqu'ici) et à 3 fr. 20 (au lieu de 2 francs comme jusqu'ici).

Taux minimums pendant les services d'avancement

Il est prévu d'améliorer la réglementation spéciale en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1960 pour les services d'avancement, dans ce sens que le taux minimum de l'allocation de ménage sera porté de 7 à 12 francs et celui de l'allocation pour personne seule de 4 à 7 francs. Cette hausse sera profitable aux étudiants et aux membres de la famille travaillant dans l'exploitation familiale, ainsi qu'aux militaires vivant seuls qui, avant d'entrer au service, exerçaient une activité lucrative et réalisaient un revenu allant jusqu'à 29 francs par jour, 870 francs par mois et 10 440 francs par année.

L'allocation pour enfant

Le taux fixe qui était jusqu'ici de 2 francs par enfant sera porté à 3 francs par jour; il sera ainsi tenu compte, de façon accrue, des exigences de la protection de la famille.

Allocation pour assistance

Comme jusqu'ici, l'allocation pour assistance prévue en faveur de la première personne assistée correspondra au double du montant de l'allocation pour enfant, et celle qui est prévue pour chacune des autres personnes assistées correspondra au montant simple de cette dernière allocation; il est donc prévu de la fixer à 6 francs et 3 francs par jour. On peut se demander s'il n'y aurait pas lieu d'augmenter aussi les limites de revenu instituées en vue du calcul de l'allocation pour assistance (art. 10, 1^{er} al., lettre b, RAPG); cette question sera examinée lors de l'adaptation du règlement d'exécution.

L'allocation d'exploitation

Il est prévu de porter l'allocation d'exploitation de 3 francs à 5 francs par jour, donc de l'augmenter non de 40, mais de 66 2/3 pour cent.

Le montant absolu de l'allocation totale

Le montant maximum absolu de l'allocation totale sera porté de 28 francs à 36 francs; la limite supérieure relative, de 90 pour cent, ainsi que la garantie de verser jusqu'à deux allocations pour enfants ont été maintenues. Il résulte de ces chiffres que le plafond du revenu du travail pris en compte sera de 40 francs (jusqu'ici 31 fr. 25) par jour, de 1200 francs (jusqu'ici 937 fr. 50) par mois ou de 14 400 francs (jusqu'ici 11 250 francs) par année.

Les répercussions financières de la revision

Outre les 3 à 4 millions de francs d'allocations revenant aux personnes servant dans la protection civile et une modeste contribution pour frais d'administration, il faut tenir compte avant tout des allocations versées aux militaires pour établir le montant des dépenses annuelles. Les dépenses entraînées par ces allocations aux militaires sont fonction des développements économiques et démographiques futurs. Le montant total des dépenses passera vraisemblablement de 85,1 millions de francs en 1962 à 136 millions en 1965. Ce montant dépasse ainsi d'environ 40 millions de francs les charges que l'on pourrait prévoir si le système actuel n'était pas révisé; ainsi donc, la différence entre 85,1 et 96 millions de francs résulte du facteur de développement précité, dont l'un des éléments est constitué par l'accroissement sensible du nombre des jours soldés.

Les recettes annuelles se composent essentiellement du produit du supplément d'un dixième aux cotisations AVS, qui passera vraisemblablement de 99,9 millions de francs en 1962 à 121 millions en 1965. On peut estimer que les intérêts du Fonds de compensation du régime des APG passeront de 4 à 5 millions de francs par année et que le Fonds lui-même augmentera de 141 millions en 1962 à 152 millions en 1965.

L'entrée en vigueur de la revision légale

D'après le projet de loi, c'est le Conseil fédéral qui fixera la date de l'entrée en vigueur du projet de loi. A ce sujet, le Conseil fédéral devra notamment examiner si, pour assurer l'uniformité de traitement — et ainsi que cela est souligné dans plusieurs avis exprimés — le projet de loi ne peut vraiment être mis en vigueur qu'un 1^{er} janvier.

L'aide de l'AI est efficace

Ainsi que la RCC l'a déjà signalé dans son numéro de janvier (1963, p. 5), sous le même titre, de nombreuses institutions de l'aide aux invalides exposent, dans leur rapport de gestion, comment l'AI a favorisé leur développement. Quelques extraits de ces rapports ont été publiés dans la revue; voici d'autres exemples.

Extrait du rapport d'un home d'éducation pour arriérés

L'introduction de l'AI représente, dans l'histoire de notre institut, un événement décisif.

Les bienfaits de cette nouvelle assurance nous permettent d'aborder d'autres problèmes et d'en étudier l'urgence et la nécessité. Le problème numéro un est celui du personnel, d'autant plus difficile à résoudre qu'il implique aussi la question du logement. Après avoir examiné à fond toutes les possibilités et dressé nos plans, nous avons décidé de proposer à la commission de surveillance la construction d'un bâtiment spécial pour le personnel.

Comme tous les instituts suisses d'enfants débiles mentaux, mais aptes à recevoir une instruction, notre home est constamment rempli de pensionnaires, si bien que nous devons souvent, à notre grand regret, fixer des délais d'attente assez longs aux nouveaux inscrits. Ce manque de place est dû à diverses causes. D'une part, il semble que le nombre des enfants débiles mentaux s'accroît avec la population; d'autre part, les homes, avec l'organisation du système des groupes, voient diminuer leur capacité d'admission, et il n'en a pas été fondé de nouveaux au cours des dernières années. A cela s'ajoute encore le développement de l'aide sociale en faveur des enfants débiles, qui sont actuellement mieux suivis, mieux contrôlés et qui reçoivent une meilleure formation spéciale que jadis. Depuis 1960, les effets salutaires de l'AI se font sentir aussi dans ce domaine. Les dépenses des parents et tuteurs pour la pension de leurs enfants invalides ont sensiblement diminué. Autrefois, on renonçait souvent à solliciter l'admission d'un enfant, et malheureusement c'était toujours au détriment de celui-ci. L'opinion publique, dûment informée, admet maintenant qu'une éducation bien conçue n'amène que des avantages. Nos protégés se développent si bien notre home qu'ils parviennent ensuite à se faire une place dans la vie professionnelle et ne sont plus à la charge des autorités. En outre, les

établissements d'autrefois, qui étaient souvent maussades, ont été modernisés et sont devenus des maisons accueillantes, ce qui facilite grandement l'œuvre entreprise.

L'AI représente aujourd'hui la principale ressource financière de notre home. Quant aux dons privés, ils n'atteignent qu'un faible montant si on les compare aux subventions des pouvoirs publics.

Extrait du rapport d'un home pour enfants retardés nécessitant des soins spéciaux

La situation financière du home s'est consolidée. Sans doute, les comptes d'exploitation se soldent par un excédent de dépenses; cependant, le mobilier et les immeubles ont pu être amortis selon les normes usuelles, ce qui n'était pas arrivé depuis des années. Ces amortissements ont dépassé la somme de 21 000 francs. En outre, des acquisitions urgentes (machines à laver, etc.) ont pu être effectuées pendant l'exercice, pour un montant total de plus de 20 000 francs. Des dépenses assez considérables ont été occasionnées par la réparation de l'installation de chauffage, qui n'avait jamais été l'objet d'une révision depuis la construction du home. Les graves difficultés financières qui étaient attachées à la gestion de l'institut depuis sa fondation sont à présent surmontées, grâce à l'intervention de l'AI.

Extrait du rapport d'un centre de réadaptation

Après la seconde guerre mondiale, la situation de l'invalidé était, grosso modo, la suivante: Son invalidité l'excluait, dans la plupart des cas, de la société, et le tenait à l'écart, presque constamment, de la vie professionnelle. L'invalidé devait alors s'en remettre à l'aide sociale. Celle-ci organisait pour lui des fêtes et autres manifestations, telles que distributions de cadeaux de Noël, excursions avec repas et distractions. Ici et là, il existait des ateliers spéciaux, des homes qui accueillaient les invalides sans foyer. On était arrivé, du moins, à préserver l'invalidé de la mendicité. Les invalides avaient créé entre eux des organismes d'entraide, dont la fonction principale était de conseiller les membres, de les soutenir au besoin et de les faire bénéficier d'un service juridique gratuit. Le grand but de ces organismes d'entraide était l'institution d'une assurance fédérale contre l'invalidité.

Aujourd'hui, la situation est la suivante:

Le progrès le plus important est l'introduction de l'AI. Pendant plusieurs dizaines d'années, on douta de l'utilité de cette assurance, même dans les milieux de l'aide sociale aux invalides, parce qu'on se la représentait comme une simple assurance de rentes analogue à l'AVS. Tout a changé lorsqu'on est parvenu à démontrer, avec exemples pratiques à l'appui, que l'on pouvait réaliser de véritables réadaptations, sans préjudice pour l'employeur, et permettant à l'invalidé de gagner honorablement sa vie. Ce nouveau point de vue a rapidement transformé la conception de l'assurance-invalidité projetée; dès lors, ce fut la réadaptation de l'invalidé à la vie professionnelle qui occupa le

premier rang, tandis que les rentes étaient réservées aux invalides inaptes au travail.

Extrait du rapport d'un hôpital orthopédique

L'accroissement considérable des travaux d'ordre médical, l'introduction de nouvelles méthodes d'observation et de traitement, un renchérissement général et une forte augmentation des dépenses pour le personnel ont apporté à notre établissement un surcroît de charges financières qui n'a pas pu être compensé par une adaptation des tarifs d'hôpital. Cette évolution peu réjouissante nous a fait craindre une aggravation de notre situation. Heureusement, la crise a pu être évitée grâce aux prestations que l'AI a accordées dès 1960. L'introduction de cette assurance a rétabli notre équilibre financier d'une manière décisive.

La période de transition qui a suivi l'entrée en vigueur de la LAI a posé des problèmes difficiles, mais elle peut être considérée maintenant comme terminée. Il ne faut pas oublier que l'introduction de l'AI a amené un surcroît de travail, le nombre croissant des patients ayant nécessité un personnel plus nombreux, des mesures urgentes d'adaptation et une amélioration des locaux, ce qui, bien entendu, a entraîné de grosses dépenses.

Aujourd'hui, soit plus de trois ans après l'introduction de l'AI, on peut dire que le service des décomptes et paiements s'est largement normalisé. Nous pouvons désormais nous faire une idée précise de ce que l'on peut attendre de l'AI et prendre des mesures en conséquence.

Les névroses et l'AI

1. Généralités

En tant qu'assurance générale, l'AI couvre en principe toute diminution durable de la capacité de gain provenant d'une atteinte à la santé. Certes, l'article 4 LAI, qui consacre ce principe, énumère expressément les causes de l'invalidité, à savoir : l'infirmité congénitale, la maladie et l'accident. En fait, cette énumération n'est pas restrictive, car elle recouvre toutes les causes possibles d'atteinte à la santé ; en d'autres termes, il est difficile de concevoir une atteinte à la santé qui ne résulte pas directement ou indirectement de l'une de ces trois causes.

Toutefois, il convient de relever que le législateur n'a pas défini dans la loi les notions de maladie et d'accident ; une telle définition n'est donnée que pour les infirmités congénitales (art. 1^{er} OIC). Il a laissé à la pratique et à la jurisprudence le soin de préciser ces notions, comme c'était déjà le cas en matière d'assurance-accidents obligatoire et d'assurance militaire. Ce faisant, il a conféré aux organes de l'AI et aux autorités judiciaires le pouvoir d'étendre ou de restreindre, dans une certaine mesure, le champ d'application de la LAI. C'est ainsi, par exemple, que selon le concept adopté, on entendra par

« atteinte à la santé mentale » celle provenant d'une maladie mentale au sens strict du terme, ou, d'une manière plus large, toute altération de l'équilibre psychique d'une certaine ampleur. C'est notamment cette dernière notion qui a prévalu lorsque le TFA a dû apprécier l'invalidité d'un psychopathe (cf. RCC 1961, p. 382).

La même question se pose à propos de la névrose, qui, selon les connaissances médicales actuelles, n'est pas une maladie mentale proprement dite, mais un phénomène d'origine psychogène (cf. Schweizerische medizinische Wochenschrift 1950, p. 405 et ss). Le plus souvent, la névrose se manifeste à la suite d'un accident ou d'une maladie, soit que l'accident ou la maladie ait entraîné une lésion organique ou psychique réelle (on parle alors de névrose traumatique, accidentelle, émotionnelle ou commotionnelle), soit que la névrose résulte d'un faux diagnostic dans une affaire grave, d'un traitement erroné ou inutilement prolongé (on aura alors affaire à une névrose dite de traitement ; cf. Graven : Les invalidités, p. 111 et ss). A cette catégorie de névrotes typiques s'opposent les phénomènes que l'on a désignés sous le nom de névrose de revendication ou sinistrose, et qui peuvent aller de la simple simulation ou exagération (aggravation) à l'aberration psychique véritable. Ces phénomènes se distinguent de la catégorie précédente par le fait qu'ils ne sont pas la *conséquence* naturelle de la maladie ou de l'accident assurés, ces derniers n'étant que l'*occasion* ou le *prétexte* de leur manifestation.

Cette description succincte montre d'emblée que la névrose appelle un traitement différentiel selon qu'elle appartient à l'une ou à l'autre des catégories susmentionnées. Il est évident, en effet, que l'assurance ne saurait en principe couvrir les conséquences économiques de troubles subjectifs dus essentiellement à l'aggravation ou à la simulation du mal par l'assuré. En revanche, elle prendra généralement en charge les suites naturelles d'un traumatisme physique ou psychique. Néanmoins, la délimitation entre ces deux catégories fondamentales de névrose est, dans la pratique, souvent fort délicate, et varie même d'une branche d'assurance à l'autre. Le TFA a en effet relevé que les normes de délimitation d'une assurance étaient données par son caractère (social ou privé) et par le but particulier qu'elle poursuit.

Il n'est dès lors pas inutile de jeter d'abord un bref coup d'œil sur la jurisprudence du TFA dans les domaines de l'assurance-accidents et de l'assurance militaire.

2. *Le traitement de la névrose dans l'assurance-accidents et l'assurance militaire*

Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) pose comme première règle qu'en matière d'assurances-accidents et d'assurance militaire, où les prétentions résultant d'une névrose sont liquidées par l'octroi d'une indemnité en capital, les phénomènes appartenant à la catégorie des névrotes de revendication ne donnent pas droit à indemnisation. Il fait remarquer toutefois qu'étant donné la diversité de la terminologie utilisée par la science médicale, il ne suffit pas de s'en tenir aux expressions employées par le médecin pour désigner une névrose

dans un cas déterminé. La tâche du médecin est de décrire les motifs psychiques qui sont à l'origine de la névrose ou qui l'ont entretenue, alors qu'il appartient aux organes de l'assurance de décider si la névrose ainsi décrite justifie ou non l'octroi d'une indemnité.

Lorsqu'il ne s'agit manifestement pas d'une névrose de revendication, le TFA admet le principe de l'indemnisation, à la condition toutefois que la névrose soit en relation adéquate de cause à effet avec l'événement assuré. Ce lien juridique, qui va au-delà du simple rapport naturel, est essentiellement relatif et doit être examiné de cas en cas (ATFA 1960, p. 158 et ss). On peut dire toutefois qu'un tel lien fait défaut lorsqu'une manifestation névrotique ne résulte pas naturellement d'un accident, mais y trouve un prétexte ou l'occasion de se manifester. Par contre, il n'est pas possible de déterminer dans l'abstrait quel est le degré qu'un rapport de causalité doit comporter pour être considéré juridiquement comme adéquat. Ce degré varie d'un domaine d'assurance à l'autre, comme nous l'avons relevé plus haut, et dépend du caractère de l'assurance en cause comme aussi du but qu'elle poursuit. C'est ainsi que la réglementation adoptée dans l'assurance-accidents et dans l'assurance militaire vise moins à mettre un terme aux prétentions démesurées de l'assuré que de promouvoir sa guérison, en rompant tout lien avec lui par l'octroi d'une indemnité unique. Dès lors, lorsqu'il s'agit de savoir s'il y a lieu d'accorder ou non une indemnité pour cause de névrose, le but poursuivi par l'octroi d'une telle prestation jouera un rôle déterminant (ATFA 1960, p. 263 et ss).

3. Le traitement de la névrose dans l'AI

En matière d'AI, la position du TFA à l'égard des névrosés est quelque peu différente. Dans un premier arrêt de principe en la cause D. Sch. (RCC 1962, p. 199), le TFA, partant de l'idée que l'AI est une assurance générale contre toute invalidité répondant à la définition de l'article 4 LAI, est arrivé à la conclusion qu'elle devait couvrir les conséquences de toute névrose qui, de par sa gravité, peut être assimilée à une maladie mentale. Est dès lors déterminante non pas la *nature* de la névrose (critère : est-elle en rapport de causalité adéquat avec l'événement assuré ?) mais la *gravité* de ses conséquences (critère : peut-elle être encore supprimée par le refus de toute prestation ?). Cette différenciation de traitement s'explique par les buts différents poursuivis par l'assurance-accidents et l'assurance militaire, d'une part, et l'AI, d'autre part. Alors que les premières accordent une prestation en vue de promouvoir la guérison du « malade », l'AI vise essentiellement à venir en aide à un « invalide » (ou à une personne menacée d'invalidité). Dès lors l'assuré, qui a été délivré de sa névrose en recevant une prestation unique de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire, ne saurait faire valoir des prétentions à l'égard de l'AI. Il en va de même pour celui dont il y a lieu d'attendre que le refus de toute prestation le libérera de sa névrose.

Inversement, on peut aussi concevoir qu'une névrose qui ne présente pas le rapport de causalité adéquat exigé par l'assurance-accidents et l'assurance militaire puisse justifier l'octroi d'une rente de l'AI. Un tel cas peut se pré-

senter lorsqu'une névrose de revendication, se manifestant à l'occasion d'un accident ou d'une maladie, se transforme peu à peu en une véritable aberration psychique qui obsède à tel point l'intéressé que celui-ci n'est plus en mesure de réagir positivement, et qui a, sur sa capacité de gain, les mêmes effets qu'une maladie mentale. Une névrose de cette gravité sera assimilée en principe à une invalidité au sens de l'article 4 LAI.

Dans une telle hypothèse, il se justifiera généralement d'accorder une rente à l'assuré; on remarquera toutefois que l'octroi d'une telle prestation n'exclut pas une amélioration éventuelle future de son état psychique, ce qui pourrait justifier une révision du cas. Les commissions AI seront donc bien inspirées de fixer alors un délai de révision ou du moins de ne pas perdre de vue les cas de ce genre.

L'octroi d'une rente suppose que l'assuré a été mis préalablement au bénéfice des mesures de réadaptation auxquelles on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette ou que de telles mesures sont inutiles. Or, la névrose dont est affecté l'assuré peut faire obstacle à l'exécution de mesures de réadaptation éventuelles. On peut se demander si, en pareil cas, l'assuré doit supporter les conséquences de son attitude négative ou si, au contraire, il faudrait renoncer à appliquer la sanction prévue à l'article 31 LAI. Le TFA a abordé cette question dans l'arrêt L. V. (RCC 1963, p. 36). Selon lui, l'existence d'une névrose qui s'installe à la suite d'une affection objective (névrose accidentelle ou traumatique) suffit à rendre douteuse l'exigibilité de mesures de réadaptation; l'exécution de telles mesures ne saurait plus être exigée si la névrose empêche l'assuré de faire l'acte de volonté nécessaire à la réadaptation.

Les principes exposés par le TFA dans ce dernier arrêt semblent indiquer que ce tribunal a adopté, en ce qui concerne l'exigibilité des mesures de réadaptation des névrosés, une position moins rigide que dans la question de l'octroi d'une rente. Il convient toutefois de relever que le TFA avait à juger en l'occurrence un cas typique de névrose traumatique, ayant son origine dans une affection grave (cécité); en outre, il a pris soin de distinguer soigneusement la névrose du simple défaut caractériel, développé ou entretenu par l'entourage de l'assuré. On peut dès lors en conclure qu'une manifestation névrotique, indépendante de toute atteinte objective à la santé, mais ayant son origine dans une déficience du caractère (paresse) ou de la volonté (simulation) ne suffit pas à rendre inexigible l'exécution de mesures de réadaptation.

En conclusion, on retiendra que les phénomènes, appelés communément névroses, peuvent, selon leur gravité, être assimilés à une maladie mentale, et avoir les mêmes effets que cette dernière sur la capacité de gain de ceux qui en sont victimes. Toutefois, étant donné la complexité du domaine où de tels phénomènes se manifestent, compte tenu en outre de leur analogie — apparente du moins — avec les déficiences plus ou moins marquées du caractère, il convient d'observer une grande prudence lors de l'appréciation des cas de névrose. En particulier, on ne mettra un névrosé au bénéfice d'une prestation en espèces que s'il paraît établi que les chances de le rendre à la vie active sont nulles ou quasi nulles. Dans tous les cas où des doutes subsisteraient sur ce point, on exigera un examen du patient par un spécialiste (psychiatre ou autre).

Les chiens-guides pour aveugles

Selon l'article 14, 1^{er} alinéa, lettre f, RAI, les chiens-guides pour aveugles sont considérés comme des moyens auxiliaires fournis par l'AI dans les limites de l'article 21 LAI. Nous allons parler ici du dressage et de l'utilisation de ces chiens ¹.

1. Historique

Le rôle du chien comme guide des aveugles a sa propre histoire. Depuis plusieurs siècles, des aveugles épris d'indépendance ont constaté que le chien pouvait leur être d'un grand secours et ne demandait, en contre-partie, que l'affection et les bons soins de son maître. Jusqu'à la première guerre mondiale, les aveugles dressaient eux-mêmes leur chien selon leurs propres idées et possibilités. En 1915, un officier allemand qui avait, jusqu'alors, élevé des chiens de la Croix-Rouge se mit à dresser des chiens de berger pour servir de guides à ses camarades qui avaient perdu la vue à la guerre; c'était la première fois qu'un voyant entreprenait cette tâche. Il établit un programme et créa ainsi la première méthode de dressage des chiens pour aveugles; il fabriqua en outre un harnais spécial pour assurer une « coopération » parfaite entre l'aveugle et le chien. Les chiens ainsi dressés furent très demandés, et dans les années qui suivirent, plusieurs écoles pour chiens-guides s'ouvrirent en Allemagne. Une Américaine domiciliée en Suisse romande, M^{me} Eustis, s'intéressa à cette entreprise et se mit elle-même, avec quelques amis, à dresser des chiens-guides choisis dans son propre élevage. Plus tard, cédant aux instances des aveugles d'Amérique, elle rentra dans son pays et fut une des fondatrices des grands centres américains de chiens-guides « The Seeing Eye ». En 1933, un capitaine cosaque, N. Liakhoff, ouvrit la première école de ce genre en Angleterre; il avait collaboré avec M^{me} Eustis et se consacra dès lors au dressage de chiens pour les aveugles anglais. Après la seconde guerre mondiale, il fallut fonder une deuxième école pour satisfaire à la demande considérable. Les entraîneurs des écoles anglaises firent connaître les méthodes de dressage au Canada, en Afrique du Sud et en Australie et contribuèrent à fonder des centres analogues dans ces pays.

Qu'est devenue l'école des chiens-guides fondée en Suisse par M^{me} Eustis? La demande étant assez faible dans notre pays, cette école dut être fermée au bout d'un certain temps. Il semble que l'idée d'utiliser des chiens-guides ne

¹ Le présent exposé est tiré d'un travail de diplôme de l'Ecole de travail social, à Zurich, présenté par M^{lle} Marti Wyrsh: « Der Blinde und sein Kamerad, der Führhund » (cours A, 1957/59).

s'est répandue chez nous que lentement et que les bons offices du serviteur à quatre pattes ont inspiré quelque méfiance de la part des aveugles et de leurs amis. Ceux des aveugles qui se souhaitaient un chien devaient non seulement se rendre en Allemagne pour le choisir sur place dans un centre de dressage, mais encore suivre là-bas un cours d'introduction de 3 à 4 semaines pour apprendre à s'en servir. La perte de salaire, les frais de séjour et de voyage qui en résultaient augmentaient le prix d'un chien à tel point que quelques aveugles seulement pouvaient supporter pareille dépense. C'est une des raisons pour lesquelles le chien-guide est encore si rare en Suisse.

Au début de 1958, cette situation regrettable prit fin. M^{me} A. Auer, de Zurich, entreprit de dresser et de procurer aux aveugles de notre pays, à titre bénévole, des chiens-guides. Elle possède une grande expérience dans le dressage des chiens-guides, auquel elle se consacre depuis bien des années. Ayant appris ce métier dans une école de dressage allemande, elle ouvrit ensuite une école du même genre en Yougoslavie, où non seulement elle dressa des chiens, mais enseigna à des personnes douées, dans un cours de deux ans, les méthodes de dressage. Plus tard, elle visita les écoles américaines et anglaises, avec lesquelles elle est restée en contact suivi. Aujourd'hui, M^{me} Auer se consacre avec un grand zèle au dressage des chiens-guides dans notre pays. Elle a reçu un si grand nombre de demandes de la part des aveugles désireux de posséder un chien qu'elle ne peut plus y donner suite elle-même et doit importer d'Allemagne des chiens déjà dressés. Elle entreprend alors le dressage personnel du chien en l'habituant à son nouveau maître, au lieu de domicile de celui-ci ; ce stage spécial dure trois semaines.

2. La méthode de dressage

Dans un article intitulé « Der Hund als Führer und Kamerad des Blinden »¹, le professeur E. Seiferle expose comment on peut initier le chien à son rôle de guide.

« La formation du chien-guide pour aveugle, écrit ce spécialiste, s'effectue, grosso modo, en trois étapes principales :

- formation élémentaire,
- formation spéciale,
- formation commune avec l'aveugle, adaptation personnelle.

Dans la formation élémentaire, le chien apprend tout d'abord à obéir. L'obéissance absolue et la réaction immédiate à l'appel constituent les bases et les conditions essentielles d'un dressage complet. On enseigne au chien, pour commencer, les points les plus élémentaires de son éducation, par exemple à s'asseoir, se coucher, rester à sa place sur un ordre verbal ou sur un signe donné. En général, on peut voir dès ce premier stade si l'animal possède les

¹ « Unsere Tiere », Schweiz. Tierillustrierte, n^o 76, p. 77.

aptitudes nécessaires à un bon chien-guide. S'il se montre empressé et docile, on peut entreprendre alors sa formation spéciale.

Dans cette seconde étape, le chien doit apprendre à connaître les obstacles et dangers qui se présentent sur le chemin de l'aveugle ; il devra les éviter ou les signaler de manière à préserver l'aveugle de tout accident. Le chien-guide doit même remarquer des obstacles qui avaient échappé jusqu'alors à son attention (branches, barres, fils de fer que l'aveugle pourrait heurter de la tête) ; il devra encore apprendre à se diriger dans les rues de la ville et à éviter les véhicules. Il n'est pas nécessaire d'insister sur la difficulté exceptionnelle de cet enseignement pour l'intelligence du chien comme pour les aptitudes (savoir-faire, patience, endurance) du dresseur.

La troisième étape, enfin, où l'aveugle et le chien apprennent à collaborer, n'est pas moins importante. Le chien connaît certes sa tâche et travaille parfaitement sous la surveillance de son dresseur ; mais son échec dans la vie pratique serait complet, et il ne tarderait pas à oublier ce qu'il avait appris, si l'aveugle n'apprenait pas, de son côté, de quelle manière il doit se servir de lui. Ce cours d'adaptation, dirigé par le dresseur, dure au moins trois semaines ; l'aveugle s'y habituera au contact avec son chien, et celui-ci fera la connaissance de son maître et de ses particularités. Lorsque l'homme et l'animal seront arrivés à se comprendre parfaitement et à connaître toutes leurs réactions, lorsque la confiance réciproque sera née, alors seulement on pourra considérer comme réalisée l'unité de ces deux êtres si différents, qui se complètent l'un l'autre à tel point que les yeux de l'animal et les oreilles de l'aveugle collaborent comme s'ils appartenaient au même organisme ; alors seulement, le chien-guide sera devenu cet auxiliaire grâce auquel l'aveugle aura recouvré au moins une partie de son indépendance. »

3. Le chien-guide, camarade de l'aveugle

Quand on lui demande si son chien n'est qu'un serviteur ou un animal domestique, l'aveugle réplique vivement que le chien est son camarade. Le moment où ce chien est entré dans sa vie représente pour l'aveugle un grand événement, dont ceux qui connaissent les difficultés de l'aveugle seront le mieux à même de comprendre l'importance. Plus l'aveugle constate avec quelle sûreté son chien le conduit et combien de possibilités lui sont ainsi offertes, plus il éprouve de l'affection pour lui ; cette affection encourage le chien à poursuivre sa tâche avec entrain et dévouement. Tous ceux qu'on a interrogés à ce sujet affirment que le chien-guide ne pourrait accomplir sa mission délicate s'il ne se sentait pas lié d'amitié avec son maître. Plus l'aveugle s'occupe de son chien, mieux il comprendra ses mouvements, ses appels, son comportement en général, et mieux le chien, à son tour, comprendra les façons de s'exprimer de son maître.

Ce qui fait la valeur toute spéciale du chien-guide, c'est son aptitude à se lier à l'homme. Il se distingue donc essentiellement de tous les autres moyens auxiliaires créés jusqu'à ce jour en faveur des aveugles. De l'union entre homme et chien naissent des forces qui permettent au chien d'accomplir son travail de guide et qui donnent à l'homme courage et confiance pour triompher de ses

difficultés. La collaboration dans tous les déplacements, la coexistence ininterrompue créent entre les deux êtres un sentiment de solidarité. Pour le chien, l'homme devient un « copain », et pour l'homme, le chien est un camarade sensible et fidèle ; ils embellissent réciproquement leur existence.

Un aveugle ne peut devenir propriétaire d'un chien-guide qu'à certaines conditions. Il doit, en premier lieu, aimer les animaux et être conscient de ses responsabilités ; il doit se servir de son chien pour se guider et non pour des jeux, et observera les prescriptions de l'école de chiens-guides. Il doit enfin garantir que le chien sera bien accueilli dans sa famille et à son lieu de travail et qu'il le protégera toujours en sa qualité de maître.

Problèmes d'application de l'AI ¹

Mesures médicales chez les prématurés

Il a été déjà spécifié (RCC 1961, p. 371) que les prématurés au sens de l'article 2, chiffre 205, OIC ont droit aux mesures médicales à la charge de l'AI aussi longtemps que les soins à l'hôpital leur sont nécessaires, tout au plus cependant jusqu'au développement pondéral normal de 3200 grammes.

Nous préciserons ce qui précède en disant que l'AI prend à sa charge les mesures médicales non seulement pendant le séjour du prématuré à l'hôpital, mais aussi lorsque le traitement médical est appliqué *à la maison*, pour autant cependant qu'un tel traitement soit nécessaire du fait de ladite infirmité congénitale.

Infirmités congénitales : Reconnaissance de cas d'espèce

Par décision du 27 mars 1963, le Département fédéral de l'intérieur, se fondant sur l'article 3, 2^e alinéa, OIC, a reconnu comme infirmités congénitales, dans deux cas d'espèce, les affections suivantes: *Epulis melanotica congenita* et *Ameiogenesis imperfecta*.

Les demandes de reconnaissance de ces affections comme infirmités congénitales doivent être adressées à l'OFAS, avec le dossier complet, pour tout nouveau cas à traiter.

¹ Extraits du « Bulletin de l'AI », numéro 45.

BIBLIOGRAPHIE

Albert Granacher: **Aide complémentaire à la vieillesse et aux survivants**. Fiche 469 b des Fiches juridiques suisses. Mise au point: 1^{er} janvier 1962. 12 pages. Genève, 1963.

Albert Granacher: **La réadaptation en Suisse**. Brochure publiée à l'intention des participants au Neuvième congrès mondial de la Société internationale pour la réadaptation des handicapés, Copenhague, 23-29 juin 1963. 16 pages et schéma d'organisation. Publié par l'Office fédéral des assurances sociales, Berne 1963. (La même brochure existe en allemand sous le titre « Die Rehabilitation in der Schweiz » et en anglais sous le titre « Rehabilitation in Switzerland ».)

PETITES INFORMATIONS

Nouvelles interventions parlementaires

Question écrite
Freiburghaus
du 21 mars 1963

M. Freiburghaus, conseiller national, a présenté le 21 mars 1963 la question écrite suivante:

« Selon les dispositions en vigueur, le Fonds de l'AVS ne peut accorder des prêts qu'aux communes comptant au moins 10 000 habitants. Il doit s'agir en outre d'une somme d'un million de francs au minimum.

En vertu de cette règle, plus de 3000 communes ne pourront jamais obtenir de prêts du Fonds de l'AVS. Dans de nombreux milieux, on ne comprend pas cette grande retenue des organes de l'AVS. Elle a par conséquent suscité diverses interventions parlementaires sur le plan fédéral et cantonal.

De nombreuses communes suisses pâtissent, particulièrement dans les temps de situation tendue sur le marché des capitaux, de la retenue observée par le Fonds de l'AVS. Un régime plus souple est ainsi des plus nécessaires.

Le Conseil fédéral est-il prêt, éventuellement avec le concours des organes de l'Association des communes suisses, à examiner attentivement toutes les possibilités qui s'offrent de mettre les communes petites ou moyennes au bénéfice des prêts du Fonds de l'AVS? »

Interventions parlementaires traitées

Question écrite
Freiburghaus
du 21 mars 1963

Le Conseil fédéral a répondu à la question écrite Freiburghaus (voir ci-dessus), le 21 mai 1963, de la manière suivante:

« Le Conseil fédéral a donné plusieurs fois à l'Assemblée fédérale des renseignements concernant les raisons pour lesquelles le Fonds de l'AVS ne peut accorder des crédits aux petites communes. L'opinion du conseil d'administration du Fonds de compensation peut se résumer comme il suit:

1. Des fonds AVS sont à la disposition des petites communes par l'entremise des banques cantonales, auxquelles des crédits sont accordés précisément en vue des prêts à faire aux communes. Ces fonds mis à disposition des banques cantonales représentent actuellement plus d'un milliard de francs.

2. Le Fonds AVS n'est pas une banque. On ne saurait lui demander d'accepter les complications administratives qui ne manqueraient pas de se produire s'il étendait son activité à l'octroi de prêts directs aux petites communes.

Le Conseil fédéral ne voit pas pourquoi le conseil d'administration du Fonds de compensation qui, aux termes de la loi, est seul responsable des placements, serait invité à changer de politique. »

Questions écrites
Primborgne et Gnägi
des 3 et 4 octobre 1962

Le Conseil fédéral a répondu de la manière suivante, le 10 juin 1963, aux questions écrites Primborgne et Gnägi, des 3 et 4 octobre 1962 (RCC 1962, p. 432 et 433):

« Il découle de la loi sur l'AI que les mesures de réadaptation couvertes par l'assurance doivent avoir été préalablement déterminées par la commission AI. C'est à titre exceptionnel que l'article 78, 2^e alinéa, RAI prévoit la prise en charge subséquente de mesures déjà appliquées. Celle-ci était jusqu'ici soumise à des conditions assez strictes, dont l'inobservation entraînait le refus des prestations de l'assurance. On a pu constater, au cours de la période d'introduction, que cette réglementation avait parfois des effets trop rigoureux.

Ces raisons ont rendu nécessaire une modification immédiate de l'article 78, 2^e alinéa, RAI. De nouvelles facilités ont ainsi été offertes à l'assuré, dans les limites de la loi, grâce en particulier à la prolongation de trois à six mois du délai de dépôt de la demande, et à l'élargissement des possibilités de paiement avec effet rétroactif. Il en résulte une amélioration sensible des conditions mises au paiement de mesures de réadaptation préalablement appliquées, notamment dans le domaine des mesures d'ordre médical. Ce faisant, on a tenu compte dans la mesure du possible des considérations émises par les auteurs des deux questions. »

Motion Malzacher
du 21 juin 1962

Dans la séance du Conseil national du 20 juin 1963, M. Malzacher, membre de ce conseil, a développé sa motion du 21 juin 1962 (voir RCC 1962, p. 339) concernant l'assurance facultative des Suisses à l'étranger. M. Tschudi, conseiller fédéral, lui répondit que l'AVS des Suisses à l'étranger était généralement avantageuse. Des allègements seront néanmoins envisagés à l'occasion de la sixième révision. M. Malzacher accepta de transformer sa motion en postulat; celui-ci fut agréé et transmis au Conseil fédéral.

Répertoire d'adresses
AVS/AI/APG

Page 7, caisse 13, Bâle-Campagne et page 23, commission AI de ce canton.

Nouveau numéro de téléphone: (061) 47 22 70.

Page 8, caisse 16, Appenzell Rh.-Int. et
page 24, commission AI de ce canton.

Nouveau numéro de téléphone: (071) 87 19 44.

Page 15, caisse 71, Commerce de gros.

Nouvelle adresse: Grellingerstrasse 9, case postale Bâle 6.

Nouveau numéro de téléphone: (061) 42 90 40.

Page 17, caisse 86, ASTI.

Nouvelle adresse: Dufourstr. 80, Zurich 8

Nouveau numéro de téléphone: (051) 47 02 40/41.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 22 janvier 1963, en la cause H. S.

Article 43 RAVS. La responsabilité des héritiers au sens de l'article 43 RAVS présuppose seulement que les cotisations étaient dues par le défunt, qu'elles n'ont pas été payées ni ne sont prescrites. Peu importe que la décision fixant le montant de ces cotisations ait été prise avant ou après le décès. (Considérant 1.)

Article 43 RAVS. Si la caisse de compensation a, sans qu'il y ait de sa propre faute, omis de produire la créance de cotisations à l'inventaire, les héritiers ne répondent, conformément à l'article 590, 2^e alinéa, CCS, que dans la mesure où la succession les enrichit illégitimement. (Considérant 2.)

Article 16, 1^{er} alinéa, LAVS. Début du délai de prescription en cas de procédure en soustraction d'impôts. (Considérant 3.)

Articolo 43 OAVS. La garanzia degli eredi a'sensi dell'articolo 43 OAVS presuppone soltanto che i contributi erano dovuti dal defunto, che essi non sono stati pagati nè prescritti. E' irrilevante che la decisione fissante questi contributi sia stata emanata prima o dopo il decesso. (Considerando 1.)

Articolo 43 OAVS. Se la cassa di compensazione ha tralasciato di notificare, senza propria colpa, i crediti contributivi nell'inventario, gli eredi rimangono responsabili, giusta l'articolo 590, capoverso 2, CCS, nella misura in cui si trovano arricchiti dall'eredità. (Considerando 2.)

Articolo 16, capoverso 1, LAVS. Inizio del termine di prescrizione nel caso di procedura per sottrazione d'imposte. (Considerando 3.)

Le propriétaire d'une entreprise est décédé le 28 janvier 1960. La veuve a accepté la succession sous bénéfice d'inventaire (article 588 CCS). Le 13 décembre 1960, l'administration de l'IDN communique à la caisse de compensation qu'une procédure en soustraction d'impôts ouverte le 29 septembre 1960 avait conduit à une taxation fiscale punitive et à un rappel d'impôts passés en force. Se fondant sur cette communication, la caisse réclama, pour la période allant du 1^{er} janvier 1954 au 28 janvier 1960, des cotisations arriérées pour un montant de 5189 fr. 60.

La veuve a formé recours. Elle ne serait pas redevable de ces cotisations du fait que la caisse de compensation ne les a pas produites à l'inventaire. L'autorité juridictionnelle de première instance a rejeté le recours. Le TFA a également écarté l'appel interjeté par la veuve et a énoncé les considérants suivants:

1. Dans le domaine des assurances sociales, les dettes d'argent non encore acquittées au décès passent sur la tête des héritiers (cf. arrêt du 3 décembre 1953 en la cause A. R., ATFA 1953, p. 329 ss). Il en va notamment ainsi des dettes AVS. Peu importe, à cet égard, que la décision de caisse consignait la somme due ait été prise avant ou après le décès de l'assuré. Pour que naisse la responsabilité solidaire des héritiers au sens de l'article 43 RAVS, il suffit que la dette ait été celle du défunt, qu'elle n'ait pas été acquittée ni n'ait été atteinte par la prescription au sens de l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS (arrêts du TFA en les causes P., du 12 février 1957, J. W., du 11 avril 1957, ATFA 1957, p. 143 ss et RCC 1958, p. 103, J. R., du 9 avril 1959, ATFA 1959, p. 144 ss et RCC 1959, p. 401).

2. L'arrêt du 1^{er} avril 1953 en la cause A. St. (ATFA 1953, p. 149 ss et RCC 1953, p. 213), ne précise pas si les créances de l'AVS doivent, en principe, être annoncées à l'inventaire. Il y aurait peut-être lieu de trancher cette question par l'affirmative et de considérer le défaut de production par la caisse comme une omission au sens de l'article 590, 1^{er} alinéa, CCS, là où la caisse avait déjà fixé le montant des cotisations avant l'échéance du délai de production ou avait du moins possédé alors les éléments nécessaires lui permettant de prendre la décision. En revanche, lorsque la caisse, pour des motifs dont elle n'a pas à répondre, n'a reçu les éléments nécessaires au calcul des cotisations qu'après l'échéance du délai de production, les héritiers répondent, en vertu de l'article 590, 2^e alinéa, CCS « hors inventaire » dans la mesure où ils sont enrichis par la succession. Le TFA se réfère à ses arrêts F. du 31 août 1953 et L. B.-Sch. du 15 novembre 1954 (RCC 1955, p. 36).

On est ici en présence d'un tel cas. En date du 16 avril 1960, au terme du délai de production, la caisse de compensation n'était pas encore en mesure de fixer les cotisations pour la période allant de janvier 1958 à janvier 1960, car elle n'avait encore reçu aucune communication fiscale lui signalant le revenu moyen que l'assuré avait obtenu en 1955/1956 et en 1957/1958. C'est seulement le 13 décembre 1960 que l'autorité cantonale de l'IDN — tenue par l'article 26 RAVS d'établir une communication fiscale — a fait savoir à la caisse de compensation que d'après une taxation punitive et un rappel d'impôts récemment passés en force, le défunt avait obtenu durant chacune des années 1951 à 1958 un gain de 30 000 francs et avait, durant les années 1957 et 1958, placé un capital de 38 000 francs dans son entreprise. C'est seulement cette communication qui a permis à la caisse de fixer les cotisations pour 1958 et 1959 (l'exploitant avait versé de lui-même un acompte de 816 francs à valoir sur ces cotisations). C'est aussi à ce moment seulement que la caisse a pu fixer la cotisation encore due par l'assuré pour janvier 1960 et, enfin, a pu calculer les cotisations arriérées encore dues selon l'article 39 RAVS pour les années 1954 à 1957. Toutes opérations que la caisse a consignées dans ses quatre décisions du 12 juillet 1961.

Dès lors, l'héritière unique doit, selon les articles 43 RAVS et 590, 2^e alinéa, CCS, la totalité de la somme de 5189 fr. 60, ainsi que le juge cantonal en a décidé. L'appelante n'a pas, en outre, allégué que l'excédent actif de la succession aurait été inférieur à ce montant.

3. L'argument, soulevé pour la première fois devant le TFA, que les cotisations arriérées réclamées pour 1954 à 1956 seraient prescrites est manifestement mal fondé.

Toute la somme litigieuse a en effet été fixée d'après une communication fiscale consécutive à une procédure en soustraction d'impôts. Cette procédure fut ouverte à fin 1960 contre l'héritière en application des articles 130 et 132 AIN et la taxation fiscale est encore entrée en force avant la fin de ladite année. Dès lors, comme cela ressort clairement de la disposition de l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS, le délai péremptoire de cinq ans n'a commencé à courir qu'avec l'année 1961. Ainsi, les créances de cotisations consignées dans les quatre décisions de caisse du 12 juillet 1961 ne sont pas prescrites.

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 14 février 1963, en la cause J. J.

Article 78, 2^e alinéa, RAI. Mesure médicale (gymnastique respiratoire, cinésithérapie) qui, dans l'intérêt de l'assuré, a dû être appliquée avant d'avoir été prescrite par l'AI. (Considérant 1.)

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. La gymnastique respiratoire (cinésithérapie) effectuée pendant une durée limitée, indépendamment du traitement d'une pleurésie, pour influencer la formation de couenne survenue pendant la guérison, dans le cas d'un assuré qui va atteindre l'âge de la formation professionnelle, vise principalement et directement la réadaptation. (Considérant 3.)

Articolo 78, capoverso 2, OAI. Provvedimento sanitario (ginnastica respiratoria, chinesiterapia) che ha dovuto essere eseguito, nell'interesse dell'assicurato, prima di essere stato prescritto. (Considerando 1.)

Articolo 12, capoverso 1, LAI. La ginnastica respiratoria (chinesiterapia) eseguita durante un periodo limitato, indipendentemente dalla cura di una pleurite, al fine di influire sulla formazione di cotenna manifestatasi durante la guarigione, nel caso di un assicurato che sta per raggiungere l'età della formazione professionale, serve precipuamente e direttamente all'integrazione. (Considerando 3.)

L'assuré, né en 1946, élève d'une école secondaire, fit en été 1961 une pleurésie exsudative gauche, qui nécessita son admission dans un sanatorium le 4 septembre 1961. Pendant sa guérison, il se forma une couenne épaisse au niveau de l'hémithorax gauche, qui subit de ce fait une certaine rétraction et une diminution de l'amplitude des mouvements. Le médecin du sanatorium prescrivit une cure de gymnastique respiratoire (cinésithérapie) qui commença le 19 février 1962. La caisse-maladie accorda des prestations d'assurance-tuberculose, mais refusa de prendre en charge les frais de la cure de gymnastique. Le 12 mars suivant, l'assuré fut annoncé à l'AI. Par décision du 18 juillet 1962, la caisse de compensation informa le tuteur que cette cure ne pouvait

être prise en charge par l'AI, car elle faisait partie du traitement de l'affection comme telle. Un recours fut rejeté.

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

1. En vertu de l'article 78, 2^e alinéa, RAI, la prise en charge de mesures de réadaptation appliquées avant d'avoir été prescrites par l'AI 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 trois mois après le début de l'application de cette mesure.

Dans la décision attaquée, la caisse de compensation a refusé la prise en charge de la cinésithérapie, celle-ci appartenant au traitement de l'affection comme telle. La présente procédure doit établir si cette décision doit être confirmée, c'est-à-dire si, au moment où elle a été rendue, des prestations auraient dû être accordées ou non. La seule question déterminante est donc de savoir si, à ce moment-là, les conditions posées par ledit article 78 RAI étaient remplies (cf. arrêt du 12 octobre 1962 en la cause H. V., RCC 1963, p. 122). Le traitement cinésithérapique a commencé avant que la caisse ait rendu sa décision; mais c'était, déclare le médecin, une mesure urgente, dont on ne pouvait, dans l'intérêt de l'assuré, ajourner l'exécution. En outre, l'assuré a été annoncé à l'AI en mars 1962, soit un mois environ après le début de cette mesure, si bien qu'aucun obstacle formel ne s'oppose à la prise en charge du traitement par l'AI.

2. ...

3. Le rapport médical montre que la gymnastique respiratoire ne vise pas le traitement de la pleurésie en tant que maladie; cette mesure ne peut donc être considérée d'emblée comme appartenant au traitement de l'affection comme telle. C'est pourquoi il faut examiner si elle vise principalement le traitement de l'affection et, sinon, si elle sert principalement à la réadaptation professionnelle ou si elle vise d'autres buts.

La gymnastique respiratoire cherche à combattre les suites de la pleurésie, qui consistent en une formation de couenne. Ces suites apparaissent, par rapport à la phase aiguë du mal, comme un état stabilisé dans lequel il subsiste des séquelles. Le but principal de la gymnastique est de guérir ou d'atténuer cet état et ses conséquences, même si elle influence aussi, accessoirement, la pleurésie elle-même, ce qui est encore à démontrer. Dans ces conditions, on ne peut prétendre que cette gymnastique serve principalement à guérir ou atténuer un état pathologique labile.

Si l'on ne peut parler d'un traitement proprement dit de l'affection, il reste à examiner si la mesure vise directement la réadaptation professionnelle. Ce caractère immédiat doit être admis lorsque le but de réadaptation est si manifestement au premier plan que les autres buts semblent secondaires. La délimitation doit être effectuée dans l'esprit des dispositions légales de l'AI, exprimé notamment par l'article 12 LAI.

4. Si l'OFAS désigne, comme but final du traitement de l'affection comme telle, une guérison aussi parfaite que possible, y compris le rétablissement du fonctionnement normal des poumons, cette définition ne permet pas d'opérer une distinction entre le traitement de l'affection comme telle et les mesures médicales de réadaptation. De part et d'autre, en effet, le but visé est naturellement le même: supprimer ou diminuer les atteintes à la santé, soit, en se plaçant au point de vue de la réadaptation, influencer favorablement la capacité de gain. C'est ce que dit déjà le texte du message du Conseil fédéral relatif au projet de loi sur l'AI: «Même si les mesures médicales prises en charge par l'assurance doivent avoir pour but direct la réadaptation professionnelle, il ne faut pas perdre de vue qu'en rétablissant les fonctions lésées, elles n'ont qu'une influence indirecte sur la capacité de gain.»

Le fait que la cinésithérapie coïncide, dans le temps, avec le traitement en sanatorium de la pleurésie ne peut davantage être déterminant pour opérer la distinction prévue par l'article 12 LAI. Dans ledit message, le Conseil fédéral déclare en effet qu'il désire « ne prévoir à la charge de l'assurance... que les mesures médicales supplémentaires qui sont nécessaires à la réadaptation professionnelle et qui interviennent pendant ou après le traitement proprement dit... ». Il est clair que les mesures ne sont pas accordées seulement pour les suites tardives, car celles-ci, dans bien des cas, ne peuvent plus être influencées par des mesures médicales, ou ne peuvent pas l'être suffisamment, n'ayant pas été soignées à temps.

En revanche, ce qui est déterminant, c'est que les exercices respiratoires visant à rétablir les fonctions des poumons ont été effectués par un garçon qui, bientôt, achèvera ses écoles et atteindra l'âge de la formation professionnelle, si important pour son activité lucrative future. Cette mesure, répétée dans une période limitée, était nécessaire à cette activité et de nature à la favoriser; sa prescription, en février 1962, semblait judicieuse, tant du point de vue médical que professionnel. Ainsi, la condition du but immédiat de réadaptation, visé par cette gymnastique, est réalisée en l'espèce (cf. l'arrêt déjà mentionné H. V.). Il n'en irait pas de même, il est vrai, si cette mesure ne pouvait, pratiquement, être séparée du traitement de l'affection comme telle et n'en constituait qu'un élément; dans ce cas, la mesure devrait être assimilée au traitement de l'affection comme telle. C'est là une situation qui doit se présenter souvent. En l'espèce, toutefois, il n'en est pas ainsi. Le médecin du sanatorium déclare que la gymnastique aurait pu être laissée de côté sans nuire à la guérison de la pleurésie; en outre, du point de vue technique, ces exercices respiratoires se distinguent également du traitement proprement dit, car ils sont effectués à raison de trois heures par semaine, qui sont facturées à part.

5. Par conséquent, la gymnastique respiratoire effectuée par l'assuré est une mesure de réadaptation au sens de l'article 12 LAI. La commission AI fixera le montant des prestations auxquelles l'assuré a droit; seuls les honoraires pour les leçons de gymnastique pourront être reconnus, vraisemblablement, comme frais de réadaptation, alors que les frais du séjour au sanatorium concernent le traitement de l'affection.

Arrêt du TFA, du 18 février 1963, en la cause I. R.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Dans les cas de hernies discales et d'altérations de la colonne vertébrale, les interventions chirurgicales et autres actes médicaux font partie du traitement proprement dit de l'affection; l'AI n'est alors pas tenue d'accorder des prestations.

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Nei casi di ernie discali e d'alterazioni della colonna vertebrale, gli interventi chirurgici e le altre prestazioni mediche fanno parte della cura vera e propria del male; l'AI non è pertanto tenuta ad assumerne le spese.

L'assurée est atteinte depuis 1953 d'une affection discale lombaire qui a nécessité trois interventions chirurgicales, la première en 1953 et les deux autres en octobre et décembre 1961. Elle a présenté, le 9 janvier 1962, une demande de prestations de l'AI, tendant plus particulièrement à l'obtention de mesures médicales et de moyens auxiliaires. La commission AI a accordé à la requérante un corset orthopédique à titre de moyen auxiliaire, mais elle a refusé la prise en charge de toute autre prestation. Elle a précisé

que la demande de prestations avait été déposée trop tard pour que l'AI pût éventuellement envisager la prise en charge des mesures médicales.

L'assurée recourut contre la décision de la caisse de compensation en demandant que l'AI prît à sa charge les frais de médecin, de traitement et d'hospitalisation consécutifs aux opérations qu'elle avait subies. L'autorité cantonale de recours, considérant que les conditions de l'article 78, 2^e alinéa, RAI étaient remplies et que les opérations, ainsi que le traitement de physiothérapie pendant la période post-opératoire étaient directement nécessaires à la réadaptation professionnelle de l'assurée, admit le recours et annula la décision attaquée.

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

A plusieurs reprises déjà (arrêts H. F. du 17 septembre 1962, RCC 1963, p. 73, H. H. du 5 octobre 1962, RCC 1963, p. 120 et T. F. du 8 novembre 1962, RCC 1963, p. 125), le TFA a précisé la portée de l'article 12 LAI et les conditions requises pour qu'une mesure médicale puisse être regardée comme une mesure de réadaptation professionnelle. Selon cette jurisprudence, une mesure médicale appartient généralement au traitement de l'affection comme telle lorsqu'elle tend avant tout à amener la guérison ou, tout au moins, une amélioration d'un état pathologique en évolution. Lorsqu'il s'agit en revanche de mesures médicales dont on ne peut dire de prime abord qu'elles appartiennent au traitement de l'affection proprement dit, il faut alors examiner si elles sont principalement destinées à améliorer ou à sauvegarder de façon durable et importante la capacité de gain ou si elles poursuivent un autre but.

Dans l'espèce, l'assurée présente une maladie dégénérative des disques intervertébraux qui provoque leur ramollissement puis leur hernie dans le canal rachidien, hernie qui, en comprimant les racines nerveuses, entraîne une névralgie tenace et une invalidité importante. Les hernies discales dont elle a été atteinte ont nécessité trois interventions chirurgicales (en 1953, en octobre puis en décembre 1961). Or ces opérations, de même que la plupart des autres mesures telles que médicaments, extension, etc., appliquées en cas de troubles lombaires ou d'altérations de la colonne vertébrale (l'assurée s'est d'ailleurs soumise à plusieurs d'entre elles avant de se faire opérer) appartiennent au traitement proprement dit de l'affection. La cure chirurgicale des hernies discales avait pour but de porter remède à l'état pathologique de la patiente. Cette cure, en supprimant ou en atténuant ses douleurs et son invalidité, était certes également de nature à améliorer par la suite sa capacité de gain. Même si ce résultat est atteint, il n'en reste pas moins que dans l'espèce, les opérations en cause, ainsi que les traitements de physiothérapie post-opératoire préconisés par les médecins, avaient essentiellement pour objet le traitement de l'affection comme telle et, partant, que ces mesures ne peuvent être prises en charge par l'AI conformément à l'article 12 LAI.

Point n'est besoin, dans ces conditions, d'examiner si la demande de prestations a bien été présentée en temps utile (art. 78, 2^e al., RAI).

Arrêt du TFA, du 29 mars 1963, en la cause N. B.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Si une assurée, qui va atteindre l'âge de la formation professionnelle, souffre d'une très grave scoliose idiopathique, la spondylodèse, indispensable pour empêcher l'évolution de cette affection vers un état pathologique entraînant une importante invalidité, ainsi que les traitements préliminaire et post-opératoire qui accompagnent nécessairement cette opération, sont réputés mesures médicales de réadaptation.

En revanche, le traitement conservateur de la même affection est réputé traitement proprement dit de celle-ci.

Article 13 LAI. La scoliose idiopathique n'est pas une infirmité congénitale.

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Nel caso di un assicurato sofferente di scoliosi idiopatica molto grave che sta per raggiungere l'età della formazione professionale, la spondilosi, indispensabile per evitare lo sviluppo di questa affezione verso uno stato patologico che può provocare una grave invalidità, come pure il trattamento preliminare e la cura postoperatoria che richiede questa operazione, sono da considerarsi provvedimenti sanitari d'integrazione. Il trattamento conservativo di questa malattia è considerato invece cura vera e propria del male.

Articolo 13 LAI. La scoliosi idiopatica non è considerata infermità congenita.

L'assurée, née en 1946, suit depuis 1958 un traitement médical pour scoliose idiopathique (la cause de la déviation de la colonne vertébrale est inconnue). En 1960, au début de l'âge prépubère, les médecins entreprirent le traitement définitif de la déviation et de ses suites. L'assurée reçut d'abord un corset de Milwaukee et ensuite deux corsets de plâtre d'Abbot, afin de corriger au mieux sa difformité. Puis, du 22 août au 10 octobre 1960, des opérations de l'enraidissement (spondylodèse) furent entreprises pour assurer le résultat ainsi acquis, de même qu'un traitement post-opératoire qui finalement fut appliqué ambulatoirement.

La commission AI décida de mettre à la charge de l'AI l'entretien et le remplacement du corset de Milwaukee, ainsi que les frais de voyage pour l'essayage. Par contre, elle refusa d'assumer les frais de l'opération, qui devait être considérée comme appartenant au traitement de l'affection comme telle. La décision concernant l'opération fut communiquée à l'assurée par la caisse de compensation.

Le recours présenté contre cette décision a été rejeté par le président de la commission cantonale de recours. L'assurée a interjeté appel auprès du TFA. Celui-ci a demandé une expertise au professeur Baumann, à Langenthal, qui donne en substance, de la scoliose et de son traitement, l'image suivante :

« La scoliose idiopathique, affection typique et fréquente dont l'origine demeure inconnue, n'exige dans la majeure partie des cas aucun traitement. Parmi les cas exigeant un traitement, la plupart ne nécessitent pas d'opération.

L'affection suit le plus souvent un cours bénin; mais entre ce cours bénin et l'évolution la plus maligne, qui peut aboutir à des déviations graves de la colonne vertébrale, accompagnées de torsions des vertèbres touchées et de déformation simultanée de la cage thoracique, on rencontre tous les degrés intermédiaires de gravité.

On peut distinguer, dans l'évolution de cette affection et selon la nécessité du traitement, trois stades :

a. Une phase évolutive initiale, avec déviation scoliotique encore minime et modification structurelle de faible importance. Si un contrôle attentif révèle une augmentation des modifications structurelles, un traitement conservateur devient nécessaire. Le traitement préféré est actuellement l'usage du corset plâtré, par exemple d'Abbot-Stagnara, pour redresser et fixer la colonne. Ce traitement dure, par intermittences, plusieurs années.

b. Une phase évolutive tardive. La période prépubère marque en général une croissance très rapide du squelette, souvent accompagnée de l'évolution d'une scoliose idiopathique déjà existante. Durant cette phase, le traitement conservateur doit être pour-

suivi avec le plus grand soin jusqu'à maturité complète du squelette. Dans quelques cas, on constate durant cette période la survenance des graves difformités décrites ci-dessus ou la menace d'une telle évolution. Il est alors indiqué de procéder à une opération, soit à la correction et à la compensation de la déviation avec stabilisation par blocage de vertèbres (spondylodèse), précédée et suivie des mesures préliminaires et post-opératoires à longue échéance qu'elle implique.

c. Une phase stabilisée après maturité du squelette. Des mesures conservatrices ne peuvent plus avoir d'effet correcteur. Quant au traitement opératoire, ses chances de succès sont minimes, et il est lié à des risques et charges difficilement justifiables. Cette phase, où le corps peut présenter des difformités plus ou moins prononcées, est atteinte dans l'essentiel à la fin de la croissance, avec la maturité du squelette, soit environ vers 15 ans pour les filles et vers 16 ou 17 ans pour les garçons.

La fin de la phase évolutive tardive, qui précède immédiatement la maturité du squelette, offre une particularité. Dans la plupart des cas, même graves, la poursuite des mesures conservatrices suffit à combattre efficacement l'affection. On peut cependant prévoir, dans des cas très graves, le danger d'une invalidité future considérable portant atteinte à la capacité de gain; parfois aussi, des déformations portant atteinte à cette capacité se sont déjà produites. Il est alors temps de procéder à une opération dont une mûre réflexion fait reconnaître l'urgente nécessité. Il ne s'agit pas seulement du moment le plus propice, mais de la dernière conjoncture favorable; passé cette phase, l'opération viendrait trop tard et l'invalidité permanente ne pourrait plus être évitée. »

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

1. ...

2. ... Ainsi que le TFA l'a prononcé dans l'arrêt du 12 octobre 1962 en la cause H. V. (RCC 1963, p. 122), des mesures médicales en faveur de jeunes assurés arrivant à l'âge de la formation professionnelle peuvent être considérées comme visant principalement la réadaptation professionnelle:

a) Si l'absence de ces actes médicaux entraîne, à brève échéance, des séquelles présentant un caractère stable, qui porteraient préjudice à la formation professionnelle ou à la capacité de gain, ou à toutes les deux;

b) si ces mesures, uniques ou répétées dans une période limitée, sont nécessaires et adéquates en vue de l'activité lucrative future;

c) si l'exécution au moment considéré en paraît indiquée, tant médicalement que du point de vue professionnel..

3. L'assurée, mineure, souffrant d'une scoliose idiopathique, se soumit en 1960, juste avant l'âge de la formation professionnelle, à une spondylodèse, de même qu'aux traitements préliminaire et post-opératoire qu'elle implique. Elle avait alors 14 ans et demi et se trouvait juste avant la fin de sa croissance. Comme le démontre l'expertise demandée par le TFA, l'opération devait avoir lieu pendant cette phase évolutive tardive. Une opération n'est nécessaire, d'après ce qui précède, que dans les cas très graves; d'après les pièces du dossier, on peut affirmer qu'en l'occurrence, il s'agit bien d'un tel cas.

Dans ces conditions, et à défaut d'une opération, l'affection aurait abouti, selon le rapport d'expertise, dans un proche avenir, à un état stabilisé, avec séquelles, qui aurait porté atteinte à la formation professionnelle et à la capacité future de gain de l'assurée. En outre, l'opération, avec les traitements préliminaire et post-opératoire qu'elle implique, constituait une mesure médicale unique, qui était nécessaire et adéquate pour

l'activité professionnelle future. Une jeune fille atteinte de la grave difformité décrite par l'expert, telle qu'elle se présente dans les cas les plus graves lorsqu'on ne l'opère pas, est très sérieusement handicapée dans sa formation professionnelle. Enfin, l'opération de 1960 était non seulement indiquée, mais indispensable; comme il ressort de l'expertise, à un stade ultérieur la difformité n'aurait plus guère pu être influencée par une opération (la correction par un traitement conservateur n'aurait plus été possible). L'opération qui, avec les traitements préliminaire et post-opératoire, constitue une mesure médicale unique est ainsi, conformément à ce que le TFA a retenu dans l'arrêt H. V. du 12 octobre 1962 (RCC 1963, p. 122), une mesure médicale de réadaptation selon l'article 12 LAI, qui est à la charge de l'AI.

Toutefois, les assurés mineurs, atteints de scoliose idiopathique, n'ont droit aux mesures médicales de l'AI que dans les cas très graves. En effet, seule l'opération (avec les traitements préliminaire et post-opératoire impliqués) est reconnue comme mesure de réadaptation, opération qui se révèle indispensable dans les cas très graves quand existe une menace de difformité irréversible. Le traitement conservateur, suffisant pour les cas bénins et aussi pour de nombreux cas graves, est considéré comme le traitement de l'affection comme telle. En général, il n'est pas appliqué seulement lorsque des séquelles présentant un caractère stable et irréversible sont à prévoir à bref délai, mais il vise principalement à guérir ou soulager un état pathologique labile. En outre, ce traitement dure des années, de sorte qu'il est douteux qu'il appartienne aux actes médicaux appliqués dans une période limitée au sens de l'article 2 RAI. Quant à des mesures médicales au sens de l'article 13 LAI, elles n'entrent pas en considération pour la scoliose idiopathique, car celle-ci n'est pas considérée comme une infirmité congénitale.

4. La commission AI devra décider de quelles prestations l'assurée pourra bénéficier pour l'opération subie en 1960 et les traitements préliminaire et post-opératoire.

Arrêt du TFA, du 8 janvier 1963, en la cause O. M.

Articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 15, 2^e alinéa, RAI. La remise d'un véhicule à moteur n'est nécessaire que si l'assuré qui en bénéficie, et qui exerce une activité lucrative, ne peut, à cause de son invalidité, se rendre à son travail ni à pied, ni à bicyclette, et si aucun moyen de transport public ne fonctionne sur le parcours en question. L'octroi d'un véhicule à moteur par l'AI n'est possible que si la réadaptation l'exige absolument.

Articoli 21, capoverso 1, LAI e 15, capoverso 2, OAI. La consegna di un veicolo a motore è necessaria soltanto se l'assicurato che esercita un'attività lucrativa non è in grado, a causa della sua invalidità, di recarsi dal domicilio al posto di lavoro, nè a piedi, nè in bicicletta, e se nessun mezzo di trasporto pubblico fa servizio su detto percorso. L'AI può assegnare un veicolo a motore soltanto quando lo scopo dell'integrazione lo esige assolutamente.

L'assurée fit une poliomyélite à l'âge de 12 ans et dut être soignée dans une clinique orthopédique. De 1953 à 1956, elle fréquenta une école de commerce, puis travailla jusqu'en septembre 1960 dans une fabrique de calendriers. Depuis octobre 1960, elle travaille à plein temps comme employée dans une imprimerie et habite à deux kilomètres de là dans une famille. Le 17 octobre 1960, elle écrivit à la commission AI qu'elle était passablement handicapée, portait depuis 1947 un corset orthopédique et se fatiguait vite en marchant. Si l'AI lui remettait une petite automobile, elle pourrait habiter chez

ses parents à quatre kilomètres de l'imprimerie. Invité à donner son avis, le médecin déclara à la commission que l'assurée, souffrant d'une paralysie partielle des muscles des deux jambes, boitait quelque peu et avait de la peine à se déplacer; l'assurée portait effectivement un corset orthopédique, avait besoin d'une canne en hiver et ne pouvait porter de lourdes charges.

La caisse de compensation, par décision du 23 mars 1961, rejeta la demande de remise d'une automobile, alléguant que l'assurée pouvait habiter à son lieu de travail; en revanche, l'AI prendrait en charge la réparation éventuelle ou le renouvellement du corset. L'assurée recourut et déclara que depuis quelques semaines, elle allait au travail dans sa propre automobile, car les trajets à pied la fatiguaient par trop. Elle demandait une contribution aux frais d'achat de ce véhicule. Le 15 janvier 1962, l'autorité cantonale de recours rejeta ce recours.

Le TFA, à son tour, a rejeté pour les motifs suivants, l'appel de l'assurée contre ce jugement:

1. Aux termes 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 (jene Hilfsmittel, welche für seine Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind; i mezzi ausiliari necessari per la sua integrazione). Un véhicule à moteur n'est nécessaire, dans ce sens, que si l'invalidité exerçant une activité lucrative ne peut, à cause de son invalidité, effectuer ni à pied, ni à bicyclette, les trajets de son domicile à son lieu de travail, et si aucun moyen de transport public ne fonctionne sur ce parcours. C'est ce que dispose également l'article 15, 2^e alinéa, RAI. La teneur allemande de cette disposition indique d'une manière assez vague, il est vrai, qu'un véhicule à moteur n'est remis que si l'assuré «wegen wesentlicher Gehbehinderung», ne peut se rendre à son travail sans un véhicule à moteur personnel. En revanche, les textes français et italien disent clairement qu'un véhicule à moteur n'est accordé par l'AI qu'aux assurés qui ne sont pas en mesure de se rendre à leur travail sans un véhicule à moteur personnel (che non possono recarsi al lavoro senza un veicolo personale).

2. Un grave empêchement de marcher n'existe pas en l'espèce. Dans sa première demande, l'assurée a déclaré seulement qu'elle était passablement handicapée et se fatiguait vite en marchant. De même, le certificat médical de décembre 1960 permet de conclure que l'invalidité de l'assurée n'exigeait pas une motorisation. Le médecin confirme seulement que l'assurée a une démarche quelque peu boiteuse et gauche, et qu'elle lève les jambes un peu trop haut. Bien qu'elle ne marche qu'avec peine, elle n'a besoin d'une canne qu'en hiver. Dans ces conditions, le juge cantonal a fait remarquer, avec raison, que l'achat du véhicule au printemps 1961 n'avait pas entraîné une obligation de l'AI d'accorder des prestations. Une motorisation aux frais de l'AI n'est admissible, en effet, que si le but de réadaptation (art. 21, 1^{er} al., LAI) l'exige absolument, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Arrêt du TFA, du 14 février 1963, en la cause M. B.

Articles 21 LAI et 14, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI. Dans le cas d'une assurée travaillant dans un ménage agricole, une prothèse esthétique de la main, utilisée parallèlement à une prothèse de travail, n'est pas un moyen auxiliaire nécessaire, car celle-ci est d'un modèle qui satisfait aussi à certaines exigences d'ordre esthétique.

Articoli 21 LAI e 14, capoverso 1, lettera a, OAI. Una protesi della mano, avente scopo estetico, non costituisce un mezzo ausiliario necessario, qualora

un'assicurata, occupata in una economia domestica agricola, dispone di una seconda protesi di tipo semplice, in quanto che quest'ultima soddisfa pure a certe esigenze d'ordine estetico.

L'assurée, née en 1905, est ménagère dans une exploitation agricole. Elle est handicapée dans cette activité depuis 1957 par suite d'un accident, qui nécessita l'amputation d'une partie de la main droite (index, majeur, annulaire et quelques os du métacarpe) et entraîna l'enraidissement partiel de l'articulation métacarpo-phalangienne des deux doigts restants (pouce et auriculaire). Se fondant sur un prononcé de la commission AI, la caisse refusa la remise d'une prothèse esthétique demandée par l'assurée, mais déclara qu'une prothèse de travail pouvait être accordée.

Dans son recours, l'assurée demanda la remise d'une prothèse de travail et d'une prothèse esthétique. Celle-ci était nécessaire, disait-elle, pour qu'elle puisse faire ses emplettes sans difficultés et sans avoir des complexes, ce qui n'était pas le cas lorsque le personnel et les autres clients des magasins pouvaient voir sa main mutilée. La commission de recours rejeta ce recours, alléguant que pour exercer son activité de ménagère, l'assurée n'avait besoin que d'une prothèse de travail, non d'une prothèse esthétique.

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

Le TFA n'a pas à s'occuper de la question de la remise d'une prothèse de travail. Le tribunal de première instance a déjà constaté avec raison que l'assurée pouvait recevoir une telle prothèse de l'AI. La seule question litigieuse est de savoir si l'assurée a encore droit, en outre, à une prothèse esthétique.

En vertu de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires (dont font partie aussi les prothèses) dont il a besoin pour sa réadaptation à la vie professionnelle ou — dans le cas prévu à l'article 5, 1^{er} alinéa, LAI — pour continuer à accomplir ses travaux habituels. En l'espèce, il faut noter tout d'abord que l'assurée possédait déjà une prothèse esthétique en 1960, selon un rapport médical. Si cette prothèse est devenue inutilisable depuis lors, l'assurée ne pourrait en recevoir une nouvelle que si elle est nécessaire à l'exercice de son activité de ménagère. En l'état actuel de la question, une telle nécessité doit être niée, comme l'ont fait la caisse de compensation et l'autorité de première instance. On ne peut prétendre que l'assurée, âgée de 57 ans et occupée dans un ménage rural, ait besoin de deux types différents de prothèse, l'un pour les travaux au ménage, l'autre pour cacher son infirmité lorsqu'elle fait ses emplettes (celles-ci ne peuvent être très importantes, puisque l'exploitation agricole fournit une grande partie des produits nécessaires au ménage); ceci d'autant moins que, jusqu'à preuve du contraire, on ne peut admettre que la prothèse de travail à laquelle l'assurée a certainement droit serait d'un modèle inadéquat, ne suffisant pas à corriger l'aspect de la main mutilée. Le TFA a en effet établi, dans l'arrêt U. St. (ATFA 1962, p. 128 = RCC 1963, p. 30), qu'en vertu de l'article 21, 2^e alinéa, LAI, qui prévoit des moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat, ceux-ci doivent satisfaire aussi à des exigences d'ordre esthétique. L'assurée croit que la prothèse de travail dont la remise est envisagée n'y satisfera pas, mais qu'elle sera un objet difforme, l'obligeant à faire ses achats comme un robot; rien n'indique, du moins pour le moment, que ces craintes soient fondées.

Il suffit, en l'état actuel de la question, de réserver le droit de l'assurée à demander une nouvelle décision de la caisse, au cas où la prothèse de travail, accordée en principe, ne serait pas adéquate au sens de l'article 21, 2^e alinéa, LAI.

Arrêt du TFA, du 18 mars 1963, en la cause V. S.

Article 78, 2^e alinéa, RAI. Si un paysan ne peut, sans prothèses des mains en bon état, effectuer certains travaux importants, la réparation de ces prothèses, exécutée avant d'avoir été prescrite par l'AI, doit être déclarée urgente. La prise en charge des frais, dans ce cas-là, ne peut pas non plus dépendre du fait qu'un devis ait été présenté à l'AI avant cette réparation. (Considérant 2.)

Articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 16, 2^e alinéa, RAI. L'AI prend en charge la réparation d'un moyen auxiliaire acquis par l'assuré avant l'entrée en vigueur de la LAI dans les cas où elle serait tenue de remettre un tel moyen à un invalide n'en possédant point. (Considérant 2.)

Articolo 78, capoverso 2, OAI. Se un contadino non può eseguire lavori importanti senza protesi delle mani in buono stato, la riparazione di queste, eseguita prima di essere stata prescritta dall'AI, dev'essere considerata urgente. In questo caso, il fatto di non aver presentato all'AI un preventivo delle spese prima della riparazione, non deve influire sulla rifusione delle spese. (Considerando 2.)

Articoli 21, capoverso 1, LAI e 16, capoverso 2, OAI. L'AI sopprime alle spese di riparazione di un mezzo ausiliario acquistato dall'assicurato prima dell'entrata in vigore della LAI, se essa sarebbe tenuta a consegnare all'invalido questo mezzo ausiliario di cui egli non ne dispone ancora. (Considerando 2.)

L'assuré, né en 1911, est paysan. En 1948, au cours d'une explosion, il s'est gravement blessé la main droite, qui dut être amputée. En outre, il perdit l'œil gauche et l'acuité de l'œil droit fut affaiblie par des perforations. Déjà avant l'entrée en vigueur de la LAI, l'assuré s'est procuré une prothèse pour l'œil gauche et deux prothèses pour les mains.

En juin 1961, l'épouse de l'assuré transmet à la commission AI une facture relative à la réparation d'une des prothèses des mains. La commission AI mit la facture à la charge de l'AI, mais fit remarquer à l'assuré qu'une réparation devait être annoncée avec devis avant d'être exécutée, les factures présentées après coup n'étant plus payées par l'AI.

Au début de 1962, les prothèses des deux mains, indispensables à l'assuré pour ses travaux agricoles, durent de nouveau être réparées. Il les envoya donc à un orthopédiste, la première le 4 janvier et la deuxième le 16 janvier (sans doute après avoir reçu en retour la première). Par la même occasion, il pria l'orthopédiste d'en avertir la commission AI et de lui faire parvenir un devis. L'orthopédiste, après avoir exécuté les réparations, présenta les factures comme « devis » en date du 6 février 1962. Par décision du 9 mars 1962, la caisse de compensation informa l'assuré que la commission AI, se référant à sa communication antérieure, avait refusé de payer les factures transmises après l'exécution des réparations. Le recours présenté par l'assuré contre cette décision fut rejeté.

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

1. Comme le TFA le spécifie dans son arrêt du 4 septembre 1962 en la cause L. E. (ATFA 1962, p. 249 = RCC 1962, p. 442), en principe seules les mesures de réadaptation prescrites par la commission AI avant leur exécution sont assumées par l'AI

(cf. art. 60, 1^{er} al., lettre b, LAI). Cependant, des exceptions à ce principe ont dû être prévues par le Conseil fédéral à l'article 78, 2^e alinéa, RAI. Exceptionnellement, des mesures de réadaptation exécutées avant d'avoir été prescrites peuvent être prises en charge par l'AI à deux conditions: d'abord, il doit s'agir d'une mesure urgente dont l'exécution, dans l'intérêt de l'assuré, ne peut être différée; ensuite, une telle mesure doit être annoncée dans les trois mois qui suivent le début de son exécution.

La réparation d'un moyen auxiliaire qui, selon l'article 16, 2^e alinéa, RAI, incombe à l'AI, est considérée comme mesure de réadaptation professionnelle et est soumise aux dispositions de l'article 78, 2^e alinéa, RAI. Donc, si une réparation est urgente et que l'assuré ne puisse attendre une décision de l'AI, celle-ci doit, aux conditions posées par l'article 16, 2^e alinéa, RAI, en assumer les frais, pour autant que la demande ait été déposée dans les trois mois qui suivent cette réparation.

2. Dans le cas présent, l'assuré a fait réparer les prothèses de ses deux mains (moyens auxiliaires au sens de la LAI) sans attendre la décision de l'AI. Il est à supposer que les réparations étaient urgentes, car l'assuré ne pouvait effectuer aucun travail important sans des prothèses en bon état. On ne pouvait lui demander d'attendre cette décision, d'autant plus que les prothèses des deux mains devaient être réparées en même temps. Après exécution des réparations en janvier 1962, l'orthopédiste annonça l'assuré à l'AI le 6 février 1962 et présenta par la même occasion les factures, de sorte que le délai de trois mois (art. 78, 2^e al., RAI) a été observé. On ne peut reprocher à l'assuré — contrairement à l'avis de la commission AI et du tribunal de première instance — de n'avoir pas présenté un devis avant l'exécution des réparations urgentes, car ni la LAI ni le RAI n'imposent à l'assuré une telle obligation. Il n'y a donc aucun obstacle formel à la prise en charge a posteriori des frais de réparation.

Dans ces conditions, la cause doit être renvoyée à la commission AI, afin qu'elle puisse déterminer si les conditions matérielles sont remplies pour le paiement des deux factures, qui se montent respectivement à 87 francs et à 162 fr. 50. A ce sujet, il faut préciser que l'AI assume également la réparation de moyens auxiliaires que l'assuré s'est procurés lui-même avant le 1^{er} janvier 1960; le fait qu'un tel moyen auxiliaire devrait être octroyé par l'AI si l'assuré n'en possédait déjà un est seul déterminant (ATFA 1961, p. 251; RCC 1961, p. 425).

RENTES

Arrêt du TFA, du 11 mars 1963, en la cause J. B.

Articles 4 et 28, 2^e alinéa, LAI. Un assuré n'est pas invalide au sens de la LAI s'il n'existe pas de rapport direct entre sa psychopathie et sa capacité de travail, mais qu'il est empêché d'utiliser celle-ci par une peine privative de liberté résultant de son comportement criminel.

Articoli 4 e 28, capoverso 2, LAI. Un assicurato non è considerato invalido a sensi della LAI, se non sussiste un rapporto diretto fra la sua psicopatìa e la sua capacità lavorativa, ma se è impedito di utilizzarla a causa di una pena privativa della libertà personale inflittagli specialmente per la sua condotta criminale.

L'assuré, né en 1929, est sous tutelle. Ses facultés étant inférieures à la moyenne, il suivit une école spéciale, puis séjourna dans une maison d'éducation, où son penchant

au vol fut remarqué. A l'âge de 17 ans, il commit des actes contraires à la pudeur devant et envers des enfants. Ayant commis d'autres délits de mœurs, en 1952 et 1953, il fut condamné à une peine d'emprisonnement et interné. Remis en liberté, l'assuré travailla comme manœuvre. Il se rendit coupable de nouveaux délits de mœurs et de délits contre la propriété. Sa dernière arrestation (septembre 1962) fut nécessitée par un délit de mœurs; il fut condamné à six mois d'emprisonnement et interné de nouveau, en vertu de l'article 14 du code pénal. En mai 1956, l'assuré avait été grièvement blessé dans un accident; amputé du bras droit au-dessus du coude, il reçut une prothèse et fut initié au métier de peintre dans un centre de réadaptation où il séjourna en 1960.

Par décision du 14 février 1962, la caisse de compensation, se fondant sur un prononcé de la commission AI, a rejeté une demande de rente, le degré d'invalidité de l'assuré étant inférieur à 40 pour cent. De même, la commission de recours a nié un droit à une rente. Le tuteur ayant interjeté appel contre le jugement cantonal, le TFA a rejeté sa demande pour les motifs suivants:

1. Aux termes de l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit à une rente lorsqu'il est invalide pour la moitié au moins. Dans les cas pénibles, la rente peut être allouée lorsque l'assuré est invalide pour les deux cinquièmes au moins. L'invalidité est définie à l'article 4 de cette loi. L'importance de cette incapacité de gain est évaluée d'après la perte que subit l'assuré sur un marché du travail équilibré en utilisant au mieux sa capacité de travail résiduelle. C'est pourquoi l'article 28, 2^e alinéa, LAI dispose que 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.

Dans son arrêt en la cause H. S., du 6 mai 1961 (ATFA 1961, p. 160 = RCC 1961, p. 382), le TFA a établi qu'il fallait entendre également, par atteintes à la santé mentale résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, certaines manifestations psychopathiques. Il importe de savoir alors si ces manifestations atteignent une gravité telle qu'on ne saurait, pratiquement, demander que l'assuré mette à profit ses capacités sur le marché du travail, et qu'un tel usage serait même intolérable pour la société. Dans cette forme grave de la psychopathie, on ne peut douter, connaissant les effets que l'on peut constater, que l'atteinte à la santé due à une anomalie mentale corresponde à la notion juridique de maladie au sens large de ce terme. Dans un arrêt non publié, du 10 septembre 1962, le TFA a posé un autre critère: L'internement d'un psychopathe « dû principalement à ses dispositions délictueuses » ne permet pas d'admettre une invalidité au sens de la loi. La psychopathie doit donc avoir un rapport direct avec l'utilisation de la capacité de travail pour être reconnue par l'AI. Si le comportement du malade est criminel d'une manière prédominante, et empêche ainsi une utilisation de la capacité de travail (tout spécialement en cas de condamnation à une peine privative de liberté), on ne peut parler d'invalidité au sens de la LAI.

2. Physiquement, l'assuré a pu, malgré son infirmité (bras amputé, séquelles de blessures du thorax), être réadapté comme peintre, ce qu'il a fait dans un centre de réadaptation, de mars à septembre 1960, aux frais de l'AI, et avec de bons résultats... Sa santé physique ne permet manifestement pas d'admettre une invalidité de 40 pour cent; il est donc superflu de demander un rapport médical ou de renvoyer la cause à la commission AI pour plus ample instruction.

3. Il convient d'établir maintenant si l'on doit tenir compte aussi, dans l'évaluation de l'invalidité, de la psychopathie de l'assuré. Comme nous l'avons exposé ci-dessus, tout dépend de savoir si la psychopathie empêche l'assuré d'utiliser sa capacité physique

de travail à tel point qu'il en résulte une incapacité de gain. La capacité physique, déjà diminuée, ne joue aucun rôle dans cette question, car rien ne permet d'admettre que l'atteinte à la santé physique ait influencé la santé mentale de l'assuré. Si la psychopathie n'est pas suffisamment grave, il n'y a donc aucune raison de porter un autre jugement que dans les cas où il n'y a pas d'atteinte à la santé physique.

Selon le rapport de l'hôpital psychiatrique, du 28 juillet 1958, l'assuré présente l'image habituelle de troubles psychopathiques du caractère; à des capacités intellectuelles un peu au-dessous de la moyenne s'ajoutent une indifférence morale, de l'infantilisme et une labilité affective. Etant en liberté, l'assuré a pu se tirer d'affaire, quoique avec difficulté et en changeant souvent d'emploi. En 1962, grâce à sa réadaptation comme peintre, il gagna pendant quelques mois un salaire presque égal à celui d'un ouvrier qualifié. Dans ces conditions, on ne peut prétendre que sa psychopathie soit grave au point de rendre impossible ou intolérable une utilisation de sa capacité de travail.

Ce qui, jusqu'à présent, a constamment détourné l'assuré de la bonne voie, étant en liberté, ce sont ses délits, principalement ses délits de mœurs. C'est à cause de ces délits qu'il a dû être, à plusieurs reprises, interné; son dernier internement, qui dure encore, a commencé en automne 1962. Cette privation de liberté, due à un comportement criminel, ne signifie pas une invalidité au sens de la LAI. Il est superflu de se demander ici comment il faudrait juger son cas s'il était reconnu irresponsable de son comportement. L'assuré, en effet, n'a pas été déclaré irresponsable par les tribunaux qui l'ont jugé; seul le rapport de l'hôpital psychiatrique, mentionné ci-dessus, indique qu'au moment d'un acte qu'il avait commis, il était à considérer comme partiellement responsable. Or, en vertu de l'article 4 LAI, on ne pourrait reconnaître comme atteinte à la santé mentale, liée à une incapacité de gain, qu'une irresponsabilité permanente ou de longue durée.

4. Les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité ne sont donc pas remplies en l'espèce. Cependant, le tuteur peut présenter une nouvelle demande de rente à la commission AI si l'on constate que l'assuré, une fois remis en liberté, est empêché par sa psychopathie d'utiliser sa capacité de gain sur le marché du travail. On peut se demander en outre si la castration recommandée par l'hôpital psychiatrique — opération que l'assuré accepterait — ne pourrait contribuer à une meilleure réadaptation professionnelle. L'exécution d'une telle mesure pourrait apporter, du point de vue de l'AI, la preuve que l'assuré est vraiment résolu à se faire réadapter.

Allocations familiales

Arrêt du TFA, du 9 avril 1963, en la cause F. M.

Articles 11 LFA et 47, 2^e alinéa, LAVS. Lorsque des allocations familiales ont été payées par erreur, le délai de prescription d'une année pour demander la restitution des prestations indues commence à courir dès le moment où la caisse de compensation s'est rendu compte de l'erreur qu'elle a commise. La caisse de compensation ne se rend compte de l'erreur commise

qu'au moment où le fait du versement indû est connu de son service compétent pour rendre une décision en la matière. (Considérant 1.)

A défaut d'un jugement pénal, la caisse ne peut invoquer le délai de prescription de la loi pénale que si elle établit clairement l'existence d'un acte punissable. (Considérant 2.)

Articoli 11 LFA e 47, capoverso 2, LAVS. Se gli assegni familiari sono stati versati erroneamente, il termine di prescrizione di un anno per chiedere la restituzione delle prestazioni non dovute inizia a contare dal momento in cui la cassa di compensazione è a conoscenza dell'errore commesso. Determinante è il momento in cui il servizio competente in materia di assegni familiari della cassa di compensazione si accorge d'aver commesso l'errore. (Considerando 1.)

In difetto di un giudizio penale, la cassa può invocare il termine di prescrizione della legge penale soltanto se è in grado di dimostrare ineccepibilmente l'esistenza di un atto punibile. (Considerando 2.)

F. M. a signé le 19 juillet 1954 un questionnaire pour la détermination des allocations familiales fédérales et cantonales aux travailleurs agricoles. Le questionnaire portait que le requérant était marié depuis 1946 et avait deux enfants illégitimes, nés en 1946 et 1951. Se fondant sur ces indications, attestées par l'agence communale de R., la caisse cantonale de compensation, section des allocations familiales, a accordé des allocations de ménage et pour enfants pour la période du 5 avril 1954 au 31 décembre 1955.

L'intéressé a rempli de façon identique un nouveau questionnaire le 30 avril 1956, sur la base duquel les mêmes allocations ont continué à être versées dès le 1^{er} janvier 1956.

Le 16 mai 1961, l'agence communale de N. annonçait à la caisse que le bénéficiaire avait transféré son domicile à G.; elle signalait qu'il n'était pas marié, mais vivait maritalement avec sa compagne. Après enquête, la caisse a rendu le 10 novembre 1961 une décision supprimant le droit à l'allocation de ménage et exigeant restitution des allocations de ménage indûment touchées pour la période du 5 avril 1954 au 30 avril 1961.

F. M. a recouru contre l'ordre de restitution. Il faisait valoir en substance que les questionnaires avaient été remplis par l'agent communal, lequel connaissait son état civil, et qu'il les avait signés de confiance; que la caisse même était informée depuis 1959 et l'avait par lettre du 8 décembre 1959 déclaré assujetti comme employeur rétroactivement à 1954.

Le Tribunal cantonal a estimé que le préposé communal de R. connaissait la situation véritable de famille en tout cas lors de l'attestation du questionnaire du 30 avril 1956. Il a laissé ouverte la question de savoir si cette connaissance du préposé valait connaissance de la caisse. Il a considéré en effet que la caisse avait connu l'état civil exact au plus tard le 8 décembre 1959, puisqu'elle avait alors rectifié le statut en matière de cotisations AVS. Si le service s'occupant des allocations familiales est doté d'une certaine autonomie, la caisse n'en forme pas moins une unité, et les conséquences d'un défaut de liaison interne ne sauraient être supportées par les assurés. La prescription annale selon les articles 11, 2^e alinéa, LFA et 47, 2^e alinéa, LAVS était donc acquise le 10 novembre 1961, et la caisse était à tard pour réclamer la restitution des allocations de ménage fédérales. Le juge cantonal a donc admis le recours.

L'OFAS a déféré le jugement cantonal au TFA. Il soutient que la caisse ne s'est pas rendu compte de l'erreur avant l'avis reçu en mai 1961 et que la prescription n'était donc pas acquise à la date de la décision de restitution.

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

1. Par décision du 10 novembre 1961, la caisse de compensation a exigé restitution des allocations de ménage qu'elle avait versées à l'intimé du 5 avril 1954 au 30 avril 1961. Il n'est pas contesté que ces allocations ont été perçues indûment, le bénéficiaire n'étant pas marié et ne remplissant ainsi pas les conditions légales mises à leur obtention (art. 3 LFA), ni que ces allocations doivent par conséquent en principe être restituées (art. 11, 1^{er} al., LFA). La question litigieuse est celle de savoir si la créance en restitution des allocations de ménage fédérales indûment touchées était prescrite à la date de la décision de restitution.

Aux termes de l'article 47, 2^e alinéa, LAVS, applicable par analogie en matière d'allocations familiales (article 11, 2^e al., LFA), « le droit de demander la restitution se prescrit par une année à compter du moment où la caisse de compensation a eu connaissance du fait, mais au plus tard par cinq ans après le paiement de la rente. Si le droit de demander restitution naît d'un acte punissable pour lequel la loi pénale prévoit un délai de prescription plus long, ce délai est déterminant ». Pour établir si la prescription est acquise ou non, il faut donc examiner successivement la question de la prescription annale puis, si celle-ci n'est pas donnée, la question de la prescription quinquennale ou d'un éventuel délai plus long en cas d'acte punissable.

Le TFA a précisé dans nombre d'arrêts déjà (voir par exemple ATFA 1954, p. 26 = RCC 1954, p. 153; arrêts non publiés V. du 30 avril 1956 et B. du 5 juin 1956) que le délai de la prescription annale, au sens de l'article 47, 2^e alinéa, LAVS, commençait à courir dès la découverte de l'erreur qui a été la cause du versement des prestations indues, en d'autres termes dès le moment où la caisse de compensation s'est rendu compte de l'erreur qu'elle commettait en versant les prestations. De même que l'article 67 du code des obligations, en effet, l'article 47 LAVS a été créé pour permettre la suppression de l'enrichissement obtenu sans droit, et il n'existe aucune raison d'adopter en matière de restitution de prestations indûment touchées des règles plus sévères que celles qui sont appliquées en droit civil pour la répétition de l'indû (ATF 63 II 259).

Pour savoir si la caisse de compensation avait le droit de réclamer les allocations de ménage indûment versées dès le 5 avril 1954, il importe donc de rechercher à partir de quel moment elle s'est rendu compte de l'erreur qu'elle commettait en versant ces allocations. Or la Cour de céans ne peut se rallier à l'opinion des premiers juges, qui ont fixé au 8 décembre 1959 au plus tard le début du délai de la prescription annale, soit au moment où la caisse de compensation a rectifié le statut en matière de cotisations AVS, et encore moins à l'avis de l'intimé, qui veut faire partir ce délai de la connaissance de l'état civil exact par le préposé communal. Nonobstant l'unité juridique qu'elle représente envers les tiers, une caisse de compensation assumant de nombreuses tâches ne se rend compte de l'erreur commise qu'au moment où le fait du versement indû est connu de l'organe compétent pour rendre une décision en la matière. Cet organe n'était dans l'espèce ni le préposé communal — dépourvu de tout pouvoir de décision sur ce point — ni le service chargé de l'assujettissement des employeurs aux cotisations AVS, mais uniquement le service des allocations familiales. Si même on ne peut épargner à la caisse le reproche de n'avoir pas coordonné ses services de manière adéquate, il n'existe aucun motif de ne pas ajouter foi à ses dires, selon lesquels l'erreur n'a été découverte que lors de la communication de l'agence communale de N. du 16 mai 1961.

A la date de la décision de restitution du 10 novembre 1961, la caisse de compensation n'avait donc connaissance du fait du versement indû que depuis quelque six mois, et la prescription annale n'était pas intervenue. Contrairement à l'avis du juge cantonal et de l'intimé, la caisse n'était ainsi pas à tard pour exiger restitution des allocations de ménage versées à tort.

2. Il faut cependant examiner en outre si la caisse était en droit d'exiger restitution des allocations versées dès le 5 avril 1954, ou si la prescription de cinq ans était acquise pour une partie de ces allocations. La réponse en dépend de la question de savoir si l'intimé a commis, pour obtenir ces prestations indues, un acte punissable pour lequel la loi pénale prévoit un délai de prescription plus long.

En jurisprudence constante, le TFA a prononcé que, à défaut d'un jugement pénal, l'existence d'un acte punissable devait être clairement établie (voir p. ex. ATFA 1957, p. 49 et 195 = RCC 1957, p. 97 et 1958, p. 310, et arrêt non publié P. du 26 mars 1959). Or tel n'est pas le cas dans l'espèce. Sans doute le requérant a-t-il signé en 1954 et en 1956 des questionnaires portant des indications inexactes quant à son état civil. Mais ces questionnaires ont été remplis par le préposé communal, dont le rôle a été déterminant. Même si l'on admet, comme le fait le juge cantonal, que ce préposé n'a connu la situation réelle que postérieurement au premier questionnaire du 19 juillet 1954, les circonstances ne permettent pas de retenir à la charge du requérant la commission d'un acte punissable.

La décision de restitution du 10 novembre 1961 ne pouvait ainsi englober les versements intervenus plus de cinq ans auparavant, et sa confirmation n'intervient donc que dans le cadre du délai quinquennal de prescription.

CHRONIQUE MENSUELLE

Une *conférence des représentants des gouvernements cantonaux* s'est réunie le 4 juillet sous la présidence de M. Tschudi, conseiller fédéral, et en présence de MM. Frauenfelder, directeur, et Kaiser, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a discuté la proposition de la commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité relative à l'introduction de *prestations complémentaires aux bénéficiaires de rentes AVS et AI* et l'a, en principe, approuvée. Les cantons se prononceront sur les détails de cette question selon la procédure habituelle.

*

Le 5 juillet, un arrangement administratif concernant les modalités d'application de la *convention en matière de sécurité sociale entre la Suisse et la Yougoslavie*, du 8 juin 1962, a été signé à Berne par M. Motta, sous-directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, et par M. Popovic, conseiller pour les conventions internationales à l'Institut fédéral yougoslave de la sécurité sociale. L'arrangement entrera en vigueur en même temps que la convention, qui a été approuvée en juin 1963 par le Conseil des Etats et qui sera discutée par le Conseil national au cours de la session d'automne des Chambres fédérales.

*

Dans sa séance du 9 juillet, le Conseil fédéral a pris connaissance du rapport de la commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité sur la *sixième révision de l'AVS*. Il a chargé le Département fédéral de l'intérieur d'élaborer un message et un projet de loi modifiant la LAVS, ainsi qu'un rapport et un projet d'arrêté fédéral concernant l'initiative populaire de l'AVIVO. Il l'a chargé en outre d'établir, après avoir consulté les cantons, le texte d'un message et d'un projet de loi concernant l'octroi de prestations complémentaires aux bénéficiaires de l'AVS et de l'AI.

Où en est la sixième revision de l'AVS ?

Bien que la cinquième revision, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1961, ait augmenté dans une forte mesure les prestations de l'AVS, de nouvelles requêtes ne tardèrent pas à être présentées en vue d'améliorer une fois de plus cette assurance sociale. En été 1962, l'« AVIVO » et le « Schweizerischer Beobachter » soumi-
rent aux autorités fédérales deux initiatives populaires demandant la modifica-
tion des dispositions constitutionnelles relatives à l'AVS. Il y eut en outre de
nombreuses interventions parlementaires aux Chambres fédérales; enfin, le
Conseil fédéral et d'autres autorités fédérales ont reçu de nombreuses proposi-
tions et pétitions d'organismes nationaux, régionaux et locaux relatives à une
amélioration de cette assurance.

Ces démarches ont décidé le Conseil fédéral à faire réexaminer la situation
financière actuelle de l'AVS. L'examen préliminaire a été entrepris par l'Office
fédéral des assurances sociales en collaboration avec la « Sous-commission du
bilan technique » de la Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants
et invalidité. Selon l'article 73 LAVS, cette Commission est chargée de donner
son préavis au Conseil fédéral sur l'exécution et le développement ultérieur de
l'AVS; elle a également le droit de présenter, de sa propre initiative, des pro-
positions au Conseil fédéral. Lors de sa séance du 31 octobre 1962, donc peu
après le dépôt des deux initiatives populaires, la Commission a créé une sous-
commission spéciale de 18 membres et l'a chargée de lui présenter jusqu'au mois
de juin 1963, en se fondant sur la nouvelle situation financière, des propositions
de revision légale.

La sous-commission s'est acquittée de cette tâche en traitant toutes les ques-
tions qui ont des conséquences financières; elle a tenu trois séances qui ont duré
plusieurs jours. L'Office fédéral des assurances sociales lui a fourni à cet effet
une documentation abondante. La Commission plénière a examiné, dans sa
séance du 7 juin 1963, les propositions de sa sous-commission, et les a approu-
vées. Elle en a fait l'objet d'un rapport détaillé, qui n'a pas été publié officielle-
ment, mais dont les points principaux ont été signalés par la presse. Ce rap-
port traite non seulement de la revision de la LAVS, mais étudie aussi les moyens
d'assurer en général l'existence des personnes âgées et des survivants dans notre
pays.

La Commission plénière a tenu une nouvelle séance le 21 juin 1963, au cours
de laquelle elle s'est prononcée sur plusieurs problèmes de revision sans portée

financière. Enfin, le 4 juillet, les représentants des gouvernements cantonaux ont siégé sous la présidence de M. Tschudi, conseiller fédéral, et ont discuté le système, proposé par la commission, de prestations complémentaires cantonales aux bénéficiaires de rentes AVS et AI.

Depuis lors, le Conseil fédéral a pris connaissance du rapport de la commission et a chargé le Département de l'intérieur d'élaborer un message et un projet de loi modifiant la LAVS. Le Conseil fédéral compte présenter ce message à l'Assemblée fédérale en septembre 1963. Les propositions qu'il y fera ne seront pas nécessairement identiques à celles de la commission. Etant donné la publication prochaine de ce message et du projet de loi, la RCC renonce à exposer en détail les propositions de la commission; elle donnera, probablement dans son numéro de septembre, le texte du projet et d'autres informations.

Le cours ultérieur de la sixième révision de l'AVS sera réglé par l'Assemblée fédérale. En se fondant sur le calendrier habituel des travaux parlementaires, on peut prévoir que le projet sera soumis au premier conseil en décembre 1963 et au deuxième en mars 1964. La date de l'entrée en vigueur de la révision dépendra en premier lieu du rythme des délibérations parlementaires.

Pour l'introduction des prestations complémentaires destinées à assurer le minimum vital aux bénéficiaires de rentes AVS et AI, la coopération des cantons est nécessaire. Il est prévu d'élaborer au plus vite un projet de loi fédérale réglementant cette question et de le soumettre à l'approbation des cantons. Cette procédure, malgré toute la promptitude qu'on y mettra, prendra du temps, si bien que le projet concernant les prestations complémentaires ne pourra être présenté aux Chambres en même temps que le message sur la révision de la LAVS.

Les frais des offices régionaux AI en 1962

Les offices régionaux AI, institués par les cantons ou par des organisations privées reconnues d'utilité publique, sont les organes spécialement créés par l'AI pour appliquer les mesures de réadaptation d'ordre professionnel: examen des possibilités de réadaptation, orientation professionnelle, recherche de places pour la formation et le reclassement. Depuis l'introduction de l'AI en 1960 jusqu'à la fin de l'exercice 1962, on en comptait dix; au début de l'année 1963, un onzième vit le jour. Le canton d'Argovie, jusqu'alors dans la circonscription de l'office régional de Bâle, a reçu l'autorisation de faire cavalier seul, augmentant ainsi l'irrégularité pourtant déjà très prononcée du découpage du territoire helvétique. Il est intéressant de relever dans cet ordre d'idées qu'en 1962,

un office régional à lui seul groupait le cinquième environ de la population suisse, alors que les neuf autres se répartissaient les quatre cinquièmes restant, dans des proportions variant entre 2,7 et 17,2 pour cent de l'ensemble. Il est dans la nature des choses que ces différences se retrouvent aussi dans les frais de ces organismes, pris en charge en totalité par l'AI. Les analyser toutes conduirait trop loin, aussi nous bornerons-nous à un examen succinct des dépenses de l'ensemble des offices régionaux.

Les frais de l'exercice 1962 se sont élevés à 1,279 million de francs; ils étaient de 1,071 million en 1961, et de 1,045 million pour 1960. Précisons d'emblée que l'exercice 1960 comptait treize mois et qu'il a été grevé des frais des premiers aménagements (mobilier et matériel de bureau).

Les dépenses faites pour le *personnel* (traitements, charges sociales, dédommagements pour frais encourus) atteignent 1,019 million de francs. Elles représentent, comme en 1961, 80 pour cent environ des dépenses totales. Si la proportion de ces dépenses par rapport à l'ensemble est demeurée constante, on note cependant une augmentation en valeur absolue de quelque 174 000 francs. Cette progression ne s'explique pas uniquement par les augmentations annuelles normales des traitements et par leur adaptation au coût de la vie; elle est aussi la conséquence d'un accroissement de 10 à 15 pour cent de l'effectif du personnel. A la fin de l'exercice 1962, les offices régionaux occupaient 61 personnes, soit 36 collaborateurs techniques qualifiés et 25 se consacrant à des travaux plus simples et de chancellerie. Cette évolution s'explique tout d'abord par le nombre sans cesse croissant des cas confiés par les commissions AI aux offices régionaux (8000 en 1961, 9000 en 1962). Malgré les derniers renforts, malgré l'appel aux services sociaux et aux experts privés, plus de 2740 cas étaient encore en suspens à fin 1962. Ce paquet représente à lui seul le pensum de trois à cinq mois, selon les offices régionaux.

Le personnel des offices régionaux bénéficie d'une protection sociale étendue. A l'exception des auxiliaires et de ceux qui ne remplissent pas les conditions d'admission, les fonctionnaires sont affiliés à une caisse de pension ou d'assurance; trois offices régionaux sont rattachés à la caisse fédérale d'assurance, les autres font partie d'une caisse cantonale, voire d'une caisse de pension des employés de la ville. L'AI participe également au paiement des primes d'assurance contre les accidents professionnels. La même diversité de réglementation se retrouve dans le mode de dédommagement pour frais encourus.

Dans le groupe des *frais de bureau*, 145 000 francs environ, le loyer tient la première place avec 55 000 francs en chiffre rond. Viennent ensuite les frais de téléphone, avec plus de 28 000 francs, soit plus de 2 francs par collaborateur et par jour. L'article réservé au matériel technique, spécialement pour les tests, ainsi qu'aux ouvrages et publications, est en régression. Il a passé de 12 000 francs en 1960 à 10 000 francs en 1961, pour tomber à 6000 francs en 1962. On doit en conclure que la plupart des offices régionaux disposent aujourd'hui du matériel nécessaire à leur travail.

En principe, les *voyages de service* se font au moyen des transports publics; mais souvent, cela n'est pas possible ou serait irrationnel. On a donc autorisé les fonctionnaires des offices régionaux à utiliser leur voiture privée, pour laquelle ils reçoivent une indemnité kilométrique sur la base d'une réglementation fédérale. Il a été payé à ce titre 60 000 francs en 1962, pour quelque 220 000 km., soit environ cinq fois et demie la circonférence terrestre. Sous la rubrique réservée aux *frais divers*, 54 000 francs, on a enregistré entre autres les honoraires versés aux experts privés auxquels les offices régionaux ont dû faire appel pour combler leur retard.

Pour mettre un point final à ce bref commentaire des frais de l'exercice 1962, on serait tenté de chercher à établir un rapport entre les frais engagés et les résultats obtenus. Tomber dans ce piège serait méconnaître la variété et la complexité des cas à traiter, ces deux caractéristiques ne pouvant objectivement s'exprimer par des signes numériques sérieux. Sur la base des indications statistiques dont il dispose, l'OFAS a néanmoins tenté de dégager une « productivité » moyenne; en la comparant à celle des différents offices régionaux, il a constaté que pour la plupart d'entre eux, les écarts ne pouvaient être considérés comme importants.

Les arrêtés cantonaux concernant l'AVS et l'AI

Introduction

Chaque canton est tenu, en vertu de l'article 61, 1^{er} alinéa, LAVS, de créer par décret spécial une caisse de compensation cantonale ayant le caractère d'un établissement autonome de droit public. De manière analogue, l'article 55, 1^{er} alinéa, LAI oblige les cantons à instituer par décret spécial une commission cantonale de l'AI. Les lois fédérales sur l'AVS et l'AI et leurs règlements d'exécution prescrivent les dispositions minimums que doivent contenir les actes législatifs cantonaux en la matière (art. 61, 2^e al., LAVS; art. 55, 2^e al., LAI et art. 43 RAI). Si le contenu de ces actes législatifs cantonaux est en grande partie déjà défini dans les articles précités, il reste néanmoins suffisamment de marge pour permettre aux cantons de régler certains points de détail conformément à leurs propres conditions.

L'aperçu ci-après traite des questions de droit et d'organisation qui sont l'objet des actes législatifs cantonaux. Une liste de ces derniers paraîtra dans un prochain numéro de la RCC. Nous reviendrons également dans un futur

article sur les prescriptions de procédure de recours, qui ne sont pas touchées dans le présent exposé.

I. LES ARRÊTÉS CANTONAUX CONCERNANT L'AVS

1. Généralités

Les intitulés des actes législatifs cantonaux, de même que la diversité des autorités qui ont édicté les prescriptions sont un reflet de la variété du droit public sur le plan cantonal.

A l'exception de quatre cantons (Uri, Appenzell Rh.-E., Appenzell Rh.-I. et Valais), tous les cantons désignent par « loi introductive » l'acte législatif de base concernant l'AVS. Le canton d'Uri a édicté une ordonnance, Appenzell Rh.-E. une ordonnance d'application, Appenzell Rh.-I. une ordonnance d'exécution et le Valais un décret. Dans dix cantons, la loi introductive a été soumise au vote populaire. Dans treize cantons, l'acte législatif a été voté par le parlement cantonal. A Glaris et à Unterwald-le-Bas, la loi a été votée par la *landsgemeinde*. Utilisant la possibilité offerte par l'article 108, 2^e alinéa, RAVS, plusieurs cantons ont délégué à leur gouvernement ou à une autre autorité cantonale le pouvoir d'édicter des prescriptions complémentaires. Quatorze caisses cantonales de compensation sont régies par un règlement de caisse, émis dans douze cas par le Conseil d'Etat, à Zurich et Lucerne par le conseil de surveillance ou le Département des finances. En outre, d'autres points, tels que l'exercice de la surveillance, les tâches des agences communales, la perception de contributions aux frais d'administration, etc., ont été réglés dans certains cantons par des actes législatifs spéciaux.

2. Le caractère juridique de la caisse de compensation

Dans l'acte législatif concernant l'introduction de l'AVS, tous les cantons, à l'exception de celui de Neuchâtel qui renvoie aux articles 61 et 63 à 70 LAVS, désignent leur caisse comme établissement autonome de droit public. On y trouve aussi des adjonctions telles que: la caisse de compensation est une institution séparée des autres administrations cantonales (Unterwald-le-Bas); elle possède une fortune en propre (Bâle-Ville); elle n'est pas soumise à l'impôt (Bâle-Campagne).

Dans la plupart des cas, il y est également indiqué que le siège de la caisse est le chef-lieu du canton; Bâle-Campagne et Vaud, dont les caisses se trouvent à Binningen et à Clarens, font exception.

3. Les organes des caisses de compensation

Lorsque les organes des caisses sont expressément mentionnés, ils offrent une image très variée. Ainsi, en général, le gérant de la caisse et les agences ont le caractère d'organes. De même, le bureau de contrôle interne, la commission de surveillance ou d'administration et le bureau de revision sont souvent désignés comme organes.

4. La surveillance

Administrativement, toutes les caisses cantonales de compensation sont placées sous la surveillance d'une autorité cantonale. Le plus souvent, il est disposé que la surveillance doit être exercée par le Conseil d'Etat ou par le département que celui-ci désigne. Dans le canton de Zurich, la caisse de compensation est soumise à un conseil de surveillance, dont cinq membres sont nommés par le Grand Conseil et deux autres par le Conseil d'Etat. La caisse cantonale tessinoise est surveillée par une commission de cinq membres, tous nommés par le Conseil d'Etat.

Les cantons de Schwyz, Unterwald-le-Bas et Saint-Gall nomment des commissions administratives. Le canton d'Uri a une commission formée des chefs des directions de l'industrie et des finances et du chef de l'autorité tutélaire. Des commissions de surveillance désignées sous ce nom fonctionnent à Soleure, à Bâle-Campagne et à Genève. Le Grand Conseil du canton d'Argovie nomme en son sein une commission permanente de onze membres chargée d'exercer la haute surveillance. Un système analogue existe dans le canton de Genève. Dans le canton d'Appenzell Rh.-I., la haute surveillance sur la caisse de compensation relève du Grand Conseil. Le Département de l'intérieur du canton de Thurgovie est habilité à désigner une commission consultative de trois membres. Par une disposition particulière, le canton de Soleure prescrit que les membres de la commission doivent être choisis parmi les personnes qui sont tenues ou dont l'employeur est tenu de cotiser à la caisse de compensation. Des dispositions analogues sont en vigueur dans les cantons de Bâle-Campagne et Saint-Gall. Dans ce dernier, il faut également tenir compte de l'intérêt des communes lors du choix des membres de la commission.

Les attributions des commissions sont diverses. Par exemple, le conseil de surveillance du canton de Zurich désigne le bureau de revision, le gérant et les autres fonctionnaires de la caisse; il fixe les taux des contributions aux frais d'administration, établit le budget, accepte les comptes annuels, exerce le pouvoir disciplinaire envers le personnel de la caisse et traite les cas de responsabilité pour dommages selon l'article 70 LAVS. Les attributions des autorités de surveillance sont moins étendues dans tous les autres cantons; elles se bornent dans la plupart des cas aux tâches suivantes: désigner le bureau de revision, traiter les rapports de gestion et de revision, nommer le personnel de la caisse, régler le droit à la signature et fournir les locaux nécessaires.

5. La revision et les contrôles

Les actes législatifs font avant tout mention de l'autorité chargée de désigner l'organe de revision. Ce choix incombe dans quatorze cantons au Conseil d'Etat, dans trois cantons à l'organe de surveillance et dans trois autres cantons à un département. Dans dix-huit cantons, un bureau de revision interne revise les agences et contrôle les employeurs ou ne contrôle que ces derniers ¹.

6. Le financement de la part cantonale selon l'article 103 LAVS

Les dispositions sur le financement de la part que les cantons doivent fournir à la couverture de l'AVS en vertu de l'article 103, 2^e alinéa, LAVS prennent une place importante dans les actes législatifs cantonaux.

La contribution cantonale est financée de la manière suivante: entièrement par l'Etat dans les cantons de Zurich, Unterwald-le-Bas, Bâle-Ville, Saint-Gall, Tessin et Genève; deux tiers par l'Etat et un tiers par les communes politiques dans les cantons de Berne, Uri, Schwyz, Glaris, Zoug, Soleure et Vaud; à parts égales entre canton et communes dans les cantons de Fribourg, Appenzell Rh.-E., Grisons et Neuchâtel; trois cinquièmes par le canton à Lucerne et à Unterwald-le-Haut, les communes politiques fournissant les deux autres cinquièmes dans le canton de Lucerne et, dans le deuxième canton, les communes bourgeoises et politiques versant chacune un cinquième; trois quarts par le canton à Bâle-Campagne et en Thurgovie, le dernier quart étant versé par les communes politiques ou municipales; en Argovie, quatre cinquièmes sont à la charge de l'Etat et un cinquième est fourni par les communes politiques; dans le canton du Valais, 70 pour cent par l'Etat et 30 pour cent par les communes. Le canton de Schaffhouse finance sa contribution par le produit des impôts sur les successions et sur les spectacles, par les intérêts du fonds pour l'AVS et par des contributions des forces motrices schaffhousaises et de la banque cantonale. La part des communes n'est pas fixée à l'avance; elle n'est pas calculée en fonction de la part cantonale globale, mais du montant non couvert par les produits précités, et varie suivant les charges fiscales entre 25 et 75 pour cent de ce montant. Dans le canton d'Appenzell Rh.-I., 15 pour cent sont supportés par le canton, 80 pour cent par les « circonscriptions d'assistance » et 5 pour cent par les « districts » (communes politiques) ².

¹ Cf. RCC 1955, p. 10: « La position des bureaux de revision internes »; RCC 1961, p. 102: « Les frais de revision des caisses de compensation ».

² Cf. à ce sujet RCC 1958, p. 5: « La part des communes aux contributions cantonales pour l'AVS ».

7. Les agences communales

Les agences communales ont déjà donné lieu (RCC 1950, p. 349) à un commentaire fondé sur les dispositions cantonales en la matière. Aucun changement important ne s'est produit depuis lors.

8. La responsabilité du canton pour les engagements de la caisse de compensation ; déficits du compte d'administration

Les dispositions édictées par les cantons divergent à ce sujet. Sous réserve de l'article 70 LAVS, plusieurs cantons déclinent expressément toute responsabilité pour les engagements de leur caisse de compensation.

Certains cantons refusent également de couvrir d'éventuels déficits du compte d'exploitation de leur caisse de compensation. Ils prescrivent aussi que les contributions aux frais d'administration encaissées et les subsides tirés du fonds de compensation doivent couvrir les frais d'administration de la caisse de compensation et de ses agences. Dans quelques cas particuliers, la couverture d'un éventuel déficit est garantie.

9. Les autres tâches

Les actes législatifs de dix-neuf cantons prévoient qu'en vertu de l'article 63, 4^e alinéa, LAVS, la caisse de compensation peut, avec l'assentiment de l'autorité fédérale compétente, assumer d'autres tâches. Quatre cantons précisent d'emblée les tâches cantonales confiées à leur caisse de compensation sous réserve de l'approbation de la Confédération. Deux cantons ont inclus dans leur loi introductive le principe de l'indemnisation.

II. LES ARRÊTÉS CANTONAUX CONCERNANT L'AI

1. Généralités

Dans le domaine de l'AI, presque tous les cantons ont édicté deux arrêtés différents, l'un constituant l'acte introductif proprement dit et l'autre le règlement de la commission AI. Dans seize cas, l'acte introductif porte le titre de loi introductive. Ailleurs, on trouve les titres: loi d'application (Fribourg), ordonnance d'exécution (Uri et les deux Appenzell), ordonnance (Unterwald-le-Bas), décret (Valais) et arrêté du Conseil d'Etat (Lucerne). A Genève, les dispositions introductives et celles concernant la commission AI du canton sont contenues dans le même acte législatif. Certains cantons ont édicté des lois spéciales sur le finance-

ment de leur contribution à l'AI. A quelques exceptions près, les autorités qui ont légiféré sur l'AI sont les mêmes que celles qui ont édicté les actes législatifs sur l'AVS.

Dans vingt-trois cantons, le législateur cantonal charge le Conseil d'Etat d'arrêter les prescriptions concernant les commissions AI. Ces prescriptions sont désignées comme ordonnances (dans huit cas), ordonnance d'exécution (1), règlements (9), règlement administratif (1), arrêtés du Conseil d'Etat (3) ou prescriptions sur l'organisation et la procédure (1). Dans un cas, le département compétent a édicté lui-même les dispositions nécessaires.

2. Les arrêtés d'introduction

La plupart des actes législatifs disposent tout d'abord que l'exécution des tâches incombant au canton dans le domaine de l'AI est assumée par la caisse de compensation. Dans tous les cas, les actes législatifs cantonaux sur l'AVS sont déclarés applicables à l'AI, sous réserve de prescriptions divergentes du droit fédéral. Le principe de la création d'une *commission AI* a également été inséré dans les actes législatifs cantonaux concernant l'introduction de l'AI. Quatorze actes législatifs cantonaux contiennent une prescription autorisant le canton à participer à la création d'un *office régional* pour la réadaptation professionnelle. Le Conseil d'Etat est autorisé à conclure les arrangements nécessaires et à déléguer un représentant du canton dans l'organe de surveillance. Les cantons des Grisons, d'Argovie, du Tessin et de Genève ont décidé de créer leur propre office régional. Les offices régionaux des Grisons, du Tessin et de Genève sont placés sous la surveillance du pouvoir exécutif, tandis que la gestion de l'office régional argovien est surveillée par une commission ad hoc de cinq membres choisis par le Conseil d'Etat. Les fonctionnaires des offices régionaux d'Argovie et de Genève sont soumis aux prescriptions concernant le personnel de l'Etat ¹.

a. Le tribunal arbitral

Tous les actes législatifs concernant l'introduction de l'AI, excepté ceux des cantons d'Unterwald-le-Haut, de Saint-Gall, d'Argovie et de Genève, contiennent une disposition relative au tribunal arbitral fondée sur l'article 26, 5^e alinéa, LAI. La plupart des cantons attribuent au pouvoir exécutif la compétence de nommer de cas en cas un tribunal arbitral. Le pouvoir exécutif désigne le président et, après avoir entendu les deux parties, deux ou quatre membres, et règle la procédure. Dans le canton de Zurich, la Direction de l'assistance invite, lorsqu'elle a reçu une demande d'arbitrage, l'organisation professionnelle de la partie défenderesse et l'Office fédéral des assurances sociales à proposer chacun

¹ Cf. à ce sujet les articles parus dans la RCC 1960, p. 16: « L'organisation des offices régionaux » et p. 410: « L'avancement des travaux dans les offices régionaux de l'AI ».

trois juges arbitres. Par la suite, le Conseil d'Etat nomme un président, puis choisit dans chacun des groupes proposés un membre et un suppléant. Dans quelques cas, des prescriptions de procédure déjà existantes sont déclarées applicables. Ainsi, le canton de Zurich déclare applicables par analogie les prescriptions concernant le tribunal chargé d'arbitrer les différends entre les caisses-maladie et les médecins ou les pharmaciens. Une tentative de conciliation précède la procédure proprement dite. La procédure en vigueur dans les cantons de Berne et Schwyz se fonde également sur la loi cantonale concernant la justice administrative. Bâle-Campagne renvoie aux dispositions correspondantes de la procédure civile et Vaud au règlement du tribunal des assurances.

b. Le financement de la contribution cantonale selon l'article 78, 2^e alinéa, LAI

Les cantons ont réglé de manière différente le financement de la part à verser par les pouvoirs publics à l'AI. Vingt et un cantons ont adopté, pour financer leurs parts contributives, le même plan de répartition que pour l'AVS¹.

Les cantons suivants ont choisi une répartition différente: Bâle-Campagne (AVS: 3/4 canton, 1/4 communes; AI: 3/5 canton, 2/5 communes), Schaffhouse (AVS: voir détails au chapitre sur les actes législatifs concernant l'AVS; AI: 1/2 canton, 1/2 communes), Saint-Gall (AVS: part entière à charge du canton; AI: 3/5 canton, 2/5 communes), Grisons (AVS: 1/2 canton, 1/2 communes; AI: 2/3 canton, 1/3 communes).

3. Les dispositions spéciales concernant les commissions AI

a. Organisation

Les commissions AI sont composées de cinq membres et des suppléants, conformément aux articles 56, 1^{er} alinéa, LAI et 44, 1^{er} alinéa, RAI. L'effectif de la population, ainsi que des motifs d'ordre linguistique et géographique incitèrent les cantons de Zurich, Berne, Vaud et Valais à créer chacun deux chambres (sections) de cinq membres. A Zurich, les deux chambres sont présidées par le président de la commission (un juriste), qui exerce sa fonction à plein temps, dans le canton de Vaud par le même président, mais à temps partiel, tandis que dans le canton de Berne, le président et le vice-président sont chacun à la tête d'une chambre. Avec l'assentiment de la Confédération, des chambres supplémentaires peuvent être créées dans les cantons de Zurich, Berne et Vaud. Afin d'obtenir l'uniformité dans la pratique, le président de la commission du canton de Berne peut inviter la commission entière ou les présidents des chambres à des colloques. A Zurich, le président a, pour la même raison, la faculté de renvoyer pour nouvel examen le prononcé d'une chambre auquel il n'a pas participé.

¹ Cf. chapitre sur les actes législatifs concernant l'AVS.

Dans tous les cantons, les membres ordinaires et les suppléants, ainsi qu'en règle générale les présidents et vice-présidents sont nommés par le gouvernement. A Soleure, président et vice-président sont nommés par la commission. Les commissions des cantons de Zoug, Schaffhouse, Thurgovie et Tessin choisissent le vice-président, tandis qu'en Valais, sur proposition du président, chaque chambre nomme son vice-président.

Les membres de la commission sont nommés pour quatre ans dans quatorze cantons et pour trois ans dans trois autres cantons. Appenzell Rh.-E. a adopté une période d'une année. Quelques cantons prescrivent que la période de fonction doit coïncider avec celle des autorités cantonales ou du Conseil d'Etat. Dans la plupart des cantons, les membres de la commission sont rééligibles. Plusieurs cantons prescrivent qu'en cas de démission ou de décès d'un membre ou d'un suppléant, l'élection complémentaire doit avoir lieu dans l'espace d'un mois pour le reste de la période de fonction. Plusieurs déclarent certaines lois cantonales applicables à des questions déterminées, ainsi Zurich à l'éligibilité, la période de fonction, le renvoi et la démission, Berne aux conditions de la fonction et à sa durée, Uri, Schwyz, Zoug, Argovie et Vaud à la responsabilité et Soleure aux obligations. A Saint-Gall, la fonction de membre est réglée par les prescriptions cantonales sur les commissions publiques.

Les dispositions prévoient que le président fixe le lieu et l'heure des séances, établit l'ordre du jour, après en avoir référé au secrétariat, et dirige les débats. Le vice-président remplace le président et lorsqu'il en est empêché, la présidence est exercée, en règle générale, par le plus ancien membre en charge ou par le plus âgé. Lorsqu'un membre ordinaire est empêché d'assister aux séances, il doit être remplacé par un suppléant du même ressort professionnel.

L'indemnisation des membres de la commission est réglée de manière diverse. Les taux des indemnités sont tantôt indiqués en chiffres dans les règlements, tantôt fixés par le Conseil d'Etat ou par un département dans un acte législatif ad hoc. Un troisième groupe de cantons déclare applicables les dispositions valables pour d'autres autorités cantonales.

b. La procédure des commissions AI

Les règles de procédure étant en grande partie fixées par le droit fédéral, les dispositions cantonales y relatives ne présentent pas de grandes différences d'un canton à l'autre.

Le secrétariat de la commission AI rassemble les pièces et les transmet au président de la commission qui, s'il ne les trouve pas suffisantes, peut ordonner au secrétariat de poursuivre les investigations. Le président fait ensuite convoquer en séance les membres de la commission ou invite ceux-ci à se prononcer par voie de circulation des dossiers. Hormis Bâle-Ville, tous les cantons ont fait mention dans leurs actes législatifs de cette dernière forme de procédure. En règle générale, il incombe au président de décider si un cas doit être traité par voie de circulation du dossier. Le président, ou un membre qu'il aura désigné, établit une proposition qui, si tous les membres de la commission y adhèrent

sans formuler de contre-proposition, devient le prononcé de la commission. En cas de délibération, la décision est prise par un vote à main levée, généralement à la majorité simple des voix. Douze cantons prescrivent expressément le vote obligatoire. Dans quelques cantons, le président ou un membre, dans d'autres cantons voire deux membres de la commission peuvent demander le vote secret.

La commission a la possibilité, avant de se prononcer, de demander d'autres pièces, de faire appel à des experts, d'ordonner des investigations et de convoquer l'assuré en séance. Les débats sont l'objet d'un procès-verbal qui est signé par le président et le rapporteur. Il est parfois ajouté que les prononcés de la commission doivent être rédigés sans délai.

Tous les cantons sauf cinq ont inséré dans leurs actes législatifs des dispositions sur la récusation des membres des commissions AI. Quelques-uns ont détaillé les motifs de récusation (Schaffhouse, Appenzell Rh.-I., Vaud, Valais, Genève); d'autres renvoient à la procédure civile (Unterwald-le-Bas, Fribourg, Appenzell Rh.-E., Thurgovie, Tessin, Neuchâtel), à la loi sur la nomination et l'organisation des tribunaux et des fonctions judiciaires (Bâle-Ville), à la loi sur les tribunaux et la procédure (Bâle-Campagne), à la loi constitutive des tribunaux (Zurich), à la loi sur les obligations des autorités en matière de récusation (Uri) et à la loi concernant la justice administrative (Berne, Schwyz). A Zoug, l'arrêté du Grand Conseil réglementant les affaires du Conseil d'Etat et des directions est applicable par analogie; à Soleure, les dispositions régissant le tribunal cantonal des assurances sont applicables. Lucerne n'indique pas de motifs de récusation ni ne renvoie à un acte législatif cantonal; l'ordonnance prévoit toutefois que la commission, à l'exclusion du membre intéressé, tranche les contestations portant sur un motif de récusation. A Schwyz, le médecin de la commission est tenu de se récuser s'il a traité lui-même l'assuré.

Les infirmités congénitales ¹

Le traitement des affections qui existent déjà à la naissance de l'enfant ne peut, par définition, être mis à la charge de l'assurance-maladie ou de l'assurance-accidents. C'est pourquoi le législateur a accordé aux infirmités congénitales un statut spécial dans l'AI. Celle-ci ne prend en charge, normalement, que les mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle, c'est-à-dire au maintien ou à l'amélioration de la capacité de gain; dans les cas d'infirmités congénitales, elle assume en revanche toutes les mesures médicales nécessaires au traitement.

La RCC a publié en 1961 (p. 172 et 237) la liste officielle des infirmités congénitales, avec une traduction française et des définitions, ainsi que des commentaires généraux. Cette publication est reproduite ici dans l'essentiel, afin que tous les intéressés soient informés d'une manière aussi complète que possible de ce qui concerne les infirmités congénitales. La liste a été complétée; on y a ajouté les affections que le Département fédéral de l'intérieur a reconnues, dans des cas d'espèce, comme infirmités congénitales donnant droit à des prestations. Certaines traductions ou définitions ont été remaniées.

A. Les dispositions légales

Pour plus de clarté, commençons par citer les dispositions de la LAI, du RAI et de l'OIC sur l'octroi de mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales.

Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (LAI)

Art. 13

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.

¹ Un tirage à part de cet article est en vente à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3. Numéro de commande: 318.520.01 f. Prix: Fr. —.80.

Art. 85, 2^e alinéa

Les assurés majeurs ont droit aux prestations prévues à l'article 13 pendant cinq années à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, si l'infirmité congénitale peut être supprimée ou durablement atténuée par des mesures médicales de courte durée.

Règlement d'exécution de la LAI, du 17 janvier 1961 (RAI)

Art. 3

La liste des infirmités congénitales prévue à l'article 13 de la loi fait l'objet d'une ordonnance spéciale.

Ordonnance concernant les infirmités congénitales,
du 5 janvier 1961 (OIC)

Article premier

¹ Sont réputées infirmités congénitales au sens de l'article 13 de la loi les infirmités qui existent à la naissance accomplie de l'enfant et sont mentionnées dans la liste figurant à l'article 2. Le moment où ces infirmités sont décelées est sans importance. La prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale.

² L'assuré n'a pas droit au traitement des infirmités désignées par un astérisque (*) dans la liste figurant à l'article 2, lorsque l'infirmité en question n'aura manifestement pas d'influence sur sa capacité de gain.

³ Sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale les actes médicaux reconnus efficaces par la science et qui permettent d'atteindre au mieux et par des moyens adéquats le but thérapeutique visé.

Art. 2

Cet article contient la liste officielle des infirmités congénitales reproduite sur les pages de gauche qui suivent. Sur les pages de droite, on trouvera une traduction explicative, qui toutefois n'est pas considérée comme « authentique ».

Art. 3

¹ La présente ordonnance prend effet le 1^{er} janvier 1961.

² Le Département de l'intérieur est chargé de l'exécution. Il est autorisé à désigner comme infirmités congénitales dans des cas d'espèce, sans attendre une modification de la présente ordonnance, des affections dont la nature congénitale est évidente mais qui ne sont pas mentionnées dans la liste figurant à l'article 2.

B. Liste des infirmités congénitales

I. La peau

- *1. Cicatrices cutaneae cong.
- 2. Cutis laxa
- *3. Kystes dermoïdo-épidermoïdiques congénitaux
- 4. Dysplasia ektodermalis cong. (ongles, cheveux, dents)
- 5. Epidermolysis bullosa hereditaria
- *6. Défauts congénitaux de la peau
- 7. Ichtyosis et keratosis
- 8. Lymphoedema cong. (elephantiasis)
- *9. Naevi et xanthomes
- 10. Neurofibromatosis
- *11. Ptérygion (doigts palmés, ptérygium colli, etc., Status Bonnevie-Ullrich)

- 12. Urticaria pigmentosa
- 13. Xeroderma pigmentosum

II. L'appareil moteur

- 14. Arthromyodysplasia cong. (arthrogryposis)
- 15. Chondrodystrophie
- 16. Dysostoses
- 17. Enchondromatosis multiplex
- *18. Exostoses
- 19. Laxité articulaire congénitale
- 20. Hémihypertrophies et autres asymétries corporelles congénitales

- 21. Myositis ossificans progressiva cong.
- 22. Osteodysplasia exostotica

- 23. Osteogenesis imperfecta
- 24. Osteopetrosis

* Voir article premier, 2^e alinéa, OIC.

I. La peau

- *1. Cicatrices congénitales de la peau (à la suite d'infection intra-utérine, ou de pressions exercées par des brides des membranes de l'œuf).
2. Laxité congénitale de la peau.
- *3. Kystes congénitaux de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané. (Voir définition du kyste au n° 68.)
4. Troubles de la formation des ongles, de la peau et des dents par suite de malformation congénitale de l'ectoderme.
5. Décollement congénital de la peau en forme de bulles.
- *6. Défauts congénitaux de la peau.
7. Formation d'écaillés au niveau de la peau et augmentation de la couche cornée.
8. Stase lymphatique congénitale (éléphantiasis dû à des troubles congénitaux de la circulation lymphatique de retour).
- *9. Naevi (voir définition au n° 152) et tumeurs à cellules jaunes.
10. Tumeurs congénitales bénignes du tissu nerveux et conjonctif.
- *11. Ptérygion (doigts palmés, ptérygion du cou; le syndrome de Bonnevie-Ullrich est une maladie comportant de nombreuses anomalies de la peau et du tissu de soutien, parfois avec une malposition au niveau de l'articulation de la hanche, un vice cardiaque congénital, des adhérences au niveau des doigts, etc.).
12. Urticaire avec dépôts de pigments dans la peau.
13. Dépôts congénitaux de pigments jaunâtres dans la peau.

II. L'appareil moteur

14. Malformation congénitale des articulations et des muscles.
15. Troubles congénitaux de la croissance du cartilage.
16. Absence de soudure osseuse.
17. Tumeurs cartilagineuses multiples.
- *18. Excroissances osseuses.
19. Laxité articulaire congénitale.
20. Malformation d'une moitié du corps dont la croissance a été plus intense par rapport à l'autre et autres asymétries corporelles congénitales.
21. Ossifications musculaires progressives congénitales.
22. Malformations osseuses congénitales avec excroissances du tissu osseux (exostoses).
23. Troubles congénitaux de la formation et de la structure des os.
24. Formation d'os compact.

* Voir article premier, 2^e alinéa, OIC.

III. Malformations squelettiques délimitées

a. La tête

- 25. Crânes lacunaires et autres anomalies congénitales du crâne
- 26. Synostoses craniennes
- 27. Cranium bifidum avec encéphalocystocèle
- 28. Platybasie (impression basilaire)

b. La colonne vertébrale

- 29. Diastématomyélie
- 30. Rhachischisis avec myélocèle, myéломéningocèle et méningocèle
- 31. Spondylolyse et spondylolisthésis
- *32. Skoliosis cong.
- 33. Tératomes coccygiens
- 34. Malformations vertébrales

c. Les côtes, le thorax et les omoplates

- *35. Costae cervicales
- 36. Fissura sterni
- 37. Défauts congénitaux des côtes
- *38. Difformités du thorax et du squelette
- *39. Scapula scaphoïdes cong. (scapula alata)
- 40. Anomalie de Sprengel

d. Les extrémités

- 41. Amputations par brides amniotiques
- 42. Coxa vara et coxa valga cong.
- *43. Défauts et malformations congénitales des extrémités (talipes, etc.)
- 44. Genua vara, genua valga, crura vara cong.
- 45. Hypertrophie d'une extrémité, partielle (gigantomélie, macrodactylie)
- 46. Malformations sirénoïdes (p. ex. défauts de la région sacrée, des organes génitaux externes, du cloaque, adduction et rotation des extrémités, ankylopodie)
- 47. Synostoses radio-cubitales

III. Malformations squelettiques délimitées

a. La tête

25. Défects osseux au niveau du crâne.
26. Ossification précoce des sutures entre les os du crâne.
27. La suture longitudinale du crâne ne se ferme pas et permet la saillie de la substance cérébrale avec ses enveloppes (méninges) sous le cuir chevelu.
28. Crâne à base plate et élargie (impression basilaire).

b. La colonne vertébrale

29. Fentes longitudinales de la moelle et de la colonne vertébrale.
30. Fentes des arcs vertébraux avec protrusion de la moelle et de ses enveloppes.
31. Fentes des arcs vertébraux; glissement antérieur congénital d'une vertèbre à la suite de fentes vertébrales.
- *32. Déviation de la colonne vertébrale chez le nourrisson.
33. Tumeurs de la région du coccyx formées de différents tissus cellulaires (tumeurs mixtes).
34. Malformations vertébrales.

c. Les côtes, le thorax et les omoplates

- *35. Côtes cervicales.
36. Fissure du sternum.
37. Défauts congénitaux des côtes.
- *38. Difformités congénitales du thorax et du squelette.
- *39. Saillie de l'omoplate.
40. Malposition congénitale d'une ou des deux omoplates qui sont trop hautes.

d. Les extrémités

41. Amputation de membres par des brides des enveloppes de l'œuf (amnios).
42. Courbure anormale congénitale du col du fémur, soit du côté interne, soit du côté externe.
- *43. Défauts et malformations congénitales des extrémités ou de parties des membres (par exemple: pied bot).
44. Angulations anormales congénitales des genoux et des jambes. Jambes en O, jambes en X.
45. Croissance exagérée, totale ou partielle d'une extrémité, des doigts.
46. Jambes soudées avec malformation de la région du sacrum et du bassin, des organes génitaux (orifice commun à l'intestin et au canal génital, etc.).
47. Soudures osseuses congénitales entre le radius et le cubitus.

IV. Malformations des articulations, des muscles et des tendons

- 48. Malformations et défauts congénitaux
- 49. Dystrophia musculorum progressiva
- 50. Luxationes cong.
- 51. Dystrophies musculaires familiales
- 52. Myasthenia gravis congenita
- 53. Myotonia cong. (Thomsen, Strümpell) .
- 54. Torticollis cong.

V. La face

- 55. Anodontia partialis aut totalis, avec gêne de la mastication
- 56. Atresia choanae posterior
- 57. Cheiloschisis et autres défauts de soudure de la face (macrostomie incl.)
- 58. Cheilo-gnatho-palatoschisis
- 59. Epignathie
- 60. Glossoschisis
- *61. Macroglossie
- 62. Micrognathie (Syndrome de Pierre-Robin)
- *63. Mordex apertus gravis
- 64. Fistules du nez et des lèvres
- *65. Prognathia superior et inferior gravis
- 66. Nez en bec et fistule des lèvres
- 67. Affections congénitales des glandes salivaires et de leurs canaux excréteurs (fistules, sténoses, kystes, tumeurs, ectasies)
- 68. Kystes et tumeurs de la langue

VI. Le cou

- 69. Kystes cervicaux et goitre congénital
- 70. Fistules et fentes cervicales congénitales

VII. Les poumons

- 71. Bronchiectasies congénitales
- 72. Emphysèmes cong. lobaires
- 73. Agénésies des poumons

IV. Malformations des articulations, des muscles et des tendons

48. Malformations et défauts congénitaux.
49. Dégénérescence progressive des muscles.
50. Luxations congénitales.
51. Dégénérescences familiales (c'est-à-dire liées à la famille) des muscles.
52. Grave faiblesse musculaire congénitale.
53. Etat maladif congénital consistant en une tonicité musculaire exagérée.
54. Torticolis cong.

V. La face

55. Absence congénitale, partielle ou totale, des dents, avec gêne de la mastication.
56. Occlusion postérieure d'une ou des deux fosses nasales.
57. Fissure au niveau des lèvres et autres malformations sous forme de fissure au niveau du visage (macrostomie incluse).
58. Bec-de-lièvre et gueule-de-loup.
59. Double malformation de la mâchoire supérieure et du palais.
60. Fente congénitale de la langue.
- *61. Langue trop grosse.
62. Petite fosse anormale congénitale du maxillaire supérieur.
- *63. Forme grave de non occlusion dentaire.
64. Fistules du nez et des lèvres.
- *65. Saillie antérieure congénitale de la mâchoire supérieure et de la mâchoire inférieure.
66. Nez en bec et fistule des lèvres.
67. Affections congénitales des glandes salivaires et de leurs canaux excréteurs (fissures sécrétant du liquide, rétrécissements plus ou moins marqués, kystes — voir n° 68 —, tumeurs, dilatations).
68. Productions pathologiques cavitaires, fermées, à contenu plus ou moins solide, et autres tumeurs de la langue.

VI. Le cou

69. Kystes (voir n° 68) situés au niveau du cou et goitre congénital.
70. Fistules et fentes cervicales congénitales.

VII. Les poumons

71. Dilatations congénitales des bronches.
72. Dilatations congénitales des alvéoles pulmonaires au niveau d'un lobe.
73. Absence d'un poumon.

- 74. Kystes et tumeurs cong. du poumon
- 75. Séquestre pulmonaire
- 76. Pneumothorax congénital

VIII. Les voies respiratoires

- 77. Stenoses laryngis cong.

IX. Le médiastin

- 78. Tumeurs et kystes congénitaux du médiastin

X. L'œsophage, l'estomac et les intestins

- 79. Atrésie de l'œsophage et fistule œsophago-trachéale
- 80. Atresia recti et ani
- 81. Atresia et stenoses cong. ventriculi (aussi estomac en sablier)
- 82. Coeliakia cong.
- 83. Kystes, tumeurs et diverticules congénitaux
- 84. Anomalies de la topographie intestinale
- 85. Diverticulum ilei
- 86. Duplicatures du tractus digestif
- 87. Ewentratio diaphragmatica cong. et hernies hiatales chez l'enfant

- 88. Megacolon cong.
- 89. Sténoses congénitales de l'œsophage (méga-œsophage inclus)

- 90. Sténose pylorique

XI. Le foie et les voies biliaires

- 91. Atrésie des voies biliaires
- 92. Kyste congénital du cholédoque
- 93. Kyste du foie

74. Kystes et tumeurs cong. du poumon.
75. Séquestration d'un poumon ou d'une partie du poumon.
76. Malformation congénitale consistant en accumulation d'air dans l'espace pleural.

VIII. Les voies respiratoires

77. Sténoses (= rétrécissements) congénitales du larynx.

IX. Le médiastin

78. Tumeurs et kystes congénitaux du médiastin, c'est-à-dire des organes compris dans la cage thoracique entre les deux poumons.

X. L'œsophage, l'estomac et les intestins

79. Occlusion de l'œsophage et ouverture faisant communiquer l'œsophage avec la trachée.
80. Occlusion du rectum et de l'anus.
81. Occlusion et rétrécissements congénitaux de l'estomac (forme anormale, en sablier, de l'estomac).
82. Malformation congénitale de la muqueuse et troubles fonctionnels du gros intestin.
83. Kystes, tumeurs et culs de sac congénitaux de l'intestin.
84. Anomalies de la topographie intestinale.
85. Diverticules de l'intestin grêle.
86. Portions de l'intestin grêle repliées sur elles-mêmes.
87. Hernie congénitale au niveau du diaphragme avec protrusion des intestins dans la cage thoracique; hernie diaphragmatique dans la région où l'œsophage traverse le diaphragme (chez l'enfant).
88. Dilatation congénitale du gros intestin.
89. Rétrécissement congénital de l'œsophage (y compris la dilatation consécutive à la stase alimentaire).
90. Rétrécissement du tube digestif à la sortie de l'estomac.

XI. Le foie et les voies biliaires

91. Absence ou occlusion congénitales des voies biliaires.
92. Kyste congénital du cholédoque.
93. Kyste du foie.

XII. La paroi abdominale

- 94. Défauts congénitaux de la musculature
- 95. Hernia funiculi umbilicalis
- 96. Hernia ing. lat. (seulement après confirmation opératoire)

XIII. Le cœur, les vaisseaux et le système lymphatique

- *97. Haemangioma cavernosum
- 98. Malformations congénitales du cœur et des vaisseaux
- *99. Lymphangiomes

XIV. La rate et le sang

- 100. Anémie du nouveau-né
- 101. Anémies congénitales hypo- et aréogénératrices
- 102. Coagulopathies et thrombocytopathies congénitales
- 103. Hémophilies
- 104. Ikterus haemolyticus familiaris cong.
- 105. Morbus haemolyticus neonatorum (sphérocytaire et non sphérocytaire)

XV. Le système uro-génital

- 106. Absence de testicules
- 107. Atresia et stenosis urethrae cong.
- 108. Atresia vaginae
- 109. Diverticulum vesicae cong. (diverticule de l'urètre)
- 110. Dystopia renis
- 111. Ektopia vesicae
- 112. Fistulae recto-uro-genitales
- 113. Fistula vesico-umbilicalis cong.
- 114. Hermaphroditismus verus et pseudohermaphroditismus
- *115. Hydrocele testis et funiculi
- *116. Hydrometro-colpos et haematocolpos
- 117. Hydronephrosis cong.
- 118. Hypospadié et épispadié de l'urètre
- 119. Cryptorchidie unilatérale et bilatérale
- 120. Tumeurs et kystes congénitaux du rein

XII. La paroi abdominale

- 94. Défauts congénitaux de la musculature.
- 95. Hernie du cordon ombilical.
- 96. Hernie inguinale congénitale (seulement après confirmation opératoire).

XIII. Le cœur, les vaisseaux et le système lymphatique

- *97. Hémangiome caverneux, tumeur des vaisseaux sanguins.
- 98. Malformations congénitales du cœur et des vaisseaux.
- *99. Tumeurs des vaisseaux lymphatiques.

XIV. La rate et le sang

- 100. Anémie du nouveau-né.
- 101. Troubles congénitaux de la régénération du sang.
- 102. Troubles congénitaux affectant les plaquettes sanguines et la coagulation du sang.
- 103. Hémophilies.
- 104. Jaunisse congénitale et familiale.
- 105. Diminution de la résistance des globules rouges du nouveau-né (avec ou sans formation de cellules sphériques).

XV. Le système uro-génital

- 106. Absence de testicules.
- 107. Rétrécissement ou occlusion complète (congénitale) de l'urètre.
- 108. Occlusion du vagin.
- 109. Diverticule congénital de la vessie ou de l'urètre.
- 110. Position anormale du rein.
- 111. Extériorisation de la vessie dont la paroi antérieure manque.
- 112. Communication entre le rectum, le système urinaire et les organes sexuels.
- 113. Communication ouverte entre la vessie et l'ombilic.
- 114. Hermaphrodisme vrai et pseudo-hermaphrodisme.
- *115. Hydrocèle du testicule et du cordon spermatique.
- *116. Accumulation de liquide et de sang dans l'utérus et le vagin.
- 117. Dilatation congénitale du bassin et des calices du rein.
- 118. Ouverture anormale de la paroi inférieure ou supérieure du canal urinaire chez l'homme.
- 119. Testicule demeuré dans le canal inguinal ou dans la cavité abdominale (d'un côté ou des deux côtés).
- 120. Tumeurs et kystes congénitaux du rein.

- 121. Ren arcuatus sive concretus
- 122. Ren duplex
- 123. Stenosis colli vesicae (Marion)
- 124. Tératomes (coccygiens, ovariens et rétropéritonéaux)

- 125. Ostium urétéral béant
- 126. Sténoses et atrésies des uretères. Urétérocèle.

- 127. Vesica gigantea

XVI. Le système nerveux

a. Le cerveau

- 128. Kystes dermoïdes cong. du canal vertébral
- 129. 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

- 130. Scléroses cérébrales diffuses
- 131. Encéphalocystoméningocèle

- 132. Hydrocephalus cong.
- 133. Scléroses cérébrales tubéreuses (Bourneville)
- 134. Paralysies, athétoses et dyskinésies cérébrales congénitales

- 135. Système nerveux: maladies hérédo-dégénératives (p. ex. ataxie de Friedreich)

b. La moelle épinière

- 136. Dystrophia musculorum spinalis progressiva (Werdnig-Hoffmann)

- 137. Dystrophie et araphie (hydromyéliés, syringomyéliés)

- 138. Myatonia cong. (Oppenheim)

121. Rein en fer à cheval ou rein soudé.
122. Rein double.
123. Rétrécissement de la sortie de la vessie.
124. Tumeurs complexes, congénitales, sans rapport de structure avec les organes ou les régions où elles sont situées (coccyx, ovaires, région rétropéritonéale).
125. Orifice urétéral béant.
126. Rétrécissement et occlusion complète des uretères. Dilatation ampulaire d'un uretère.
127. Vessie géante.

XVI. Le système nerveux

a. Le cerveau

128. Kystes congénitaux du canal vertébral formés par du tissu cutané.
129. Epilepsie congénitale:
 - a. épilepsie familiale avec contractions musculaires;
 - b. épilepsie symptomatique due à des lésions congénitales du cerveau ou des os du crâne;
 - c. épilepsie symptomatique due à des lésions cérébrales et crâniennes causées par un traumatisme au moment de la naissance.
130. Induration diffuse du cerveau.
131. Protrusion (extériorisation) d'une partie du cerveau et des enveloppes cérébrales.
132. Hydrocéphalie congénitale.
133. Indurations circonscrites et arrondies du cerveau.
134. Paralysies, troubles de la coordination et des mouvements dus à une lésion nerveuse cérébrale.
135. Maladies dégénératives et héréditaires du système nerveux (par exemple ataxie de Friedreich, c'est-à-dire paralysie avec troubles de la coordination et pieds équins).

b. La moelle épinière

136. Transformation progressive congénitale des muscles due à une lésion de la moelle épinière.
137. Retard de croissance et de maturation (accumulation de liquide dans la moelle épinière et ses enveloppes, formation de cavités dans la moelle épinière).
138. Laxité musculaire congénitale.

XVII. Les organes sensoriels

a. L'œil

- 139. Amblyopia cong.
- 140. Angiomatosis cerebri et retinae (Hippel-Lindau)
- 141. Angiomatosis encephalo-trigeminalis (Sturge-Weber-Krabbe)
- 142. Buphthalmus, glaucoma cong.
- 143. Cornée: opacités et staphylomes congénitaux
- 144. Dermoïdes de l'orbite
- 145. Fibroplasia retroentalis et pseudoglioma cong.
- 146. Ichthyosis palpebrarum et corneae
- *147. Anomalies congénitales de l'iris et colobomes de l'uvée
- *148. Paupières: malformations (blépharochalasis, entropium, coloboma palpebralis, ankyloblépharon)
- *149. Troubles congénitaux du cristallin
- 150. Melanosis
- 151. Musculi oculi externi: paralysie isolée ou totale
- *152. Naevi
- *153. Neurofibromatosis
- *154. Nystagmus
- 155. Anomalies du nerf optique
- *156. Ptosis (phénomènes de Marcus-Gunn inclus)
- *157. Anomalies pupillaires congénitales
- 158. Anomalies de la réfraction, très prononcées, congénitales
- 159. Rétinoblastome
- 160. Retractio bulbi
- *161. Strabismus concomitans
- 162. Dégénérescences tapétorétiniennes (retinitis pigmentosa, atrophia gyrata, chorioideae et retinae, chorioidérémiés, amauroses tapétorétiniennes congénitales)
- *163. Voies lacrymales: malformations (sténoses congénitales du sac lacrymal, arésie des points lacrymaux)

b. L'oreille

- 164. Atresia auris cong.
- *165. Malformations du pavillon (y compris position défectueuse grave)

XVII. Les organes sensoriels

a. L'œil

- 139. Faiblesse grave de la vue.
- 140. Tumeurs formées par des vaisseaux sanguins dans la région du cerveau et de la rétine.
- 141. Formation de tumeurs vasculaires dans la région du tronc cérébral et du nerf trijumeau.
- 142. Augmentation de volume du globe oculaire, glaucome congénital.
- 143. Cornée: opacités et boursoufflures congénitales.
- 144. Tumeurs formées par des cellules cutanées et situées dans l'orbite.
- 145. Prolifération tissulaire indurée à l'intérieur de l'œil et (fausse) tumeur nerveuse.
- 146. Formation d'écaillés au niveau des paupières et de la cornée.
- *147. Anomalies de l'iris, formations congénitales de fentes dans l'iris, dans l'appareil suspenseur du cristallin et dans la choroïde.
- *148. Malformations des paupières (paupières flasques, renversement en dedans du bord de la paupière, présence anormale de fentes au niveau des paupières, soudure partielle ou totale congénitale des bords palpébraux).
- *149. Troubles congénitaux du cristallin.
- 150. Prolifération de cellules pigmentées.
- 151. Paralysie isolée ou totale des muscles moteurs de l'œil.
- *152. Différences de la peau, dont la couleur et la texture sont altérées.
- *153. Tumeurs du tissu nerveux et conjonctif.
- *154. Mouvements saccadés et rythmiques de l'œil.
- 155. Anomalies du nerf optique.
- *156. Ptose de la paupière supérieure (M.-Gunn = élévation brusque d'une paupière tombante lors des mouvements de mastication).
- *157. Anomalies pupillaires congénitales.
- 158. Troubles de la vision dus à une forme très anormale du globe oculaire.
- 159. Tumeur nerveuse de la rétine.
- 160. Rétraction du bulbe oculaire.
- *161. Strabisme non paralytique.
- 162. Dégénérescence de la couche sous-rétinienne (dégénérescence de la rétine avec inclusion de pigments; dégénérescence de la rétine et de la choroïde en cercle, cécité congénitale due à la dégénérescence de la couche sous-rétinienne).
- *163. Malformations des voies lacrymales: rétrécissements congénitaux du sac lacrymal; occlusion ou malposition des orifices de sortie des larmes.

b. L'oreille

- 164. Occlusion ou absence congénitale du conduit auditif.
- *165. Malformations du pavillon (y compris position défectueuse grave).

- 166. Persistance de fentes dans la région auriculaire et fistules de l'oreille moyenne, défauts congénitaux du tympan
- 167. Surdité et hypoacousie grave, congénitaux

XVIII. Les organes endocriniens et les maladies congénitaux du métabolisme

- 168. Syndrome adrénogénital
- 169. Syndrome d'Albright (ostéodystrophie fibreuse avec pigmentation cutanée et puberté précoce)
- 170. Alcaptonurie
- 171. Craniopharyngiome

- 172. Diabetes insipidus cong.
- 173. Dysplasie diaphysaire progressive (Camurati-Engelmann)

- 174. Syndrome de Fanconi-Debré-de Toni
- 175. Glycogénose
- 176. Hémochromatose essentielle
- 177. D g n scences hépatico-lenticulaires (Wilson-Westphal-Strümpell)
- 178. Hyperaminoaciduries primaires congénitaux
- 179. Hypercalciuries primaires
- 180. Hypo- et athyr oses
- 181. Hypocali mies familiales

- 182. Nanismes hypophysaires et autres formes de nanisme héréditaire
- 183. Idioties amaurotiques (Tay-Sachs, Vogt-Spielmeyer)
- 184. Idioties ph nylpyruviques

- 185. Cr tinisme

- 186. Lipoïdoses congénitaux
- 187. Morbus Gaucher

- 188. Morbus Niemann-Pick
- 189. Morbus Sch ller-Christian (granulome éosinophile inclus)
- 190. Mucoviscidosis (fibrose kystique du pancréas)

- 191. Myoglobulinurie paroxysmale

- 192. Neuroblastoma sympathicum (Sympathicogoniom)
- 193. Osteodystrophia fibrosa disseminata (Jaffé-Lichtenstein)

- 194. Oxalurie, oxaloses, congénitaux

166. Persistance de fentes dans la région auriculaire et fistules de l'oreille moyenne, défauts congénitaux du tympan.
167. Surdité et diminution grave de l'audition (congénitaux).

XVIII. Les organes endocriniens et les maladies congénitaux du métabolisme

168. Hyperfonction des glandes surrénales et sexuelles.
169. Troubles de la croissance osseuse avec pigmentation cutanée et puberté précoce.
170. Excrétion urinaire d'acide homogentisique.
171. Tumeurs kystiques sous la base du crâne avec troubles hormonaux hypophysaires.
172. Diabète insipide congénital.
173. Troubles de croissance progressifs au niveau de la zone de croissance des os longs à la limite du cartilage et de l'os.
174. Dégénérescence rénale avec nanisme et diabète.
175. Troubles du métabolisme du glucose sanguin.
176. Inclusion congénitale de pigments dans les tissus.
177. Dégénérescence du foie et des noyaux lenticulaires du tronc cérébral.
178. Excrétion congénitale trop abondante d'acides aminés dans l'urine.
179. Excrétion exagérée de calcium dans l'urine en tant que maladie primaire.
180. Sous-développement et absence de la glande thyroïde.
181. Diminution familiale du taux de potassium sanguin au-dessous de la normale.
182. Nanismes hypophysaires et autres formes de nanisme héréditaire.
183. Grave faiblesse d'esprit avec cécité.
184. Faiblesse d'esprit avec troubles du métabolisme des protéines et excrétion urinaire d'acide pyruvique.
185. Troubles de la croissance et du cerveau dus à une d ficiance de la glande thyroïde.
186. Troubles congénitaux du métabolisme des graisses.
187. Maladie comportant une augmentation du volume de la rate et des troubles du métabolisme de certaines formes de graisses.
188. Accumulation de produits du métabolisme des graisses dans les cellules.
189. Maladie comportant des dépôts de cholestérine dans les tissus.
190. Induration kystique du pancréas avec dilatation des bronches et maladie des sinus.
191. Excrétion urinaire de myoglobine, survenant sous forme de crises paroxystiques.
192. Tumeurs du tissu nerveux sympathique.
193. Troubles disséminés de la croissance osseuse avec prolifération de tissu conjonctif.
194. Dégénérescence congénitale des reins avec nanisme et accumulation d'oxalates dans l'urine (calculs rénaux formés d'oxalates).

195. Phaeochromocytome congénital
196. Porphyrisme congénital
197. Troubles congénitaux du métabolisme protidique
198. Puberté précoce idiopathique

199. Réticuloendothélioses (maladie de Abt-Letterer-Siwe)

200. Tétanie par hypoparathyroïdisme
201. Rachitisme résistant à la vitamine D (hypophosphatémie, hypocalcémie, etc.)
202. Intolérance congénitale au sucre (lactose, fructose, etc.)

XIX. Autres infirmités

203. Malformations multiples
 204. Maladies infectieuses congénitales (p. ex. syphilis congénitale, toxoplasmose, tuberculose, listériose)
 205. Les prématurés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 g., jusqu'au développement pondéral normal
 206. Traumatismes obstétricaux graves
-

C. Infirmités congénitales reconnues dans des cas d'espèce par

En vertu de l'article 3, 2^e alinéa, OIC, le Département fédéral de l'intérieur a reconnu comme infirmités congénitales, dans des cas d'espèce, les affections suivantes:

Mégacéphalie

Hypoglycémie spontanée idiopathique congénitale

Méthémoglobinémie congénitale par insuffisance d'enzyme

Atrésie intestinale congénitale

Syndrome de Prader-Willi

Epulis melanotica congenita

Amelogenesis imperfecta

195. Tumeurs congénitales de la surrenale.
196. Maladie congénitale affectant l'hémoglobine.
197. Troubles congénitaux du métabolisme protidique.
198. Puberté précoce due à des troubles congénitaux de la sécrétion des hormones.
199. Maladie congénitale grave du système réticulo-endothélial du nourrisson (dépôts de substances anormales du métabolisme dans les tissus).
200. Tétanie due à une hypofonction des parathyroïdes.
201. Rachitisme résistant à la vitamine D (diminution du taux du phosphore et du calcium dans le sang, etc.).
202. Intolérance congénitale au sucre (lactose, fructose, etc.).

XIX. Autres infirmités

203. Malformations multiples.
 204. Maladies infectieuses congénitales (p. ex. syphilis congénitale, toxoplasmose, tuberculose, listériose).
 205. Les prématurés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 g., jusqu'au développement pondéral normal.
 206. Traumatismes obstétricaux graves.
-

décision du Département

Les commissions AI soumettront à l'Office fédéral des assurances sociales les demandes de reconnaissance de cas analogues, en lui envoyant les dossiers complets.

La liste ci-dessous indique les infirmités actuellement reconnues de cette manière.

Autres désignations de la même malformation: Macrocéphalie, mégaloencéphalie = grosseur anormale du cerveau (par suite de dysontogénie) avec faiblesse d'esprit.

Taux du sucre sanguin trop faible sans cause connue.

Taux de la méthémoglobine dans le sang trop élevé par suite de pénurie congénitale de ferments.

Occlusion ou absence congénitales d'une partie de l'intestin.

Dysontogénie congénitale avec faiblesse d'esprit, adiposité, nanisme, glandes génitales sous-développées, atonie musculaire des nouveaux-nés, parfois aussi diabète atypique se manifestant plus tard.

Tumeur gingivale congénitale de couleur foncée.

Absence ou insuffisance congénitales de l'émail des dents permanentes.

D. A propos de la définition des infirmités congénitales

La liste ci-dessus ne comprend pas toutes les affections reconnues comme infirmités congénitales par la science. En vertu de l'article 13 LAI, le Conseil fédéral ne pouvait y admettre que les infirmités susceptibles, vu leur genre, d'entraîner une atteinte à la capacité de gain. Ainsi, par exemple, les légers défauts esthétiques qui, vraisemblablement, ne porteront pas atteinte à la capacité de gain ne sont pas reconnus comme infirmités congénitales. Il en va de même des affections peu importantes qui peuvent, il est vrai, entraîner une atteinte à la capacité de gain si elles ne sont pas traitées d'une manière appropriée, mais qu'il est possible de guérir sans trop de frais et que l'on ne saurait, par conséquent, désigner comme des infirmités à proprement parler.

Les affections, telles que la débilité mentale, qui ne peuvent être efficacement traitées par des mesures médicales, en l'état actuel des connaissances scientifiques, ne sont pas reconnues comme infirmités congénitales au sens de l'AI. Les assurés qui en sont atteints reçoivent de l'AI, le cas échéant, des prestations d'un genre différent (formation scolaire spéciale, mesures de réadaptation professionnelle, plus tard éventuellement une rente). Le fait qu'une infirmité peut être reconnue ou non comme congénitale au sens de l'OIC n'est déterminant que pour la question de l'octroi de mesures médicales.

Les infirmités congénitales peu répandues en Suisse ne figurent pas dans la liste. Pour parer néanmoins à toute éventualité, le Département fédéral de l'intérieur est autorisé, selon l'article 3 OIC, à assimiler dans ces cas concrets aux infirmités figurant dans la liste les affections qui n'y figurent pas, mais dont la nature congénitale est évidente (cf. chapitre C).

Il existe enfin un certain nombre d'infirmités congénitales bénignes dans la plupart des cas, mais pouvant revêtir une forme grave et influencer alors considérablement la capacité de gain. Pour en tenir compte, le Conseil fédéral les a admises également dans la liste, mais avec une restriction: Les mesures médicales ne seront pas prises en charge dans les cas où l'infirmité n'aura manifestement pas d'influence sur la capacité de gain (art. 1^{er}, 2^e al., OIC.). Les infirmités subordonnées à cette condition sont désignées dans la liste par un astérisque (*). En présence d'une infirmité de cet ordre, on examinera donc dans chaque cas si elle laisse prévoir une atteinte à la capacité de gain.

L'article premier, 1^{er} alinéa, OIC montre qu'il faut entendre par infirmités congénitales celles qui existent à la naissance accomplie de l'enfant. Les atteintes à la santé qui surgissent lors de l'accouchement sont ainsi comprises dans cette définition. Toutefois, les infirmités congénitales ne peuvent pas toujours être décelées dès la naissance (c'est le cas, par exemple, de l'hypoacousie); elles seront néanmoins reconnues comme telles même si cette constatation n'a pu être faite que plus tard. En revanche, les prédispositions à une maladie ne sont pas réputées infirmités congénitales, si des influences étrangères à ces prédispositions provoquent cette maladie après la naissance.

Ont également droit, en principe, à la prise en charge du traitement d'une infirmité congénitale les *mineurs inaptes à recevoir une instruction*, si ce trai-

tement est susceptible d'améliorer leur état de santé. S'il s'agit d'une infirmité figurant dans la liste avec un astérisque, il y a lieu de considérer sa gravité et les chances de succès du traitement.

E. Le traitement des infirmités congénitales chez les adultes

Selon l'article 85, 2^e alinéa, LAI, les assurés majeurs ont droit, pendant les cinq premières années à compter de l'entrée en vigueur de la LAI (c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre 1964), aux prestations prévues à l'article 13 LAI, si l'infirmité congénitale peut être supprimée ou durablement atténuée par des mesures médicales de courte durée. La liste des infirmités congénitales est déterminante. En ce qui concerne les affections désignées par un astérisque (*), il y a lieu d'observer ce qui suit:

Alors que, pour les assurés mineurs, on en est réduit à de simples présomptions au sujet d'éventuelles répercussions sur la capacité de gain, on peut, chez les adultes, tenir compte des conditions effectives. Les adultes qui se fondent sur l'article 85, 2^e alinéa, LAI, pour requérir des prestations auront donc à prouver non seulement qu'il s'agit d'une infirmité congénitale figurant dans la liste et pouvant être supprimée ou durablement atténuée par des mesures médicales de courte durée, mais encore, dans le cas d'une affection désignée par un astérisque (*), que l'*infirmité congénitale entrave effectivement leur capacité de gain*.

Le but de cette disposition est d'accorder aux assurés qui étaient déjà majeurs au moment de l'entrée en vigueur de la LAI, à certaines conditions, les prestations qui leur auraient été allouées comme mineurs, si cette loi avait déjà été en vigueur alors. C'est pourquoi l'AI ne reconnaît que les infirmités *qui exigent un traitement, au sens de l'article 13 LAI, déjà avant la majorité de l'assuré* (RCC 1961, p. 290).

F. La demande de prestations AI pour des infirmités congénitales

Ce sont, en général, des médecins ou des membres du personnel paramédical qui constatent, les premiers, l'existence d'une infirmité congénitale. En examinant si le cas peut être reconnu par l'AI en vertu de l'OIC, en informant l'assuré ou ses parents des prestations dues éventuellement par cette assurance, ils rendent à ceux-ci le plus grand service. En revanche, il faut renoncer à signaler un cas à l'AI ou à conseiller une telle démarche, si l'on constate d'emblée que l'affection n'est pas une infirmité congénitale au sens de l'OIC; à moins, toutefois, qu'il ne s'agisse d'une mesure médicale dont le but n'est pas le traitement de l'affection comme telle, mais qui vise directement la réadaptation professionnelle et l'amélioration de la capacité de gain.

Le patient déposera sa demande auprès du secrétariat de la commission AI de son canton de domicile; il y trouvera les formules nécessaires, qu'il pourra

d'ailleurs aussi se procurer auprès de la caisse de compensation ou d'une de ses agences. Ayant reçu la demande, le secrétariat fait établir, en général, un bref rapport par le médecin traitant; il est recommandé à celui-ci d'indiquer, dans son diagnostic, le numéro de l'infirmité d'après la liste de l'OIC.

C'est la commission AI qui détermine si l'affection en cause peut être considérée comme infirmité congénitale au sens de l'AI. Elle transmet son prononcé à la caisse de compensation, qui le notifie à l'assuré sous forme de décision sujette à recours. Si l'assuré est majeur ou que l'infirmité est désignée dans la liste par un astérisque (*), il y a lieu de procéder éventuellement à un supplément d'enquête. Dans certains cas, la commission AI demandera à un spécialiste une expertise médicale aux frais de l'assurance.

On ne peut pas toujours attendre, pour appliquer des mesures médicales, une décision de l'AI établissant le droit du patient à des prestations. S'il existe des motifs valables d'exécuter ces mesures avant le prononcé de la commission AI, l'assurance assumera néanmoins les frais, à condition que la demande de prestations soit remise au secrétariat de la commission AI dans les six mois à compter du début de l'application des mesures. C'est pourquoi il est très important de déterminer, le plus tôt possible, si le patient est atteint d'une infirmité congénitale au sens de l'AI, afin qu'une demande puisse être présentée dans le délai utile.

Problèmes d'application de l'AVS

Cotisations dues sur des gains versés aux membres des commissions d'estimation instituées lors de la construction d'autoroutes

Aujourd'hui, la construction des autoroutes oblige souvent à effectuer des réunions parcellaires. Ces réunions sont généralement exécutées par des communautés de propriétaires (voir l'art. 703 CCS). Certains cantons allouent à ces communautés des contributions aux frais causés par la construction d'une autoroute. Ces frais comprennent également les gains (indemnités journalières et remboursement de frais) alloués aux membres des commissions d'estimation pour le travail que ceux-ci doivent effectuer en vue de l'estimation des parcelles touchées par l'établissement de l'autoroute.

Là où le canton prévoit que la commission d'estimation est un organe légalement institué de la communauté des propriétaires, les membres de la commission sont des personnes régies par le droit public et doivent être traités comme telles dans l'AVS. Les indemnités journalières qu'elles touchent font donc partie du salaire déterminant (voir nos 111 et 115 de la circulaire sur le salaire déterminant).

La communauté de propriétaires doit être considérée comme employeur, même pour les salaires rétrocedés par le canton (voir n° 36 de la circulaire sur le salaire déterminant). Le canton n'est, par rapport aux intéressés, qu'un tiers non partie à l'engagement.

Quant à l'obligation du canton de rétroceder à la communauté non seulement les salaires, mais encore les cotisations d'employeur, c'est là un point dont la solution ne ressortit pas à l'AVS, mais aux rapports établis entre la communauté et le canton.

BIBLIOGRAPHIE

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (bec-de-lièvre et gueule de loup.) Conseils aux parents dont les enfants naissent avec ces infirmités congénitales. « Pro Infirmis », fasc. 1, juillet 1963, p. 1-19, illustré. En vente comme tirage à part chez Pro Infirmis, Case postale Zurich 32. (En allemand seulement.)

PETITES INFORMATIONS

Fonds de compensation de l'AVS

Le Conseil d'administration du Fonds de compensation de l'AVS a effectué, au cours du deuxième trimestre de 1963, des placements pour une somme de 84,5 millions de francs (178,5 millions au premier trimestre de 1963), dont 22,1 (10,6) millions sont des remplois de capitaux.

La totalité des capitaux du Fonds de compensation placés au 30 juin 1963 se monte à 6446,2 millions de francs (6381,9 à fin mars 1963), se répartissant entre les catégories suivantes d'emprunteurs, en millions de francs : Confédération 433,4 (452,7), cantons 1045,9 (1033,1), communes 848,7 (841,8), centrales des lettres de gage 1791,8 (1791,8), banques cantonales 1219,2 (1199,2), institutions de droit public 23,7 (23,8) et entreprises semi-publiques 1083,5 (1039,5).

Le rendement moyen des capitaux placés au 30 juin 1963 est de 3,30 pour cent, contre 3,29 pour cent à la fin du premier trimestre.

- Allocations familiales dans le canton de Neuchâtel** Le 18 juin 1963, le Grand Conseil a adopté un projet de loi modifiant celle sur les allocations familiales. Les nouvelles dispositions entrèrent en vigueur le 1^{er} août 1963; elles prévoyaient pour l'essentiel les innovations suivantes:
- Allocations pour enfants Le montant de l'allocation pour enfant est augmenté de 25 à 30 francs par mois. La limite d'âge est fixée à 18 ans comme jusqu'ici. Elle est reportée à 20 ans lorsque l'enfant est dans l'impossibilité d'exercer une activité lucrative pour cause de maladie, d'accident ou d'infirmité.
- Allocation de formation professionnelle Les enfants dont les parents sont domiciliés dans le canton et qui poursuivent un apprentissage ou des études donnent droit à une allocation de formation professionnelle de 50 francs par mois. L'allocation est due dès la fin de la scolarité obligatoire et, en principe, jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. Toutefois, lorsque sont en cours un apprentissage ou des études dont l'aboutissement intervient dans l'année civile où sont atteints les vingt ans, l'allocation est versée jusqu'à la fin du mois durant lequel se termine la formation.
- Allocations familiales dans le canton de Genève** Le règlement d'exécution de la loi sur les allocations familiales en faveur des salariés, du 17 juin 1944, a été remplacé par un nouveau règlement d'exécution du 11 juin 1963, entré en vigueur le 16 juin 1963.
- Répertoire d'adresses AVS/AI/APG** Page 10, caisse 37, Centrales d'électricité. Nouvelle adresse : Feldeggstrasse 49, Zurich 8. Case postale Zurich 34. Nouveau numéro de téléphone : (051) 47 40 90.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 26 janvier 1963, en la cause A. B.

Articles 64 LAVS et 117, 2^e alinéa, RAVS. Caisse de compensation compétente en raison du lieu. (Considérant 1.)

Article 84 LAVS. L'exception du défaut de retour à meilleure fortune (art. 265, 3^e al., LP) doit être soulevée devant le juge de la poursuite et non pas devant la juridiction AVS/AI/APG. (Considérant 2.)

Articles 12, 1^{er} alinéa, 14, 1^{er} alinéa, et 51, 3^e alinéa, LAVS. Pour les salaires dont elle est redevable, c'est la masse en faillite elle-même qui est considérée comme employeur. Dès que la liquidation de la faillite est terminée, les cotisations qui auraient dû être retenues sur de tels salaires doivent être réclamées directement au salarié. (Considérant 3.)

Articoli 64 LAVS e 117, capoverso 2, OAVS. Cassa di compensazione locale competente. (Considerando 1.)

Articolo 84 LAVS. L'eccezione di non aver acquistato nuovi beni deve essere sollevata davanti al giudice della procedura esecutiva e non davanti alle autorità di ricorso dell'AVS/AI/IPG. (Considerando 2.)

Articoli 12, capoverso 1, 14, capoverso 1, e 51, capoverso 3, LAVS. La massa fallimentare è considerata datrice di lavoro per i salari appartenenti ai debiti della massa. Avvenuta la chiusura del fallimento, i contributi che avrebbero dovuto essere dedotti da tali salari, devono essere pretesi direttamente dal salariato. (Considerando 3.)

La caisse de compensation du canton de X décida que l'appelant, domicilié dans le canton de Y, devait payer des cotisations paritaires arriérées sur des salaires versés par lui de janvier 1957 à août 1958 à son concierge établi dans le canton de X. L'employeur forma recours. Cette créance n'aurait été produite ni dans la procédure de sursis concordataire dont il avait été l'objet au second semestre de 1957, ni dans la faillite prononcée contre lui en 1958. Depuis lors, il n'était plus revenu à meilleure fortune.

L'autorité juridictionnelle du canton de X a rejeté le recours. L'employeur ne conteste pas avoir versé un salaire au concierge; la réclamation de cotisations arriérées est donc justifiée quant au fond. Il incombe au juge de la poursuite et non pas au juge AVS de dire si cette créance peut encore être recouvrée.

L'employeur a interjeté appel de ce prononcé. Le TFA a admis l'appel dans le sens des considérants ci-après et a renvoyé le dossier à la caisse de compensation du canton de X.

1. D'après le registre du commerce, l'appelant avait exploité son entreprise dans le canton de Y. La procédure de faillite a été exécutée dans ce canton, où l'appelant est domicilié comme auparavant. On peut dès lors se demander si ce n'est pas la caisse de compensation du canton de Y. qui doit réclamer les cotisations arriérées pour le temps où l'appelant était exploitant sur le territoire de ce canton et pour celui où la faillite était en cours (art. 64, 2^e al., LAVS en liaison avec l'art. 117, 2^e et 4^e al., RAVS). C'est avant tout la caisse de compensation du canton de X qui devra s'occuper de ce problème de compétence en raison du lieu.

2. Au sujet du salaire versé en 1957, l'autorité juridictionnelle de première instance fait observer avec raison que le recourant devra soulever l'exception de défaut de retour à meilleure fortune devant le juge de la poursuite (cf. l'arrêt du 24 janvier 1958 en la cause S. S. A., ATFA 1958, p. 42, = RCC 1958, p. 176).

S'il est bien exact que l'appelant a versé 1280 francs de salaires en 1957, la décision de cotisations arriérées peut être confirmée dans la mesure où elle concerne l'année 1957. Toutefois, le concierge a touché, selon le rapport de l'office des faillites, un salaire de 920 francs pour la période allant du 1^{er} mai au 31 décembre 1957. Il est possible que la caisse ait, par erreur, attribué ce montant partiel à l'année 1957, alors que la somme aura en réalité été versée en 1958 et sera dès lors devenue une dette de la masse (voir considérant 3 ci-après). Il appartient à la caisse de compensation compétente de vérifier ce qu'il en est à cet égard et de diminuer le cas échéant, sa réclamation de cotisations arriérées pour 1957.

3. Le salaire payé en 1958 a été considéré par l'administration de la faillite comme une dette de la masse. Dès lors, comme l'OFAS le fait observer avec raison, c'est, durant cette année, non pas l'appelant, mais la masse en faillite — représentée par l'administration de la faillite — qui aurait dû être regardée comme employeur du concierge (art. 12 et 14, 1^{er} al., LAVS, en liaison avec l'art. 262 LP; Jaeger, Commentaire, 3^e édition, ad art. 262 LP, note 3, et tome complémentaire IV, p. 113; ATFA 1950, p. 211 = RCC 1951, p. 70). Dès lors, c'est à tort que la caisse de compensation a, pour l'année 1958, réclamé les cotisations paritaires arriérées à l'appelant. Comme l'indique le rapport de l'office des faillites, l'hypothèse du premier juge, qui a cru que l'appelant avait lui-même payé la totalité des salaires de 2238 francs à son concierge, est apparue comme inexacte.

La caisse de compensation compétente pourrait tenter de rechercher l'office des faillites en paiement de la part patronale (2 pour cent) des cotisations non versées (voir à ce sujet Jaeger, loc. cit., note 3, in fine). La présente affaire justifie en revanche une exception à la règle selon laquelle la part salariée des cotisations (2 pour cent du salaire) doit également être réclamée à l'ancien employeur (cf. arrêts du 13 juillet 1956 en la cause B., ATFA 1956, p. 179 = RCC 1957, p. 411, et du 14 juillet 1956 en la cause M. B., ATFA 1956, p. 186 = RCC 1957, p. 407). La caisse de compensation doit par conséquent, pour 1958, réclamer les cotisations arriérées qui auraient dû être retenues sur le salaire en s'adressant directement au salarié.

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 29 avril 1963, en la cause L. B.

Articles 10, 1^{er} alinéa, et 30, 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 de l'AVS, n'a plus droit aux mesures de réadaptation de l'AI.

Articoli 10, capoverso 1, e 30, capoverso 1, LAI. La donna sposata d'età superiore ai 60 anni che è al beneficio di una rendita di vecchiaia per coniugi dell'AVS, non ha più diritto a provvedimenti d'integrazione dell'AI.

L'assurée, née le 15 juillet 1900, participe, depuis le 1^{er} août 1960, à la rente de vieillesse pour couple que reçoit son mari né en 1890. Avant le 1^{er} août 1960, le mari ne recevait qu'une rente de vieillesse simple. Dans un accident survenu le 25 octobre 1961, l'assurée subit une fracture comminutive de la sixième vertèbre dorsale avec écrasement complet de la moelle épinière, ce qui entraîna la paralysie des jambes, de la paroi abdominale, du rectum et de la vessie. En mai 1962, l'assurée s'annonça à l'AI et demanda des mesures de réadaptation (mesures médicales et moyens auxiliaires). Par décision du 18 juillet 1962, la caisse de compensation l'informa qu'étant au bénéfice d'une rente de vieillesse pour couple, elle ne pouvait prétendre des prestations de l'AI.

Le recours présenté contre cette décision fut rejeté par la commission cantonale de recours.

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

Selon les articles 10, 1^{er} alinéa et 30, 1^{er} alinéa, LAI, un assuré n'a plus droit ni aux mesures de réadaptation, ni à une rente de l'AI dès qu'il peut prétendre une rente de vieillesse de l'AVS. De ces dispositions légales et des travaux préparatoires de l'AI, le TFA a conclu que le bénéficiaire d'une rente de vieillesse de l'AVS n'a plus droit aux prestations de l'AI, sous réserve des dispositions de la LAI dérogeant à ce principe général et selon lesquelles les bénéficiaires de rentes complémentaires et d'allocations pour impotents conservent leur droit à ces prestations après la naissance du droit à la rente de vieillesse de l'AVS, dans la mesure où ce droit existait déjà avant l'âge de l'AVS (ATFA 1960, p. 340 et 346, RCC 1961, p. 40 et 42).

Il ressort de l'arrêt R. B. (ATFA 1961, p. 53 = RCC 1961, p. 294) qu'une femme mariée peut prétendre des rentes complémentaires de l'AI pour ses enfants si sa participation à une rente de vieillesse pour couple est due *uniquement à son invalidité*. Cette disposition, conformément à l'article 22, 1^{er} alinéa, LAVS, concerne les femmes mariées devenues invalides, pour la moitié au moins, avant leur 60^e année et dont le mari a plus de 65 ans. En revanche, si une femme mariée a atteint sa 60^e année, elle participe, conformément à l'article 22, 1^{er} alinéa, LAVS, *en vertu de son âge*, à une rente de vieillesse pour couple, ce qui exclut l'octroi de rentes complémentaires de l'AI. Comme à ce moment-là le droit à une rente et aux mesures de réadaptation de l'AI s'éteint, conformément aux articles 10, 1^{er} alinéa, et 30, 1^{er} alinéa, LAI, une femme mariée âgée de plus de 60 ans, qui participe à une rente de vieillesse pour couple, n'a, selon les considérants de l'arrêt du 15 janvier 1963, en la cause M. M. (RCC 1963,

p. 158), également plus droit aux mesures de réadaptation (question qui n'a pas été tranchée dans l'arrêt R. B. mentionné ci-dessus).

Dans le cas présent, l'assurée, qui a eu 60 ans le 15 juillet 1960, participe à une rente de vieillesse pour couple depuis le 1^{er} août 1960. Dans ces conditions, il est exclu de lui accorder les mesures de réadaptation demandées à cause des suites de son accident. L'appel est donc rejeté.

Arrêt du TFA, du 15 mars 1963, en la cause M. H.

Article 13 LAI. Pour admettre l'existence d'une infirmité congénitale, il suffit, du point de vue de l'administration des preuves, que l'on se trouve selon toute vraisemblance, de l'avis du spécialiste, en présence d'une infirmité figurant dans l'OIC. (Considérant 1.)

Article 14 LAI. Lorsqu'un mineur inapte à recevoir une instruction a droit à des mesures médicales pour le traitement d'une infirmité congénitale, l'article 14, 2^e alinéa, LAI est applicable pour la période où il est soigné dans un établissement et l'article 13 RAI quand il l'est à la maison. (Considérant 3.)

Articolo 13 LAI. Per ammettere l'esistenza di un'infirmità congenita è sufficiente, dal punto di vista probatorio, che secondo il parere del medico specialista sussista un'infirmità figurante nell'OIC. (Considerando 1.)

Articolo 14 LAI. Se un minore inetto a ricevere un'istruzione ha diritto a provvedimenti sanitari per la cura di un'infirmità congenita, è applicabile l'articolo 14, capoverso 2, LAI per il periodo in cui il minorenne è curato in uno stabilimento e l'articolo 13 OAI se la cura è eseguita a casa. (Considerando 3.)

Le 2 février 1960, le père d'une jeune fille âgée de 15 ans écrit à la commission AI que sa fille souffrait de crises épileptiques depuis sa première année. Elle avait été hospitalisée en 1947 dans une clinique infantile, et en dernier lieu en 1959, pour quatre mois, dans une clinique psychiatrique. A l'époque où il écrivait, elle était à la maison et recevait chaque jour des médicaments. Le père demandait l'octroi de mesures médicales et d'une contribution aux frais des soins, vu que la jeune fille était inapte à recevoir une instruction.

A la demande de la commission AI, le médecin de famille certifia que l'assurée était atteinte, dès sa deuxième année, d'épilepsie essentielle très prononcée, qu'elle avait besoin par conséquent d'un contrôle médical permanent et qu'elle était idiote. Au début d'août 1961, le père annonça à la commission que l'assurée séjournait dans l'établissement suisse pour épileptiques. Le 15 août, Pro Infirmis écrivit que, dans la clinique infantile, on avait présumé à l'époque la présence d'une « malformation congénitale de cellules du cerveau ».

Par la suite, la caisse de compensation décida que, conformément à l'article 13 RAI, l'AI allouait, dès le 1^{er} janvier 1960 et jusqu'à la majorité de la patiente, une contribution journalière de 2 francs aux frais occasionnés par les soins à domicile et une de 3 francs aux frais des soins donnés à l'établissement. Dans son recours, le père déclara que l'AI devait non seulement verser une contribution journalière pendant le séjour dans cet établissement, mais assumer « tous les frais de traitement », vu qu'il s'agissait d'une infirmité congénitale et que l'article 13 LAI était applicable. Pro Infirmis ajouta que l'accouchement avait été difficile et que les parents avaient été

frappés, peu de mois plus tard, par les clignotements d'yeux de l'enfant. La commission cantonale de recours rejeta le recours, étant d'avis qu'une infirmité congénitale n'était, en l'espèce, ni certaine, ni fort probable.

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

1. L'autorité de première instance pousse à l'excès les conditions portant sur l'administration des preuves, quand elle déclare que l'article 13 LAI est applicable seulement au cas où la présence d'une infirmité congénitale est certaine ou, pour le moins, vraisemblable au point de toucher à la certitude. Lorsqu'une loi en matière d'assurances sociales n'exige pas expressément un état de faits constaté médicalement (cf. par exemple art. 5, 1^{er} al., LAM en corrélation avec ATFA 1957, p. 13, cons. 2 et 1958, p. 6 en haut), le juge doit se contenter, du point de vue étiologique, de ce qui est *vraisemblable* de l'avis du spécialiste. Le TFA renvoie à ses arrêts en les causes H., du 9 février 1943, cons. 1 (ATFA 1943, p. 14), M., du 15 janvier 1945, cons. 1 (ATFA 1945, p. 29), et N., du 14 janvier 1947, cons. a (ATFA 1947, p. 5).

2. Il ressort d'une expertise médicale que la science n'est pas encore parvenue à tracer une limite précise entre une épilepsie due à des affections congénitales du cerveau ou des os du crâne (art. 2, chiffre 129, lettres b, OIC) et une épilepsie provoquée par un traumatisme obstétrical (ibidem, lettre c). Même des observations cliniques précises n'ont pas permis de délimiter sans équivoque ces deux sortes d'épilepsie. Sont importantes, du point de vue étiologique, l'anamnèse et d'éventuelles malformations corporelles. Si l'on conclut — forcément par voie empirique — à une infirmité congénitale chaque fois qu'une épilepsie s'est manifestée chez un assuré avant sa quatrième année, on est très vraisemblablement en présence, dans la plupart des cas, de réelles infirmités congénitales.

A la lumière de cet avis d'un spécialiste, on peut admettre avec *vraisemblance*, d'après le rapport reçu de la clinique infantile, que l'appelante souffre d'une infirmité congénitale au sens du chiffre 129, lettre c, de la liste de l'OIC. Les faits suivants, ainsi que le médecin en chef l'explique clairement, corroborent cette opinion. La durée de l'accouchement a été anormalement longue (après une grossesse normale); l'enfant a souffert d'asphyxie blanche à la naissance et de spasmes épileptiques en flexion pour la première fois à l'âge de huit mois; en avril 1947, elle présentait un « net retard mental et statural », ainsi qu'une série de malformations congénitales (palais ogival, syndactylie des 4^e et 5^e orteils, épicanthus, langue géographique).

L'OFAS remarque pertinemment que le rapport du médecin de famille d'avril 1960, selon lequel l'affection est une épilepsie essentielle et n'existe que depuis la deuxième année, ne peut pas infirmer l'appréciation susmentionnée du médecin de la clinique. (Le père avait d'ailleurs déjà écrit dans la demande de prestations du 2 février 1960 que l'assurée souffrait dès sa première année de crises épileptiques, et Pro Infirmis avait informé la commission AI le 6 janvier 1962 que le médecin de famille avait rétracté « récemment » son diagnostic portant sur l'épilepsie essentielle.)

3. De tout cela, il ressort que l'AI doit octroyer, dès janvier 1960, les *mesures médicales* nécessaires au traitement de l'épilepsie (art. 13, 14, 1^{er} al. et 85, 1^{er} al., LAI en corrélation avec l'article premier, 3^e al., OIC). Pour les périodes d'hospitalisation de l'assurée, l'article 14, 2^e alinéa, LAI est applicable; l'assurée a droit, lorsqu'elle est soignée à domicile, à une contribution journalière de 2 francs, qui lui a été accordée par la décision de la caisse compétente, du 23 décembre 1961 (art. 13, 2^e al., LAI).

L'AI doit ces prestations à la jeune fille tant qu'elle est *mineure*. Pour la suite, l'assurée devra, selon toute vraisemblance, prétendre une rente d'invalidité (art. 28, 1^{er} al., 29, 2^e al., et 46 LAI).

Arrêt du TFA, du 1^{er} mai 1963, en la cause L. R.

Article 14 LAI. L'AI ne prend en charge les frais de logement et de repas que si l'état de l'assuré exige, pendant l'exécution des mesures médicales proprement dites, des soins identiques à ceux qu'un patient reçoit normalement dans un établissement hospitalier ou de cure.

Articolo 14 LAI. L'AI assume le spese di vitto e alloggio soltanto se lo stato dell'assicurato esige, durante l'esecuzione dei provvedimenti sanitari veri e propri, delle cure identiche a quelle che normalmente riceve un paziente in un istituto ospedaliero o di cura.

L'assurée, née en 1943, fut opérée dans un hôpital en mai 1960 pour troubles de croissance à la jambe droite (arthrodèse de la cheville et de l'articulation de Chopart). Au cours du même mois encore, elle alla loger chez son beau-frère, le D^r Z., chez qui elle resta jusqu'en octobre 1960. Comme elle ne pouvait pas marcher, elle devait recevoir les soins au lit. Du 4 janvier au 10 février 1961, sur prescription du D^r Z., un traitement physiothérapeutique lui fut appliqué chez un autre médecin, le D^r Y., domicilié dans une ville éloignée. Pendant cette période, l'assurée a logé chez des particuliers. La caisse de compensation l'informa, en date du 1^{er} février 1961, que l'AI prenait à sa charge les frais de l'arthrodèse, du séjour à l'hôpital et des examens de contrôle ultérieurs, de même que les supports plantaires. Le recours interjeté contre cette décision fut rejeté par la commission cantonale de recours. Ce jugement ne fut pas attaqué et passa en force.

Dans une décision ultérieure, la caisse de compensation informa l'assurée que l'AI prenait en charge d'autres mesures (notamment une opération du gros orteil droit, le traitement post-opératoire de la première opération de mai 1960, le traitement physiothérapeutique appliqué depuis le mois d'août 1961 et le traitement appliqué par le D^r Y.). Par contre, la commission AI refusa de payer les factures suivantes: la facture du D^r Z. de 1112 francs pour soins, repas et logement de mai à octobre 1960, la facture des logeurs de 328 francs pour chambre et pension et une facture du père de l'assurée de 516 francs pour soins et pension.

L'assurée forma de nouveau recours contre cette décision. La commission de recours admit partiellement le recours en ordonnant à l'AI de payer la facture du D^r Z. de 1112 francs.

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

1. Selon l'article 14, 1^{er} alinéa, lettre a, LAI, les mesures médicales comprennent le traitement appliqué dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical. Si le traitement médical est appliqué dans un hôpital ou dans une maison de cure, l'assuré a droit en outre à la pension (Unterkunft und Verpflegung) en division commune (art. 14, 2^e alinéa, LAI). L'AI peut aussi prendre en charge, tout ou partie, les frais supplémentaires occasionnés par le traitement à domicile (art. 14, 3^e alinéa, LAI).

Selon cette disposition, l'AI ne prend à sa charge les frais de pension que si, vu son état, l'assuré doit, pendant la durée du traitement médical, recevoir des soins dans un établissement ou à son domicile. Ces soins doivent être analogues à ceux que l'on applique ordinairement dans un établissement hospitalier ou dans une maison de cure. Si l'assuré est en mesure de suivre un traitement ambulatoire, il ne peut prétendre des subventions de l'AI pour frais de pension, car les soins, tels qu'ils sont normalement donnés dans un établissement hospitalier, ne sont plus nécessaires dans ce cas.

2. En l'espèce, il est incontestable que les mesures médicales appliquées depuis mai 1960 (y compris la physiothérapie) constituent des mesures médicales de réadaptation. Il reste simplement à examiner si l'AI doit prendre à sa charge les factures concernant le logement et les repas de l'assurée. Le logeur a établi une facture pour le logement et les repas pendant l'application d'un traitement physiothérapeutique ambulatoire. Comme, à ce moment-là, l'état de l'assurée ne nécessitait plus de soins tels qu'ils sont normalement donnés dans un établissement hospitalier, cette facture, selon ce qui précède, n'est pas à la charge de l'AI. Il en va de même de la facture du père de l'assurée pour logement et repas. Dans son rapport du 4 janvier 1962, le D^r Z. dit que l'assurée pouvait se déplacer avec des cannes en ville et à la maison et qu'elle était également capable de se rendre chez le médecin. Du reste, l'assurée n'a eu des frais supplémentaires en ville que parce que le traitement physiothérapeutique ambulatoire était appliqué dans un endroit éloigné de son domicile. On peut admettre que le même traitement aurait pu être appliqué dans un endroit moins éloigné, voire au lieu de domicile, où se trouve un hôpital de district.

Quant aux frais de logement et de repas chez le D^r Z., le tribunal de première instance les a, avec raison, mis à la charge de l'AI. A ce moment-là, l'assurée nécessitait des soins tels qu'ils sont donnés dans un établissement hospitalier, et ces soins faisaient nécessairement partie du traitement post-opératoire reconnu comme mesure médicale de réadaptation.

3. ...

Arrêt du TFA, du 13 mars 1963, en la cause D. A.

Articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 15, 2^e alinéa, RAI. Pour avoir droit à un véhicule à moteur, l'assuré doit habiter dans la localité où il travaille ou dans les environs. (Considérant 2.)

Un assuré muni d'une prothèse de la cuisse convenablement adaptée peut, en règle générale, utiliser les moyens de transport publics et parcourir à pied environ 300 mètres jusqu'à son lieu de travail, si sa marche n'est pas gênée d'une manière durable par d'autres circonstances (complications du moignon, affections de l'autre jambe). (Considérant 3.)

Articoli 21, capoverso 1, LAI e 15, capoverso 2, OAI. Per avere diritto alla consegna di un veicolo a motore, l'assicurato deve abitare nella regione o nei dintorni del luogo di lavoro. (Considerando 2.)

Un assicurato con una protesi del femore ben adattata può, di regola, utilizzare i mezzi pubblici di trasporto e percorrere a piedi circa 300 metri fino al suo posto di lavoro, in quanto la sua possibilità di deambulazione non sia durevolmente impedita da altre cause (complicazioni del moncone, affezioni dell'altra gamba). (Considerando 3.)

En décembre 1948, l'assuré, né en 1926, a été victime d'un accident professionnel et grièvement blessé aux deux jambes. Sa jambe droite dut être amputée au-dessus du genou et, depuis lors, il porte une prothèse. A gauche, on constata une fracture des deux os de la jambe et un écrasement du pied. Plus tard, son pied gauche lui causa d'autres ennuis et l'obligea à subir deux interventions chirurgicales, l'une en 1951, pour l'amputation du quatrième orteil, l'autre en 1959, pour l'extirpation d'un ongle incarné du gros orteil. En été 1962, l'assuré se rendit à la Policlinique chirurgicale, où l'on

constata des lésions cutanées de la région inguino-scrotale droite, provoquées par l'irritation de la prothèse, et des cicatrices d'anciennes infections cutanées de toute la région. Ces lésions, caractérisées par des abcès, furent soignées et guéries, mais des récives se produisirent tôt après. Depuis 1949, l'assuré est au bénéfice d'une rente de la CNA de 221 fr. 45 par mois, correspondant à une invalidité de 70 pour cent.

Après son accident, l'assuré travailla dans l'industrie et, en mars 1958, il entra comme ouvrier-mécanicien au service d'une fabrique à R., dans la banlieue d'un chef-lieu de canton. Il y est encore et, avec un salaire horaire de 4 fr. 10, il accomplit le travail normal d'un ouvrier faisant 45 heures par semaine. En 1960, l'assuré fit la connaissance de sa femme actuelle, qu'il épousa le 10 octobre 1961, en allant habiter avec elle un logement qu'il avait trouvé au chef-lieu. Sa femme échangea en juin 1960 sa voiture contre une voiture d'occasion, que l'assuré put dès lors utiliser pour se rendre à son travail. Cette voiture devant être aujourd'hui remplacée, l'assuré a demandé à l'AI de lui en procurer une autre, à titre de moyen auxiliaire au sens de l'article 21 LAI. Avant de statuer sur cette demande, la commission AI a demandé des informations à l'office régional AI. Celui-ci a déposé un rapport qui contient les constatations et conclusions suivantes. L'assuré est fonctionnellement à même d'utiliser les transports publics pour se rendre à son travail. Il peut prendre le matin à 6 h. 20 un trolleybus qui passe près de son domicile et arriver à 6 h. 52 à R.; là, il a encore 300 mètres à faire à pied pour atteindre l'usine où il travaille. La solution n'est pas de lui accorder une automobile, mais de lui conseiller de déménager à R. « ce qui résoudra du coup tous les problèmes de transport ». Faisant siennes ces raisons, la caisse de compensation a décidé, le 7 juin 1962, sur préavis conforme de la commission AI, de rejeter la demande de l'assuré.

Celui-ci, n'admettant pas cette décision, l'a portée devant le Tribunal cantonal des assurances. Par jugement du 10 octobre 1962, ce tribunal a rejeté le recours de l'assuré.

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

1. Les assurés invalides ont droit, autant qu'ils remplissent les conditions légales « aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à améliorer leur capacité de gain, à la rétablir, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage » (art. 9, 1^{er} al., LAI). Les mesures de réadaptation que l'AI prend ainsi à sa charge comprennent notamment l'octroi de moyens auxiliaires (art. 8, lettre d, LAI).

Aux termes de l'article 21 LAI, l'assuré 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 ». La liste dressée par le Conseil fédéral figure à l'article 14 RAI; celui-ci prévoit, sous lettre g, la remise aux invalides de véhicules adaptés à leur infirmité, véhicules dans l'énumération desquels figurent les voitures automobiles légères. L'article 15, 2^e alinéa, RAI précise à ce propos que des véhicules à moteur sont fournis « aux seuls assurés qui peuvent, d'une manière durable, exercer une activité leur permettant de couvrir leurs besoins et qui ne sont pas en mesure de se rendre à leur travail sans un véhicule à moteur personnel ». Le texte allemand de cette disposition réglementaire ajoute, ce que ne font pas les textes français et italien, que la faculté de se déplacer de l'assuré doit être sensiblement réduite (« wegen wesentlicher Gehbehinderung »). Dans ses directives concernant l'octroi et la remise de moyens auxiliaires dans l'AI, du 20 janvier 1960, l'OFAS relève que, pour justifier l'octroi d'un véhicule à moteur, il faut « qu'en raison de sa faculté limitée de se déplacer, l'assuré ne puisse effectuer sans son propre véhicule à moteur le trajet jusqu'à son lieu de travail, ou qu'on ne puisse exiger de lui cet effort ».

Dans l'espèce, l'assuré travaille à plein temps comme ouvrier mécanicien et peut de toute évidence exercer une activité lui permettant de couvrir ses besoins. Etant donné que son emploi à la fabrique dure depuis plus de cinq ans, et que rien n'en laisse prévoir la cessation, le caractère durable de cette possibilité d'activité est manifeste. Il est incontestable enfin que la faculté de l'assuré de se déplacer est fortement diminuée, non seulement parce qu'il est amputé de la jambe droite et que sa jambe gauche n'est pas en parfait état, mais aussi parce que sa prothèse lui cause des ennuis allant jusqu'à l'empêcher de la porter.

Dans ces conditions, il ne s'agit plus que de savoir si, au sens de l'article 15 RAI, l'assuré est ou non en mesure de se rendre à son travail sans un véhicule à moteur personnel.

2. L'autorité de première instance n'a pas abordé le fond de cette question, car elle a estimé que si l'assuré a besoin d'une automobile pour se rendre à son travail, il a créé lui-même ce besoin en prenant domicile au chef-lieu du canton au lieu de louer un appartement dans la localité où il travaille, à R. Reprenant les directives de l'OFAS, du 20 janvier 1960, selon lesquelles un véhicule à moteur ne peut être fourni à l'assuré que si celui-ci n'a « pas pu trouver à se loger de façon adéquate à proximité de son lieu de travail », l'autorité de recours a considéré que le recourant n'avait pas fourni la preuve qu'il n'aurait pas pu trouver à se loger à R. et en a conclu qu'il devait supporter lui-même les inconvénients de ses déplacements.

Cette conception première de l'OFAS, reprise par le Tribunal cantonal des assurances, n'a toutefois pas été ratifiée par la jurisprudence de l'autorité judiciaire suprême. Le TFA, ayant à juger du droit de l'assuré de choisir librement le lieu de son domicile, a déclaré en effet que les articles 9, 1^{er} alinéa, et 21, 1^{er} alinéa, LAI ne l'obligeaient pas à transférer son domicile à proximité (« in der Nähe ») de son lieu de travail; il suffit qu'il habite dans la localité où il travaille (« im Raum seines Arbeitsortes ») ou dans les environs (« oder dessen Umgebung »). Or, au moment où il est entré au service de la fabrique, en 1958, l'assuré habitait un autre village, à deux ou trois kilomètres de R.; la rue du chef-lieu où il habite actuellement est à trois kilomètres de R. Cette dernière localité étant dans la banlieue du chef-lieu, on peut admettre en principe, et tout au moins dans les circonstances de l'espèce, qu'un assuré travaillant dans la banlieue a le droit d'habiter le chef-lieu sans qu'une atteinte soit portée de ce fait à ses droits envers l'AI.

Du reste, même si l'assuré avait pris domicile à R., il n'est pas certain que le problème de son déplacement se poserait fort différemment, car il aurait pu ne trouver dans cette localité qu'un logement situé à une certaine distance de l'usine où il travaille et sans moyens publics de transport. Si l'on appliquait les directives de l'OFAS, l'assuré aurait dû choisir son logement non pas n'importe où à R., mais à proximité de la fabrique. C'eût été limiter son choix dans une mesure telle qu'il en eût été pratiquement supprimé.

3. La question est dès lors uniquement de savoir si, en raison de son état, l'appelant est ou non en mesure de se rendre de son domicile à son lieu de travail sans un véhicule à moteur personnel.

Il faut considérer pour résoudre cette question que, à défaut de voiture personnelle, l'appelant doit faire ses déplacements quotidiens en trolleybus et en tram, moyens de transport en général bondés aux heures de pointe et n'offrant pas toujours l'occasion de s'asseoir; qu'il n'y a pas de liaisons directes entre le domicile et R. et que l'appelant doit donc changer de voiture en pleine ville dans la bousculade d'un carrefour animé; enfin, que le tram ne le conduit pas devant l'atelier où il travaille, mais le laisse à une distance d'environ 300 mètres qu'il doit nécessairement faire à pied.

Un homme amputé d'une jambe et muni d'une prothèse convenablement adaptée peut sans doute faire — du moins dans la plupart des cas — les différents actes que comporte pareil déplacement, c'est-à-dire monter en voiture, en descendre et marcher quelque 300 mètres, même s'il doit accomplir à cet effet un effort que ne connaît pas l'homme valide. Mais à l'amputation de la jambe droite s'ajoutent dans l'espèce deux faits: d'une part, la jambe gauche également a souffert de l'accident subi en 1948 et, n'étant pas intacte, ne peut vraisemblablement pas donner tout l'appui complémentaire qu'un amputé d'une jambe demande en général à celle qui lui reste; d'autre part et surtout, l'assuré est atteint depuis le mois de juillet 1962 d'abcès récidivants accompagnés d'hydrosadénite de la région inguino-scrotale droite qui, selon le certificat médical, empêchent le port de la prothèse.

Ni la commission AI, ni l'autorité cantonale de recours — qui d'ailleurs ne connaissent qu'imparfaitement ce dernier fait, établi seulement dans la procédure d'appel par la production d'un certificat médical — n'ont examiné les répercussions de cet état sur la possibilité de l'assuré d'effectuer sans véhicule personnel le trajet en cause. Toutes deux, en effet, sont parties dans l'essentiel de l'avis que ce trajet n'était pas déterminant. Leur thèse étant rejetée par le TFA (voir considérant 2 ci-dessus), la question doit être tranchée. Malgré les renseignements fournis par le certificat médical, le TFA estime cependant nécessaire un complément d'information, auquel il incombe à la commission AI de procéder. Certes, le médecin relève que, du point de vue médical, l'utilisation de la prothèse est contre-indiquée, que l'hydrosadénite a pris actuellement un caractère chronique et qu'il serait hautement souhaitable que le patient dispose d'un véhicule automobile pour se rendre à son travail; mais ces indications sont insuffisantes pour établir à satisfaction de droit le caractère durable des troubles du moignon et pour décider, en connaissance de cause, si l'usage de moyens de transport publics ne peut être exigé de l'appelant et si l'emploi d'un véhicule à moteur personnel représente la solution la plus adéquate.

4. L'affaire doit donc être renvoyée à la commission AI. Si celle-ci vient à reconnaître en principe le droit de l'assuré à un véhicule à moteur personnel, elle devra examiner en outre si l'état du véhicule actuel exige ou non son remplacement immédiat puis, dans l'affirmative, déterminer le « modèle simple et adéquat » que l'AI pourrait alors prendre en charge (art. 21, 2^e al., LAI) et fixer les modalités de la remise du moyen auxiliaire (art. 15, 3^e al., RAI).

Arrêt du TFA, du 18 mars 1963, en la cause M. S.

Article 21 LAI. Une assurée sourde et aveugle qui, à cause de son invalidité, ne peut ni se servir d'un chien-guide, ni conduire un véhicule à moteur à droit, à titre de moyen auxiliaire, à une contribution aux frais de taxi entre son domicile et son lieu de travail. Cette contribution doit être fixée dans les limites de l'article 11 RAI.

Articolo 21 LAI. Un'assicurata sorda e cieca che a causa della sua invalidità non può servirsi nè di un cane-guida, nè di un veicolo a motore, ha diritto, a titolo di mezzo ausiliare, ad un contributo alle spese di trasporto in taxi tra il suo domicilio e il suo luogo di lavoro. Questo contributo deve essere fissato nei limiti dell'articolo 11 OAI.

L'assurée, née en 1923, est sourde de naissance. Elle a perdu en outre une grande partie de sa vue il y a quelques années. De 1944 à fin 1962, elle a travaillé chez ses parents comme repasseuse indépendante. Depuis mars 1962, elle travaille comme aide dans

une entreprise. En février 1960, l'assurée déposa une demande de prestations auprès de l'AI. La caisse de compensation a accepté de prendre en charge, par une série de décisions, les frais de leçons de dactylographie, d'écriture pour aveugles, de sténographie pour aveugles et des mesures de réadaptation professionnelle, de même que le coût d'une machine à polycopier et d'un appareil orthophonique. Par décision du 19 octobre 1961, une rente d'invalidité entière de 143 francs par mois (jusqu'au 30 mai 1962) fut accordée à l'assurée.

Par décision du 20 juin 1962, la caisse de compensation a prorogé cette rente, mais a rejeté la demande de prise en charge des frais de taxi depuis l'asile des aveugles jusqu'au lieu de travail.

L'assurée recourut contre ce refus auprès de la commission cantonale de recours, qui confirma néanmoins la décision de la caisse de compensation.

Le TFA accepta l'appel et renvoya la cause à la commission AI, afin que celle-ci puisse rendre un nouveau prononcé dans le sens des considérants suivants:

1. Selon l'article 9, 1^{er} alinéa, LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit, conformément aux dispositions légales, aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à améliorer leur capacité de gain, à la rétablir, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. D'après les dispositions d'ordre général de l'article 4 LAI, il faut que l'invalidité de l'assuré privé de moyens auxiliaires entraîne, dans son champ d'activité, une importante diminution de la capacité de gain.

L'article 21, 1^{er} alinéa, LAI confirme que l'assuré a droit, dans les limites de la liste dressée par le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires qui sont nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle. L'article 14, 1^{er} alinéa, RAI, qui donne la liste des moyens auxiliaires, énumère aussi les chiens-guides pour aveugles (lettre f) et les véhicules adaptés à l'infirmité de l'assuré (lettre g).

L'article 15, 1^{er} alinéa, RAI précise que les moyens auxiliaires sont fournis aux assurés qui en ont besoin pour exercer une activité lucrative ou pour accomplir leurs travaux habituels, pour étudier ou pour apprendre un métier, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle. La définition du droit aux mesures de réadaptation donnée à l'article 9, 1^{er} alinéa, LAI servira à interpréter cette disposition (arrêté du TFA, du 5 juin 1962, en la cause F. L., RCC 1962, p. 435).

2. Il est incontestable que l'assurée, à cause de l'affection évolutive de ses yeux, a dû abandonner sa profession de repasseuse et se faire engager comme aide dans un atelier. D'après les pièces du dossier, l'assurée semble avoir trouvé maintenant un emploi qui convient à son infirmité et lui permet de mettre efficacement en valeur sa capacité de gain résiduelle. En outre, on constate que l'assurée doit loger dans un asile pour aveugles et qu'elle ne peut, de là, se rendre à son travail seule ou en utilisant les moyens de transport publics.

En se fondant sur l'article 14 RAI, peut-on accorder à l'assurée sourde et aveugle un chien-guide pour aveugles ou une petite automobile? Non, car son infirmité l'empêche de se servir d'un tel chien ou de conduire un véhicule. Il est donc superflu de se demander si les conditions particulières de l'article 15, 2^e alinéa, RAI sont remplies (faculté limitée de se déplacer, activité permettant de couvrir ses besoins).

3. L'assurée fait remarquer que l'article 14 RAI n'exclut pas l'octroi par l'AI d'une indemnité au lieu d'un moyen auxiliaire. Peut-on, en se fondant sur cette disposition, échanger un certain objet contre une prestation en espèces? Il n'est pas nécessaire de répondre ici à cette question, car la liste de l'article 14 n'énumère, sous les lettres f et g, que des exemples de moyens auxiliaires, et n'est pas exhaustive. Dans ce cas très particulier, il est évident que l'assurée a droit à un moyen auxiliaire qui

lui offre la possibilité de se rendre à son travail. Des courses en taxi du domicile au lieu de travail peuvent représenter un tel moyen auxiliaire.

Le droit à une contribution aux frais de taxi ayant été admis, dans ce cas particulier, il s'agit maintenant de déterminer le montant des prestations de l'AI. L'assurée prétend dans son mémoire d'appel que la contribution doit représenter la contre-valeur d'un véhicule à moteur ou d'un chien-guide pour aveugle (compte tenu de la durée pendant laquelle ce moyen est utilisable). Cette manière de voir ne s'impose pas sans autre: sous le titre général de « réadaptation », l'article 11 RAI prévoit la contribution qui doit être accordée pour les frais de transport des mineurs invalides, afin de leur permettre de fréquenter l'école; cette contribution peut s'élever au maximum à 50 francs par mois. La situation de l'assurée n'est pas telle qu'elle justifie une contribution supérieure à ce montant maximum. Il est bien plutôt indiqué, même dans ce cas spécial, de fixer la contribution dans les limites de l'article 11 RAI.

Il incombe maintenant à l'administration d'examiner les circonstances et de fixer le montant exact de la contribution aux frais de transport. Le dossier est donc renvoyé à la commission AI.

RENTES ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Arrêt du TFA, du 26 février 1963, en la cause J. W.

Articles 22, 3^e alinéa, LAI et 18 RAI. Il n'y a pas de retard indû entre le dépôt d'une demande de prestations et l'octroi d'une mesure de réadaptation, et par conséquent l'assuré n'a pas droit au paiement rétroactif d'une indemnité journalière pour le délai d'attente, si la réadaptation médicale a dû être entreprise environ deux mois après la demande et que le prononcé ordonnant cette mesure avec effet rétroactif n'a été rendu par la commission AI que quelques mois plus tard.

Articoli 22, capoverso 3, LAI e 18 OAI. Non sussiste mora ingiustificata tra la presentazione della richiesta di prestazioni e l'assegnazione di un provvedimento d'integrazione e, di conseguenza, l'assicurato non ha diritto all'indennità giornaliera di attesa retroattiva, se l'esecuzione dei provvedimenti sanitari d'integrazione ha dovuto essere iniziata circa due mesi dopo la presentazione della richiesta e la deliberazione che stabilisce questo provvedimento con effetto retroattivo è stata presa dalla commissione AI soltanto qualche mese più tardi.

L'assuré, né en 1925, souffrait d'une grave affection des deux hanches. Le 25 mars 1961, il demanda des mesures médicales, déclarant que des douleurs croissantes le gênaient dans son travail. Le 21 avril, il devint entièrement incapable de travailler. Le médecin demanda, le lendemain, son hospitalisation, mais l'assuré ne fut admis à l'hôpital que le 23 mai, car la place manquait. Pendant son séjour à l'hôpital, qui dura jusqu'au 22 juin suivant, l'assuré subit une ostéotomie du côté gauche. Le 14 septembre, la commission AI décida notamment de prendre en charge les frais du séjour à l'hôpital et de l'opération et d'accorder une indemnité journalière depuis la date d'entrée à l'hôpital. Ce prononcé fut notifié à l'assuré par décision du 1^{er} décembre 1961.

L'assuré demanda alors à la commission AI de lui accorder les indemnités journalières aussi du 21 avril au 22 mai. Par décision du 24 janvier 1962, la caisse l'informa que la commission AI avait rejeté cette demande. Le recours formé contre cette décision fut admis.

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

1. Aux termes de l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI, « l'assuré a droit à une indemnité journalière pendant la réadaptation si, durant trois jours consécutifs au moins, il est empêché par les mesures de réadaptation d'exercer une activité lucrative ou présente une incapacité de travail d'au moins 50 pour cent ». Ainsi, le droit aux indemnités journalières n'existe, en principe, que pendant l'exécution de mesures de réadaptation déterminées. Le 3^e alinéa de cet article autorise le Conseil fédéral à fixer les conditions auxquelles des indemnités journalières pourront être allouées pour les délais d'attente; le Conseil fédéral a usé de cette compétence à l'article 18 RAI, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1961 et applicable aux demandes non encore liquidées (art. 117, 1^{er} al., RAI).

Selon l'article 18, 1^{er} alinéa, RAI, « 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 une indemnité journalière pour chaque jour entier du délai d'attente ». Le 2^e alinéa précise que l'indemnité journalière est allouée au plus tôt dès le prononcé ordonnant les mesures de réadaptation et au plus pour 120 jours en tout. Cette réglementation correspond aux prescriptions contenues dans les directives de l'OFAS et valables jusqu'à l'entrée en vigueur du RAI, avec une seule exception: l'indemnité est allouée maintenant « au plus tôt dès le prononcé ordonnant les mesures de réadaptation » et non plus, comme précédemment, dès la décision de la caisse de compensation.

2. Dans l'arrêt F. J., du 20 janvier 1961 (RCC 1961, p. 119), le TFA a constaté qu'il n'y avait aucun motif de nier la conformité de ces directives avec la loi. Il en va de même des dispositions de l'article 18 RAI. Le TFA avait relevé cependant à cette occasion que la question de l'octroi possible d'indemnités pour une période d'attente antérieure à la décision — actuellement, au prononcé ordonnant les mesures de réadaptation — restait ouverte lorsque cette décision a été retardée indûment. Cette question a reçu depuis lors une réponse affirmative dans l'arrêt J.-P. C., du 12 février 1963 (qui sera publié prochainement dans la RCC).

A défaut de toute clause légale restrictive, le Conseil fédéral a la compétence de préciser à l'article 18 RAI les conditions du droit aux indemnités journalières pour le délai d'attente. Comme déjà dit, ce droit naît, selon le premier alinéa de cette disposition, au plus tôt dès la date du prononcé de la commission AI ordonnant la mesure de réadaptation. Or, ce prononcé — et il a été superflu de l'indiquer expressément dans le RAI — est en étroite corrélation avec la demande présentée par l'assuré; la réglementation en vigueur suppose, naturellement, qu'une telle corrélation régulière existe entre la demande et le prononcé ordonnant la réadaptation. Cette corrélation doit exister aussi dans le temps; elle n'est régulière, de ce point de vue, que si le prononcé suit la demande dans un délai approprié. Pour que les droits de l'assuré soient respectés, il faudra adopter un critère *objectif* dans l'appréciation de cette question de temps. Pour préciser l'expression de « retard indu » citée plus haut, point n'est besoin que l'administration ait, par sa faute, provoqué un retard de procédure; du moins la cause d'un tel retard n'a-t-elle pas besoin d'être recherchée. Si la corrélation de temps entre la demande et le prononcé ne paraît pas régulière, la date

tardive du prononcé ne peut alors plus, au sens de l'article 18 RAI, être considérée comme déterminante pour fixer le début du droit aux indemnités; elle doit être celle à laquelle le prononcé aurait dû être rendu dans le cours normal de la procédure administrative. Sinon, les droits des assurés à des indemnités journalières pour les délais d'attente ne seraient établis que d'après des données fortuites.

3. La réglementation ainsi conçue ne peut, par définition, être appliquée aux cas urgents, où l'exécution de la mesure doit être entreprise immédiatement, avant même qu'une demande ait été déposée. On ne pourra guère parler, dans ces cas-là, de délais d'attente; si l'AI prend en charge la mesure après coup, en vertu de l'article 78, 2^e alinéa, 2^e phrase, RAI, le droit aux indemnités journalières naît avec effet rétroactif au moment où commence l'exécution. Pour qu'une indemnité de ce genre puisse être accordée, il faut que la demande ait précédé l'exécution de la mesure, sans que celle-ci ait été ordonnée dans un délai approprié. Dans la cause J.-P. C. déjà mentionnée, on a attendu, pour exécuter la mesure, un prononcé que le TFA a considéré comme tardif. Ainsi, une indemnité journalière pouvait être allouée, déjà avant la décision, à l'assuré qui était atteint d'une incapacité de travail de 50 pour cent au moins.

En l'espèce, la situation est quelque peu différente, la mesure ayant été exécutée pour cause d'urgence avant le prononcé et prise en charge après coup par la commission AI. Entre le dépôt de la demande, le 25 mars 1961, et la survenance de l'incapacité totale de travail, le 21 avril, il s'est écoulé environ un mois. Au bout d'un second mois, environ, soit le 23 mai, l'assuré put être admis à l'hôpital, et c'est à partir de cette date que l'indemnité a été accordée (rétroactivement). Le droit à l'indemnité pour le délai d'attente dépend de la question de savoir si le prononcé aurait dû être rendu déjà avant le 21 avril 1961 pour pouvoir être considéré comme régulier (ou du moins avant le 23 mai, dans quel cas le droit à l'indemnité serait limité à une période plus courte). Le retard postérieur au 23 mai n'a pas d'importance, puisque l'indemnité devait être accordée quoi qu'il en soit depuis cette date. Dans le cas F. J. (RCC 1961, p. 119), l'assuré avait déposé sa demande le 1^{er} mars 1960; le prononcé ordonnant l'exécution de la mesure fut rendu le 21 juin, l'exécution fut entreprise le 27 juin et la décision de la caisse date du 15 juillet; le tribunal estima que dans ce cas, il n'y avait pas eu de retard indû. On ne saurait donc, ne serait-ce que par souci d'équité, prétendre que le prononcé consécutif à la demande du 25 mars aurait dû être rendu avant le 23 mai pour être régulier. Le fait que l'arrêt F. J. concerne la période d'introduction ne joue en l'occurrence aucun rôle, puisque, comme déjà dit, il s'agit d'une mesure de temps objective. En outre, il faut constater que dans l'espèce, la demande ne permettait pas de conclure à l'urgence de la mesure, et d'ailleurs l'assuré a été encore capable de travailler près d'un mois. Comme la demande n'était pas accompagnée de certificats médicaux, il a fallu tout d'abord établir les faits. L'indication donnée dans la formule de demande, comme quoi l'assuré suivait un traitement médical depuis le 21 avril et avait été hospitalisé en mai, est certainement postérieure à la demande du 25 mars. Le rapport médical indispensable au prononcé de la commission AI n'est parvenu à celle-ci, après rappel, que le 25 juillet. Une fois la demande déposée, le prononcé ne pouvait être rendu avant l'admission à l'hôpital même en observant au mieux la corrélation de temps indiquée plus haut; peu importe, à cet égard, que l'urgence du traitement médical — qui s'est manifestée un mois après le dépôt de la demande — ait quelque peu modifié le cours naturel des choses. Par conséquent, l'assuré n'a pas droit à des indemnités journalières pour délai d'attente; le jugement cantonal est donc annulé et la décision de la caisse, du 24 janvier 1962, rétablie.

Arrêt du TFA, du 20 mars 1963, en la cause A. R.

Article 28, 2^e alinéa LAI. Quand bien même un assuré, qui souffre d'affections veineuses du bassin et des jambes, a travaillé dix-huit ans durant comme colporteur, le revenu hypothétique qu'il aurait obtenu s'il n'était pas invalide doit être déterminé en se fondant sur le salaire actuel d'un monteur sur machines spécialisé dans l'industrie de la chaussure, profession que l'assuré a apprise, mais n'a jamais exercée en raison de la perte de l'annulaire et du petit doigt de la main gauche.

Articolo 28, capoverso 2, LAI. Per determinare l'invalidità di un assicurato che fa il mercante ambulante da 18 anni e soffre di varici e di una leggera ostruzione delle vene del bacino, ci si può fondare sul reddito di un operaio, in normali condizioni di salute, montatore su macchine per la fabbricazione di calzature, mestiere che l'assicurato aveva imparato ma che non ha mai esercitato, avendo perso l'anulare e il mignolo della mano sinistra.

L'assuré, né en 1910, a appris le métier de monteur sur machines dans l'industrie de la chaussure, mais ne l'a jamais pratiqué. Il travaille depuis 18 ans comme colporteur; occasionnellement, soit de juillet 1953 à fin juin 1954, il fut brossier pour les officiers dans une caserne. En 1925, il avait perdu accidentellement l'auriculaire et l'annulaire de la main gauche; en 1932, il fit un séjour dans un hôpital. Il souffre de varices et d'une légère obstruction des veines du bassin.

L'assuré demanda des prestations de l'AI en décembre 1960. La commission AI admit un degré d'invalidité de 50 pour cent, et la caisse de compensation lui accorda, par décision du 20 mars 1962, une demi-rente simple d'invalidité et une demi-rente complémentaire pour l'épouse. L'assuré recourut, alléguant qu'il avait droit à une rente entière, car il ne gagnait, après déduction de ses frais (2100 fr.), que 2900 francs, alors qu'il en gagnerait 10 200 comme ordonnance s'il n'était pas invalide. Ce recours fut rejeté par le tribunal administratif cantonal. Celui-ci, estimant à 8400 francs le revenu d'un monteur sur machines non invalide, était d'avis que même en admettant la déduction des frais, d'ailleurs non prouvés, le degré d'invalidité de deux tiers, nécessaire à l'octroi d'une rente entière, n'était pas atteint.

L'appel interjeté contre ce jugement a été rejeté par le TFA pour les motifs suivants:

1. Le rapport de l'office régional, du 29 décembre 1961, et le certificat médical du 18 août 1961 attestent que l'assuré était réadapté comme colporteur lorsque fut rendue la décision de la caisse, le 20 mars 1962. Le médecin déclarait en outre que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Rien ne s'oppose donc à l'octroi d'une rente si le degré d'invalidité atteint au moins 50 pour cent (art. 28, 2^e al., et 29, 1^{er} al., LAI).

2. L'assuré a droit, en vertu de l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, à une rente lorsqu'il est invalide pour la moitié au moins. Lorsqu'il est invalide pour moins des deux tiers, le montant de la rente est réduit de moitié. L'invalidité, au sens de la LAI, est la diminution, présumée permanente ou de longue durée, de la capacité de gain (art. 4 LAI). L'incapacité de gain est déterminée, selon l'article 28, 2^e alinéa, LAI, en comparant 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 », « au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide ».

Ainsi, ce qui est déterminant pour évaluer l'invalidité, c'est ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, comparé à ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'enlevait pas.

3. Il s'agit ainsi de comparer entre eux deux revenus hypothétiques, tels que les décrit l'article 28, 2^e alinéa, LAI:

a) Pour déterminer le revenu que l'invalidé peut encore obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement exiger de lui, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, le revenu effectivement obtenu dans des conditions de travail stables a, sauf circonstances spéciales, une importance décisive.

L'assuré déclare toucher un revenu brut de 5000 francs en moyenne dans son métier de colporteur, qu'il exerce depuis 18 ans. Ceci concorde assez bien avec l'estimation de l'office régional. L'assuré ajoute que ses frais professionnels s'élèvent à 2100 francs (transport du vélo 400 fr., abonnement général 1200 fr., repas hors de la maison 500 fr.) et conclut que son revenu net n'atteint que 2900 francs. Ces frais d'obtention du revenu ne sont pas prouvés; cependant, comme on ne trouve rien dans le dossier qui impose une autre conclusion, on peut admettre que le revenu de l'invalidé s'élève à 2900 francs.

b) Est litigieuse, en l'espèce, la détermination du revenu qui pourrait être obtenu par l'assuré s'il n'était pas invalide. Le tribunal de première instance a pris pour base le revenu annuel d'un monteur sur machines, soit 8400 francs. L'assuré, lui, prétend qu'il aurait gagné, comme brossier dans une caserne, au moins 10 200 francs, s'il n'avait pas été invalide.

Bien qu'il ait perdu deux doigts dans un accident en 1925, l'assuré a appris le métier de monteur sur machines dans une fabrique de chaussures. Néanmoins, il n'a jamais exercé ce métier, comme l'atteste le rapport de l'office régional. Les monteurs sur machines doivent avoir des mains sûres et robustes; l'assuré a donc reconnu, probablement pendant son apprentissage, que son infirmité l'empêchait d'exercer correctement ce métier, ce qui explique son abandon. En outre, sans l'infirmité dont il souffrait au moment où fut rendue la décision attaquée, l'assuré aurait toujours eu la possibilité de revenir à ce métier. En admettant que l'assuré pourrait gagner 8400 francs par an comme monteur sur machines, s'il n'était pas invalide, le tribunal de première instance n'a pas outrepassé son pouvoir d'appréciation.

Au surplus, il faut admettre que, eu égard à ses aptitudes et à sa formation (il sait à peine écrire), l'assuré n'aurait guère pu gagner plus de 8400 francs. Il n'a travaillé comme brossier que peu de temps par rapport à son activité de colporteur. Le rapport de l'office régional montre en outre que sa nervosité l'aurait rendu inapte à ce travail à la longue.

c) Le revenu sans invalidité pouvant être fixé à 8400 francs, et le revenu effectif de l'invalidé étant de 2900 francs, il en résulte pour celui-ci une perte de 65 pour cent. Dans ces conditions, l'assuré avait droit, au moment de la décision de la caisse, à une demi-rente d'invalidité et à une rente complémentaire pour son épouse. En revanche, les conditions d'octroi d'une rente entière n'étaient pas remplies, aussi l'appel doit-il être rejeté.

4. L'assuré a déclaré, après la décision de la caisse, que son état s'était aggravé. Sur la base du rapport médical, il y a lieu d'admettre que ses difficultés professionnelles se sont accrues; il faut donc renvoyer le dossier à la commission AI. L'administration devra décider s'il y a lieu d'ordonner des mesures de réadaptation (p. ex. un reclassement dans un métier assis) avant de procéder à une nouvelle évaluation de l'invalidité.

Arrêt du TFA, du 14 février 1963, en la cause M. B.

Article 29, 1^{er} alinéa, LAI. Pour savoir si l'on se trouve en présence d'une invalidité permanente ou d'une maladie de longue durée, l'état de fait et de droit existant au moment où la commission cantonale AI est appelée à se prononcer est décisif. Si, à ce moment-là, l'affection de l'assuré n'est pas stabilisée et qu'il n'est possible de prévoir ni l'évolution future de l'affection, ni l'importance des séquelles qui subsisteront, l'existence d'une invalidité permanente doit être niée.

Articolo 29, capoverso 1, LAI. La delimitazione tra l'invalidità permanente e l'infermità di lunga durata è determinata dalla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui la commissione cantonale AI è chiamata a deliberare.

Se, fino a questo momento, l'affezione dell'assicurato non si è stabilizzata e se non è possibile prevedere il futuro decorso ed i postumi della malattia, non sussiste invalidità permanente.

L'assurée, née en 1901, a été atteinte en juin 1960 d'un infarctus du myocarde, compliqué peu après d'embolie cérébrale avec hémiplégié gauche. Ces affections ont laissé des séquelles importantes nécessitant un traitement médical suivi. La commission AI l'a reconnue invalide à 100 pour cent dès le 1^{er} juin 1961, en sorte que la caisse de compensation l'a mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir de cette date. Sur recours de l'intéressée, la commission de recours admit que la rente devait être versée à partir du 1^{er} juin 1960.

Le TFA a admis l'appel interjeté par l'OFAS contre ce jugement et a fixé le début du droit à la rente au 1^{er} juin 1961 pour les motifs suivants:

1... L'article 29, 1^{er} alinéa, LAI règle l'ouverture du droit à la rente. Selon cette disposition, le droit à la rente prend 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 ». Ainsi que le TFA a eu l'occasion de le préciser à plusieurs reprises (cf. RCC 1963, p. 83 et 229), l'incapacité de gain peut être présumée permanente lorsque l'état de santé physique ou mentale de l'assuré est suffisamment stable — pareille stabilité ne se rencontre donc pas en règle générale, lors de maladies évolutives, notamment en cas d'affections aiguës — 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. L'incapacité 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, quelle que soit la durée ultérieure de cette incapacité de gain.

2. Lorsque la commission AI s'est prononcée le 19 septembre 1961 — et à plus forte raison lors de la cessation de l'activité le 27 juin 1960 — il n'était pas possible

de porter un jugement définitif sur l'évolution probable du cas, et encore moins de prévoir que les séquelles durables de l'affection entraîneraient une invalidité permanente. On ne se trouvait manifestement pas en présence d'un état stable de nature à provoquer une incapacité de gain s'étendant à toute la période normale d'activité. Il s'agissait au contraire d'un processus morbide et évolutif. Le rapport médical du 5 mai 1961, sur lequel la commission AI s'est fondée pour apprécier le cas, ne permettait pas d'avoir des doutes à ce sujet. Le médecin déclarait en effet que l'état de l'invalidé était susceptible d'amélioration et qu'elle pourrait « éventuellement plus tard » reprendre une activité. « Je pense — précisait-il — que l'on pourra envisager dans quelques mois la reprise d'une petite activité comme caissière. »

Cela étant, c'est donc avec raison que la commission de l'AI n'a pas admis l'existence d'une invalidité permanente, mais bien celle d'une affection de longue durée susceptible d'amélioration, et qu'elle a fixé au 1^{er} juin 1961, soit à l'expiration du délai de 360 jours consécutifs d'incapacité totale de travail, le début du droit à la rente.

3. Dans le nouveau certificat qu'il a établi le 12 juin 1962 à l'intention de la Commission de recours, le médecin s'est montré moins optimiste, il est vrai. Il reconnaît qu'une amélioration s'est produite, mais il ne la qualifie que de légère. Il déclare qu'il existe toujours une incapacité de travail, que celle-ci est pratiquement de 100 pour cent et qu'elle est permanente. « Contrairement à mon dernier rapport — ajoute-t-il — je ne pense pas que la reprise d'une activité de caissière sera jamais possible. »

Ce rapport apporte certes un élément nouveau. Cependant, les constatations faites par ce médecin et ses conclusions s'appliquent à l'état actuel de la patiente et ne sont pas de nature à démontrer que la situation de fait et de droit, telle qu'elle fut prise en considération par la commission AI, ait été en réalité inexacte. A ce moment-là — ce qui est décisif dans l'espèce — l'affection n'était pas encore stabilisée et il n'était alors pas possible de prévoir comment elle évoluerait, quelles seraient l'importance des séquelles qui subsisteraient et l'ampleur de l'invalidité future. Si l'évolution de l'affection ne s'est pas faite d'une manière aussi favorable que l'avait envisagé le médecin dans son rapport du 5 mai 1961, cela ne signifie pas qu'il y ait eu erreur de sa part et que, s'il n'avait pas commis cette erreur, l'invalidité provoquée par l'affection de la patiente aurait dû dès le début être présumée permanente. Nonobstant le dernier rapport médical, il ne saurait donc être question de reconnaître à cette assurée le droit à la rente dès la cessation de son activité et non pas seulement à l'expiration du délai de 360 jours, comme le veut l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, lorsqu'il s'agit d'une affection en voie d'évolution et susceptible encore d'amélioration.

CHRONIQUE MENSUELLE

La *commission du Conseil des Etats* pour l'étude du projet de loi sur la *revision du régime des APG* s'est réunie le 29 août sous la présidence de M. Auf der Maur, conseiller aux Etats, Schwyz, et en présence de MM. Tschudi, conseiller fédéral, et Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a décidé à l'unanimité d'entrer en matière et a adopté le projet avec une légère modification, sans opposition.

*

La *commission du Conseil national* chargée d'examiner les projets d'arrêtés fédéraux approuvant les conventions en matière d'assurances sociales conclues par la Suisse avec l'Italie et la Yougoslavie, ainsi que la convention complémentaire relative aux assurances sociales signée avec la République fédérale d'Allemagne, s'est réunie le 4 septembre sous la présidence de M. W. Widmer (Argovie), conseiller national, et en présence de M. Tschudi, conseiller fédéral, et de M. le directeur A. Saxer, préposé aux conventions internationales en matière de sécurité sociale. Après une discussion approfondie, la commission a adopté les trois projets à l'unanimité.

*

Dans sa séance du 16 septembre, le Conseil fédéral a décidé de soumettre à l'Assemblée fédérale un message et un projet de loi modifiant la loi sur l'AVS (6^e revision de l'AVS), ainsi qu'un projet d'arrêté fédéral concernant l'initiative populaire de l'AVIVO. Le projet de loi a été commenté le 26 septembre dans une conférence de presse que présidaient MM. Tschudi et Bonvin, conseillers fédéraux. Pour plus de détails, lire les articles ci-dessous consacrés à cette question.

*

Dans sa séance du 18 septembre, le *Conseil national* a approuvé trois conventions en matière d'assurances sociales, conclues par la Suisse et approuvées déjà par le Conseil des Etats au cours de la session de juin. Il s'agit de la convention du 14 décembre 1962 avec l'Italie, de la convention du 8 juin 1962 avec la Yougoslavie et de la convention complémentaire du 24 décembre 1962 avec la République fédérale d'Allemagne (voir aussi RCC 1963, p. 277). L'ap-

probation des Chambres permet ainsi au Conseil fédéral de ratifier ces conventions et de les mettre en vigueur. Les caisses de compensation seront informées, comme d'habitude, par des circulaires, de la date d'entrée en vigueur et des modalités d'application.

*

Dans sa séance du 19 septembre, le *Conseil des Etats* a étudié le projet concernant la *deuxième révision du régime des APG*. Il a approuvé le projet de loi dans la teneur de la commission, par 31 voix sans opposition. Le projet sera maintenant soumis au Conseil national, qui se prononcera à son sujet dans la session de décembre.

La sixième révision de l'AVS

*Exposé de M. Tschudi, conseiller fédéral, à la conférence de presse
du 26 septembre 1963*

(Traduction)

Les causes de cette révision

Un peu plus de deux ans après la 5^e révision de l'AVS, le Conseil fédéral présente de nouveau aux Chambres un message et un projet de loi concernant la modification de la loi sur l'AVS. Ce laps de temps si court entre deux révisions importantes s'explique notamment par la hausse, spécialement accentuée pendant ces deux dernières années, des prix et des salaires; toutefois, le facteur décisif de cette évolution si rapide a été le vœu, souvent exprimé, d'une nouvelle amélioration de nos assurances sociales en faveur des vieillards, des survivants et des invalides.

Ces circonstances ont décidé le Conseil fédéral à examiner sans retard la situation financière de l'AVS et à charger ensuite la Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité de donner son préavis sur les possibilités d'une modification légale. Cette commission a commencé ses travaux à la fin d'octobre 1962 et a présenté au Conseil fédéral, en juin 1963, un rapport détaillé, dans lequel elle expose ses propositions de révision et leurs conséquences financières. Ce rapport constitue en bonne partie la base du présent message; la Commission mérite d'être vivement remerciée de son travail rapide et soigné.

Les objectifs généraux de la révision

Dans notre pays, les mesures de prévoyance pour la vieillesse, l'invalidité et la mort prématurée sont prises, dans l'essentiel, de trois manières différentes: par les assurances sociales et l'aide complémentaire, par les caisses de retraite et assurances collectives professionnelles et d'entreprises, par la prévoyance

personnelle. Le but de l'AVS et de l'AI est de garantir un revenu de base auquel s'ajouteront les autres prestations de prévoyance. L'AVS et l'AI doivent conserver, après la révision actuelle, ce caractère *d'assurance de base*; néanmoins, il importe de les développer autant que possible, afin que les assurés bénéficient aussi à l'avenir d'une compensation équitable de leur perte de revenu.

Or, il est évident qu'une assurance de base, qui suppose l'existence d'autres mesures de prévoyance, reste insuffisante pour tous les vieillards, survivants et invalides qui touchent seulement les prestations des assurances sociales. C'est pourquoi le Conseil fédéral s'est demandé comment on pourrait venir en aide à ces nécessiteux (environ 150 000 à 200 000 personnes). Il est arrivé à la conclusion que ce but ne pourrait être atteint entièrement par une augmentation des rentes, mais qu'il faut y ajouter un *système spécial de prestations complémentaires* qui assureraient le minimum vital aux classes de la population économiquement faibles. Ces prestations couvriraient toute la différence entre le revenu des bénéficiaires de rentes AVS et AI et la limite de revenu correspondant au minimum vital. Il est essentiel que ces prestations complémentaires soient conçues comme prestations d'assurance et ne puissent ainsi, en aucun cas, être assimilées à des prestations d'assistance. Elles seraient fixées et payées par les cantons; comme la Confédération prendra en charge une part importante des frais, il est à prévoir que tous les cantons participeront. Le Département fédéral de l'intérieur a déjà discuté cette question avec les cantons, et le Conseil fédéral espère présenter aux Chambres, dans un proche avenir, un message et un projet de loi sur les prestations complémentaires; ce sera le second acte de la révision.

Les propositions de révision

L'augmentation des rentes

Le point principal de la révision actuelle est l'augmentation générale des rentes. Le Conseil fédéral propose, avec la Commission de l'AVS/AI, *d'augmenter les rentes d'un tiers, en principe*. Une telle augmentation représente non seulement, pour les bénéficiaires actuels, une amélioration de leurs rentes qui dépasse sensiblement la compensation du renchérissement, mais garantit en outre que les rentes AVS et AI continueront à être justement proportionnées à la perte du revenu du travail.

Dans les *rentes en cours*, un tiers sera ajouté aux taux actuels. Pour certaines catégories importantes de rentes, toutefois, une augmentation plus considérable est prévue. Ainsi, les rentes minimales seront augmentées de 39 pour cent, et le montant minimum de la rente de vieillesse simple, par exemple, sera porté à 125 francs par mois au lieu de 90 comme jusqu'à présent. Il en va de même des *rentes extraordinaires*, qui correspondent, depuis la 5^e révision, au montant minimum des rentes ordinaires complètes. Une amélioration spéciale sera apportée en outre aux « *rentes partielles conditionnées par la génération* ». On se souvient que lors de l'introduction de l'AVS, les premières générations de

rentiers ne touchaient pas encore des rentes complètes, mais n'avaient droit qu'à des rentes partielles qui augmentaient selon les années de naissance. Actuellement, ces rentes partielles sont versées à environ 200 000 bénéficiaires, appartenant aux classes d'âge 1883 à 1892. La présente revision accordera à ces bénéficiaires, en principe, la rente complète; cela signifie que les bénéficiaires de rentes partielles, qui ne touchent pas seulement la rente minimale, verront une augmentation plus considérable de leur rente que les autres bénéficiaires. Ainsi, par exemple, un rentier né pendant le premier semestre de l'année 1885, qui a payé ses cotisations, en moyenne, sur un revenu de 5000 francs, recevrait désormais, au lieu de la rente partielle d'environ 1200 francs, une rente complète de plus de 2000 francs par an, ce qui représente une amélioration d'environ 70 pour cent. Cette mesure en faveur des plus vieilles générations de bénéficiaires de rentes ordinaires est justifiée aussi bien du point de vue social que financier.

Si les rentes en cours sont augmentées d'au moins un tiers, il est évident que les *nouvelles rentes*, elles aussi, devront être l'objet d'une hausse équivalente. Ce résultat sera atteint par une revision de la formule de rentes et par une majoration, correspondant à l'évolution des salaires, des cotisations payées jusqu'en 1964.

Il faut souligner, en outre, que non seulement les rentes de l'AVS, mais aussi les *rentes d'invalidité* et les *allocations pour impotents* seront augmentées. L'AI étant intimement liée à l'AVS, cette hausse des prestations aux invalides se fera automatiquement.

La comparaison des *taux maximums et minimums des rentes* annuelles, tels qu'ils sont proposés par le Conseil fédéral, avec les taux actuels est exprimée par le tableau suivant; on notera, à ce propos, que la nouvelle rente minimum correspond à un revenu moyen de 3125 (jusqu'à présent: 2625) francs, tandis que la nouvelle rente maximum correspond à un revenu de 17 500 (jusqu'à présent: 15 000) francs.

Montants minimums et maximums des rentes ordinaires complètes
Rentes annuelles en francs

Genres de rentes	Système actuel		Proposition de revision	
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
Rente de vieillesse simple (100 %) . .	1080	2400	1500	3200
Rente de vieillesse pour couple (160 %)	1728	3840	2400	5120
Rente de veuve (80 %)	864	1920	1200	2560
Rente d'orphelin simple (40 %)	432	960	600	1280
Rente d'orphelin double (60 %)	648	1440	900	1920

L'âge d'ouverture du droit à la rente pour les femmes

Depuis l'introduction de l'AVS, les hommes mariés âgés de 65 ans touchent la rente de vieillesse pour couple si leur épouse a 60 ans révolus. Cette limite d'âge de la femme a été souvent critiquée et jugée arbitraire. En effet, le mari doit subvenir à l'entretien de sa femme même si elle n'a pas encore 60 ans et a besoin, par conséquent, d'une rente plus élevée qu'une personne vivant seule. En revanche, les femmes vivant seules considèrent que les femmes mariées, qui dès l'âge de 60 ans peuvent bénéficier d'une rente de vieillesse pour couple, sont favorisées d'une manière injuste, et ont demandé à plusieurs reprises l'abaissement de la limite d'âge pour les femmes seules. Le présent projet de loi prévoit donc, pour ce problème délicat, la solution suivante. D'une part, la *rente de vieillesse pour couple* doit revenir, comme par le passé, aux hommes mariés de plus de 65 ans dont l'épouse a dépassé 60 ans. Un abaissement de la limite d'âge de la femme serait non seulement faux du point de vue psychologique, mais entraînerait en outre, pour la femme mariée considérée comme bénéficiaire de rente de vieillesse, notamment en matière d'AI, des inconvénients importants. C'est pourquoi le Conseil fédéral propose d'accorder au mari, pour l'épouse plus jeune — comme dans l'AI — *une allocation familiale sous forme de rente complémentaire*. Cette rente atteindrait 40 pour cent de la rente de vieillesse simple et serait calculée sur la même base que celle-ci. Toutefois, elle n'est prévue que pour les femmes qui ont accompli leur 45^e année. Selon la proposition de revision, l'homme marié âgé de 65 ans obtient ainsi, si son épouse a 45 ans révolus, une rente de vieillesse simple et une rente complémentaire (en tout 140 pour cent); puis, lorsque l'épouse a atteint 60 ans, ces rentes sont remplacées par la rente de vieillesse pour couple, calculée d'après les cotisations des deux époux (160 pour cent).

Quant au droit de la femme seule à une rente de vieillesse, il sera étendu par un abaissement de la limite d'âge; toutefois, puisque les ressources financières doivent être utilisées principalement pour une augmentation sensible des rentes, cet abaissement de la limite d'âge doit être restreint. Le Conseil fédéral propose par conséquent d'accorder désormais la *rente de vieillesse simple aux femmes seules ayant accompli leur 62^e année (au lieu de 63 comme jusqu'à présent)*. Ce système se justifie d'autant plus qu'en cas d'incapacité de gain prématurée, une rente d'invalidité est accordée.

La Commission de l'AVS/AI avait proposé de choisir une solution d'ensemble un peu plus systématique et de n'accorder la rente de vieillesse pour couple qu'aux hommes de 65 ans ayant une épouse de 62 ans; l'épouse âgée de moins de 62 ans aurait alors reçu une rente complémentaire. Ainsi, la limite d'âge de la femme aurait été fixée, uniformément, à 62 ans. Le Conseil fédéral reconnaît parfaitement les avantages systématiques d'une telle solution, mais ne pense pas qu'il y ait des raisons pertinentes de modifier le régime, maintenant bien établi, des rentes de couple.

Les rentes complémentaires pour enfants et les rentes d'orphelins

Le projet de loi prévoit, pour les enfants et les jeunes gens, deux avantages nouveaux. D'une part, les bénéficiaires de rentes de vieillesse — comme ceux de rentes de l'AI — doivent recevoir des *rentes complémentaires* pour leurs enfants. Bien qu'il n'arrive pas très souvent que des personnes âgées doivent subvenir à l'entretien d'enfants, c'est justement dans ces cas-là qu'une contribution aux charges de famille est particulièrement utile.

En outre, dans le cas des orphelins et, par conséquent, des enfants ayant droit aux rentes complémentaires, il est prévu d'élever la limite d'âge du droit à la rente. Actuellement, les orphelins qui font un apprentissage ou des études ont droit aux rentes au plus tard jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. Le Conseil fédéral propose d'étendre ce droit jusqu'à la fin de l'apprentissage ou des études, mais au plus tard jusqu'à l'âge de 25 ans; il espère favoriser par là, au moins dans ce domaine, la formation professionnelle de la nouvelle génération.

Autres points de la revision

Dans son projet, le Conseil fédéral a tenu compte de plusieurs autres points à reviser, moins importants que les précédents. Voici une brève mention de quelques-uns d'entre eux. Comme dans les revisions précédentes, l'augmentation des rentes est accompagnée d'une extension du *barème dégressif des cotisations*. Les travailleurs indépendants et les salariés dont l'employeur n'est pas tenu de cotiser devaient, jusqu'à présent, payer leurs cotisations selon un taux dégressif, si leur revenu n'atteignait pas 9000 francs par an; cette limite de revenu doit être portée à 12 000 francs, et le barème modifié en conséquence. Une autre innovation concerne les *ressortissants suisses à l'étranger, affiliés à l'assurance facultative*, qui auront désormais la possibilité de quitter l'assurance s'ils le désirent, avec garantie des droits acquis. En outre, il est prévu de lever l'*exemption fiscale des rentes extraordinaires*, prévue par la loi sur l'AVS, car ce privilège s'étend actuellement aussi à des bénéficiaires aisés et représente une atteinte à la souveraineté fiscale cantonale. Cette modification ne touchera pas les bénéficiaires nécessaires, car les montants de rentes ne dépassent pas le revenu minimum imposable dans les impôts cantonaux sur le revenu. Enfin, il est prévu d'abroger la prescription selon laquelle les *rentes de veuves et d'orphelins* devaient être réduites lorsque leur somme dépassait le revenu moyen obtenu pendant les trois dernières années par le père décédé. Les changements relatifs aux cotisations des assurés et aux contributions des pouvoirs publics seront exposés avec la question du financement.

Les conséquences financières

La charge financière

Les dépenses supplémentaires de l'AVS résultant de la 6^e revision sont estimées à environ 580 millions par année en moyenne pour la période de 1965 à 1984. Elles dépassent donc très nettement la somme de celles des cinq revisions pré-

cédentes. La *charge totale* de l'AVS dépassera, pour la première année après la revision, le montant de 1,6 milliard, et dépassera 2 milliards dans la moyenne des 20 premières années.

La charge supplémentaire de l'AI consécutive à la 6^e revision est de 40 millions; elle ne pose cependant pas de problèmes financiers particuliers. En outre, si l'on prend en compte la charge annuelle d'environ 140 millions résultant de l'introduction de prestations complémentaires destinées à couvrir les besoins des bénéficiaires, la revision projetée apporterait, dans sa période initiale, *une charge supplémentaire de plus de 700 millions par année* pour l'AVS et l'AI.

La couverture financière

La commission de l'AVS/AI estimait que pendant les 20 premières années, la couverture des nouvelles dépenses totales pourrait être assurée par les recettes de cotisations croissant automatiquement avec les revenus, par une forte mise à contribution des intérêts du Fonds de compensation et par des prestations plus élevées des pouvoirs publics. Le Conseil fédéral s'est rallié dans une large mesure à cette manière de voir, mais propose — surtout pour des raisons liées aux problèmes de la « haute conjoncture » actuelle — *une augmentation de 1/8 du taux des cotisations jusqu'en 1969*. Le taux des cotisations AVS serait ainsi porté de 4 à 4 1/2 pour cent du revenu du travail. Cette augmentation ne toucherait pas les cotisations à l'AI et au régime des APG.

A part les cotisations des assurés et des employeurs, ce sont avant tout les *contributions des pouvoirs publics* qui jouent un rôle prépondérant dans le financement de l'AVS. Les contributions actuelles de la Confédération et des cantons couvrent, en moyenne, pour les années 1965 à 1984, environ 20 pour cent des dépenses de l'AVS. Le Conseil fédéral est d'avis que cette participation ne saurait, en aucun cas, être réduite; il faut bien plutôt que les pouvoirs publics prennent en charge, depuis l'entrée en vigueur de la revision jusqu'en 1984, un cinquième au moins des dépenses accrues, et dès 1985 au moins un quart. Pour la première période de cinq ans, *une contribution publique de 350 millions* est prévue. Cette contribution, qui augmentera au cours des périodes suivantes parallèlement à la hausse des dépenses, ne devra plus être, comme jusqu'ici, à la charge de la Confédération pour deux tiers et des cantons pour un tiers, mais sera *financée aux trois quarts par la Confédération et pour un quart seulement par les cantons*. La Confédération aurait ainsi à verser, dans les cinq années à venir, 263 millions à l'AVS, et les cantons 87 millions. Cette nouvelle répartition des charges se justifie par le fait que la Confédération dispose de ressources provenant de l'imposition du tabac et de l'alcool, ressources qui lui permettent de contribuer plus largement aux dépenses de l'AVS. Toutefois, la réduction de la part cantonale à un cinquième, comme le proposait la commission de l'AVS/AI, a paru trop forte au Conseil fédéral. Il faut, en effet, tenir compte du fait que les augmentations de rentes déchargent les cantons d'une partie de leurs dépenses dans le domaine de l'assistance sociale.

L'entrée en vigueur

La date de l'entrée en vigueur du projet de loi a été activement discutée ces derniers temps. Elle dépendra du rythme des délibérations parlementaires. Nous ne saurions dissimuler, cependant, que l'adaptation des quelque 800 000 rentes de vieillesse, de survivants et d'invalidité ne pourra se faire d'un jour à l'autre. L'administration veillera néanmoins à ce que la décision des Chambres fédérales soit mise à exécution aussi rapidement que possible.

Le projet de loi relatif à la sixième révision de l'AVS

Dans son message du 16 septembre 1963, le Conseil fédéral soumet à l'Assemblée fédérale un projet de loi modifiant la loi sur l'AVS. Le projet de loi et le message ont été commentés en détail, à l'intention du grand public, lors d'une conférence de presse (voir p. 370 du présent numéro).

La RCC donne ci-dessous le texte du projet de loi présenté par le Conseil fédéral.

I

La loi du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants est modifiée et complétée comme suit:

Art. 2, 5^e, 6^e et 7^e alinéas

⁵ Les ressortissants suisses résidant à l'étranger peuvent résigner l'assurance facultative sans préjudice des droits qu'ils ont acquis en vertu de la présente loi.

⁶ Les ressortissants suisses résidant à l'étranger sont exclus de l'assurance facultative si, malgré sommation, ils ne remplissent pas les obligations qui leur incombent. Sont garantis les droits qu'ils ont acquis en vertu de la présente loi.

⁷ Le Conseil fédéral édicte les prescriptions complémentaires sur l'assurance facultative; il fixe notamment les conditions d'adhésion, de résignation ou d'exclusion de l'assurance, et règle la perception des cotisations et l'octroi des prestations. Il peut prévoir des règles particulières au sujet du calcul et de la prise en compte des cotisations incombant aux personnes assurées à titre facultatif.

Art. 3, 1^{er} al.

¹ Les assurés sont tenus de payer des cotisations dès qu'ils exercent une activité lucrative et, dans tous les cas, du 1^{er} janvier de l'année suivant celle où ils ont accompli leur 20^e année jusqu'au dernier jour du mois où ils ont accompli, les hommes leur 65^e année, les femmes leur 62^e année.

Art. 6, 2^e phrase

Si le salaire déterminant est inférieur à 12 000 francs par an, le taux des cotisations est réduit jusqu'à 2 pour cent, selon un barème dégressif qu'établira le Conseil fédéral.

Art. 8, 1^{er} al., 2^e phrase

Si ce revenu est inférieur à 12 000 francs, mais d'au moins 600 francs par an, le taux des cotisations est réduit jusqu'à 2 pour cent, selon un barème dégressif qu'établira le Conseil fédéral.

Art. 19, abrogé

Insaissabilité et compensation des rentes

Art. 20

¹ Le droit aux rentes est incessible et ne peut être donné en gage; il est soustrait à toute exécution forcée. Toute cession ou mise en gage est nulle et de nul effet. L'article 45 est réservé.

² Les créances découlant de la présente loi, ainsi que des lois sur l'assurance-invalidité, sur les allocations aux militaires pour perte de gain et sur les allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans, peuvent être compensées avec des prestations échues.

Art. 21, 1^{er} al.

¹ Ont droit à une rente de vieillesse simple, autant que n'existe pas de droit à une rente de vieillesse pour couple:

- a. Les hommes qui ont accompli leur 65^e année;
- b. Les femmes qui ont accompli leur 62^e année.

Rentes complémentaires pour les proches

Art. 22bis

¹ Les hommes mariés au bénéfice d'une rente de vieillesse simple ont droit à une rente complémentaire pour leur épouse, lorsque celle-ci a accompli sa 45^e année. Ils peuvent prétendre une telle rente pour leur épouse âgée de moins de 45 ans si, immédiatement avant la naissance du droit à la rente de vieillesse simple, ils touchaient une rente complémentaire de l'assurance-invalidité. La femme divorcée est assimilée à la femme mariée si elle pourvoit de façon prépondérante à l'entretien des enfants qui lui sont attribués et si elle ne peut, elle-même, prétendre ni une rente de vieillesse ni une rente d'invalidité. L'article 22, 2^e alinéa, est applicable par analogie.

² Les personnes auxquelles une rente de vieillesse a été allouée ont droit à une rente complémentaire pour chacun des enfants qui, au décès de ces personnes, auraient droit à une rente d'orphelin. Les enfants qui auraient droit à une rente d'orphelin simple donnent droit à une rente simple pour enfants; ceux qui auraient droit à une rente d'orphelin double donnent droit à une rente double pour enfants. Les enfants qui sont adoptés ou recueillis par des personnes qui sont déjà au bénéfice d'une rente de vieillesse ou d'une rente d'invalidité allouée antérieurement ne donnent pas droit à la rente complémentaire. Le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions complémentaires, notamment au sujet du droit de la femme mariée aux rentes complémentaires pour enfants.

Art. 23, 3^e al.

³ Le droit à la rente de veuve prend naissance le premier jour du mois qui suit le décès du mari; il s'éteint par le remariage, par l'ouverture du droit à une rente de vieillesse simple ou par le décès de la veuve. En cas d'annulation du second mariage, le droit à la rente de veuve peut naître à nouveau aux conditions qu'établira le Conseil fédéral.

Art. 25, 2^e al., 2^e phrase

Pour les enfants qui font un apprentissage ou des études, le droit à la rente dure jusqu'à la fin de l'apprentissage ou des études, mais au plus tard jusqu'à l'âge de 25 ans révolus.

Art. 26, 2^e al., 2^e phrase

Pour les enfants qui font un apprentissage ou des études, le droit à la rente dure jusqu'à la fin de l'apprentissage ou des études, mais au plus tard jusqu'à l'âge de 25 ans révolus.

**Cumul avec
d'autres rentes**

Art. 28bis

Le droit à la rente d'orphelin ne prend pas naissance ou s'éteint lorsque l'orphelin peut prétendre une rente d'invalidité ou donne droit à une rente complémentaire pour enfant de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité.

Art. 30, 5^e et 6^e al.

⁵ Pour déterminer la cotisation annuelle moyenne, les cotisations versées jusqu'au 31 décembre 1964 sont revalorisées d'un tiers.

⁶ Le Conseil fédéral établira, pour déterminer les rentes, des tables dont l'usage sera obligatoire; il pourra, à cet effet, arrondir les rentes en faveur des ayants droit. Il est autorisé à édicter des prescriptions spéciales sur la prise en compte des fractions d'années pour lesquelles des cotisations ont été versées, ainsi que des cotisations correspondantes, sur la prise en compte, à titre subsidiaire, des cotisations et années de cotisations de l'épouse lorsque la durée de

cotisations du mari est incomplète, ainsi que sur la non prise en compte des cotisations et années de cotisations durant lesquelles l'assuré a touché une rente d'invalidité.

**Calcul et montant
de la rente complète**

**1. La rente de
vieillesse simple**

Art. 34

¹ La rente de vieillesse simple se compose d'un montant fixe de 1000 francs et d'un montant variable échelonné selon la cotisation annuelle moyenne déterminante.

² Pour déterminer le montant variable, on multiplie par 4 le montant de la cotisation annuelle moyenne jusqu'à 400 francs et par 2 le montant supérieur à 400 francs mais ne dépassant pas 700 francs.

³ La rente de vieillesse simple s'élève toutefois à 1500 francs par an au moins et à 3200 francs au plus.

**3. Les rentes
complémentaires
pour les proches**

Art. 35 bis

¹ La rente complémentaire pour l'épouse et la rente simple pour enfant s'élèvent à 40 pour cent, la rente double pour enfant à 60 pour cent de la rente de vieillesse simple correspondant à la cotisation annuelle moyenne déterminante.

² Les rentes complémentaires sont calculées sur la base des mêmes éléments que la rente de vieillesse.

Art. 38, 2^e al.

² Cette fraction est exprimée par le rapport arrondi des années entières de cotisations de l'assuré à celles de sa classe d'âge. Le Conseil fédéral édicte les prescriptions nécessaires sur l'échelonnement des rentes.

**Réduction des
rentes complémentaires
pour enfants**

Art. 40

La rente complémentaire en faveur d'un enfant naturel est réduite dans la mesure où elle dépasse les aliments dus.

**Réduction de
la rente de veuve
de la femme divorcée**

Art. 41

La rente de veuve revenant à une femme divorcée, conformément à l'article 23, 3^e alinéa, est réduite dans la mesure où elle dépasse la pension alimentaire qui avait été accordée à la femme par décision judiciaire.

Art. 42, 1^{er} et 2^e al.

¹ Les ressortissants suisses domiciliés en Suisse, qui n'ont pas droit à une rente ordinaire ou dont la rente ordinaire est inférieure à la rente extraordinaire, ont droit à cette dernière, si les deux tiers de leur revenu annuel, auquel est ajoutée une part équitable de leur fortune, n'atteignent pas les limites ci-après:

Pour les bénéficiaires de		
Rentes de vieillesse simple et rentes de veuves	Rentes de vieillesse pour couple	Rentes d'orphelins simples et doubles
4000 fr.	6400 fr.	2000 fr.

² Les limites de revenu pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse pour couples sont applicables aux hommes mariés qui ont droit à une rente de vieillesse simple même s'ils ne peuvent pas prétendre une rente complémentaire pour leur épouse. La limite de revenu applicable aux bénéficiaires de rentes de vieillesse simples ou de rentes de vieillesse pour couples est augmentée, pour chaque enfant donnant droit à une rente complémentaire, du montant correspondant à la limite de revenu applicable aux bénéficiaires de rentes d'orphelins. Le Conseil fédéral pourra fixer des limites de revenu communes pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse qui ont droit à des rentes complémentaires pour leurs proches, ainsi que pour les familles de veuves.

Art. 43, 2^e al., 2^e phrase

Sont réservées les réductions prévues aux articles 40 et 41.

Exceptions

Art. 43*bis*

Les limites de revenu mises à l'octroi des rentes extraordinaires par l'article 42, 1^{er} alinéa, et la réduction des rentes prévue à l'article 43, 2^e alinéa, 1^{re} phrase, ne sont pas applicables aux ressortissants suisses suivants, domiciliés en Suisse:

- a. Aux personnes nées avant le 1^{er} juillet 1883 et à leurs survivants;
- b. Aux femmes devenues veuves et aux enfants devenus orphelins avant le 1^{er} décembre 1948;
- c. Aux femmes mariées, aussi longtemps que leur mari n'a pas droit à la rente de vieillesse pour couple;
- d. Aux femmes qui divorcent après l'accomplissement de leur 61^e année.

Art. 63, 3^e al.

³ Le Conseil fédéral peut confier encore d'autres tâches aux caisses de compensation, dans les limites de la présente loi. Il règle la collaboration entre les caisses de compensation et la Centrale de compensation et veille à une utilisation rationnelle de moyens techniques.

Art. 82, 1^{er} al.

¹ Les institutions d'assurance qui ne sont pas reconnues conformément aux articles 75 à 81 sont autorisées, dans un délai de 5 ans à compter d'une augmentation générale des cotisations ou des rentes dues en vertu de la présente loi, à réduire les primes des personnes assurées auprès d'elles, ainsi que celles des employeurs de ces personnes et à y adapter leurs prestations; à cet effet, elles doivent observer les prescriptions de forme relatives à la révision de leurs dispositions, même si celles-ci ne prévoient pas une telle modification. La réduction des primes ne peut toutefois pas dépasser, au total, le montant des cotisations dues en vertu de la présente loi.

Art. 92, abrogé

Art. 92bis, abrogé

Art. 95, 3^e al.

³ Les frais de la Centrale de compensation et les dépenses pour l'affranchissement à forfait, résultant de l'application de la loi du 20 juin 1952 fixant le régime des allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans, sont couverts selon les principes posés aux articles 18, 4^e alinéa, et 19 de ladite loi.

Principe

Art. 102

¹ Les prestations prévues par la première partie de la présente loi sont couvertes par:

- a. Les cotisations des assurés et des employeurs;
- b. Les contributions des pouvoirs publics;
- c. Les intérêts du fonds de compensation.

² Le Conseil fédéral fera examiner en général tous les cinq ans l'équilibre financier de l'assurance, le montant des ressources nécessaires ainsi que l'état des rentes en relation avec les prix et les revenus du travail. Il soumettra les résultats de cet examen, pour préavis, à la commission fédérale de l'assurance-vieillesse et survivants, puis établira un rapport à l'intention des Chambres fédérales. Au besoin, il proposera une juste adaptation des cotisations et des rentes.

Art. 103, 1^{er} et 2^e al.

¹ Les contributions des pouvoirs publics à l'assurance-vieillesse et survivants s'élèvent, jusqu'à fin 1984, au cinquième et dès 1985 au quart au moins des dépenses annuelles moyennes relatives à la période de financement entrant en ligne de compte. L'Assemblée fédérale fixe pour une période de cinq ans le montant des contributions dues, la première fois jusqu'à fin 1969.

² La Confédération prend à sa charge les trois quarts et les cantons prennent à leur charge un quart des contributions prévues au 1^{er} alinéa.

Art. 112, abrogé

II

Les titres marginaux des dispositions légales ci-après sont modifiés comme suit:

Article 18: « Droit aux rentes »

Article 36: « 4. La rente de veuve et l'allocation unique »

Article 37: « 5. Les rentes d'orphelins »

III

La présente loi est également applicable, dès son entrée en vigueur, aux cas où le droit à la rente a pris naissance antérieurement, compte tenu toutefois des dispositions spéciales ci-après:

a. Les rentes ordinaires en cours seront augmentées d'un tiers, mais s'élèveront en tout cas au minimum du genre de rente entrant en considération. Sont réservées les dispositions relatives à la réduction des rentes. Lorsque, par la suite, une rente en cours sera remplacée par une rente d'un autre genre, mais calculée sur la base des mêmes éléments, la nouvelle rente profitera également de l'augmentation. En revanche, si les bases de calcul sont différentes, la nouvelle rente sera calculée conformément aux nouvelles dispositions de la présente loi; à cet effet, pour déterminer la cotisation annuelle moyenne, le supplément de 15 francs prévu au chiffre II, lettre *a*, de la loi fédérale du 23 mars 1961 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants est remplacé par la revalorisation des cotisations, conformément à l'article 30, 5^e alinéa; la nouvelle rente ne sera en tout cas pas inférieure à l'ancienne.

b. Les rentes partielles pour lesquelles le droit a pris naissance avant le 1^{er} janvier 1960 sont remplacées, selon les principes du droit actuel, par des rentes complémentaires ou partielles. Les rentes complètes qui remplacent des

rentes partielles de l'ancien système seront augmentées conformément à la lettre *a*. Si seule une rente partielle du système actuel entre en ligne de compte, son montant est déterminé conformément aux principes du droit actuel; la règle mentionnée sous lettre *a*, 4^e phrase, est applicable par analogie. La nouvelle rente partielle doit être d'un tiers au moins supérieure à l'ancienne.

c. Les rentes de veuves et d'orphelins qui, selon l'ancien droit, ont été réduites jusqu'à concurrence du revenu annuel du père décédé sont augmentées conformément aux lettres *a* et *b* et servies sans réduction.

d. Pour les femmes divorcées qui ont accompli leur 63^e année au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, le chiffre I, article 43*bis*, lettre *d* n'est applicable que si le divorce a été prononcé après l'âge de 62 ans révolus.

IV

Les dispositions suivantes sont valables depuis l'entrée en vigueur de cette loi jusqu'à la fin de l'année 1969:

a. Les cotisations des assurés et des employeurs dues à l'assurance-vieillesse et survivants sont majorées d'un supplément d'un huitième. Ce supplément n'est pas inscrit dans le compte individuel des cotisations et n'est pas remboursé aux étrangers et aux apatrides ou à leurs survivants; il n'affecte pas non plus le calcul des cotisations en matière d'assurance-invalidité et d'allocations pour perte de gain.

b. Le montant des contributions des pouvoirs publics à l'assurance-vieillesse et survivants est fixé à 350 millions de francs par an.

c. Le Conseil fédéral peut augmenter de 40 pour cent au plus la taxe de fabrication sur les cigarettes, selon l'article 122 de la loi fédérale, la taxe sur le papier à cigarettes, selon l'article 130 de la loi fédérale, ainsi que les taux des numéros du tarif 7, 23, 24 et 25 du tarif du droit sur le tabac, joint à la loi fédérale.

V

La loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité est modifiée comme suit:

Article 34, 1^{er} alinéa, 2^e phrase: abrogée

Article 35, 1^{er} alinéa, 2^e phrase: abrogée.

VI

¹ Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur de la présente loi.

² Le Conseil fédéral est chargé de l'exécution. Il est autorisé à prévoir une procédure simplifiée pour fixer l'augmentation des rentes en cours.

L'assurance-pensions en Suède

La Suède possède actuellement un système d'assurance-pensions très complet institué par l'Etat, conçu de manière moderne et ayant un niveau de prestations élevé. Notre exposé est destiné à donner un bref aperçu de la réglementation en vigueur.

En Suède, comme dans d'autres Etats, l'introduction d'une assurance-veillesse et invalidité générale a été, dans une large mesure, une conséquence de l'industrialisation toujours plus grande du pays et des profonds changements de structure économique qui en découlent. L'assurance-pensions fut dès ses débuts conçue comme une assurance-pensions populaire générale, dont le but était d'assurer aux ressortissants suédois, en cas de vieillesse ou d'incapacité de travail, les moyens leur permettant de subvenir, modestement il est vrai, à leur entretien. La première assurance-pensions suédoise, introduite en 1913, qui alors déjà englobait toute la population et avait un caractère obligatoire, n'a toutefois pu satisfaire les espérances qui avaient été mises en elle, bien qu'à diverses reprises on ait apporté des améliorations aux prestations versées. Les bénéficiaires de rentes demeurèrent réduits à recourir, pour subvenir à leur entretien, à des sources de revenus complémentaires et parfois même à faire appel à l'aide de l'assistance publique ou d'autres institutions.

Les efforts entrepris en vue d'une revision totale du système aboutirent enfin, en 1946, à l'élaboration d'une nouvelle *loi sur les pensions populaires*, laquelle prit effet le 1^{er} janvier 1948; avec quelques modifications et adjonctions qui y ont été apportées depuis lors, cette loi est toujours en vigueur aujourd'hui. Etant donné que ces pensions populaires, même en tenant compte des subsides alloués par les pouvoirs publics, ne couvrent pas à elles seules, ou du moins seulement imparfaitement, les frais d'entretien d'une personne, une *loi sur les pensions complémentaires* fut introduite dans le but de compléter la première assurance et d'apporter des améliorations aux conditions de vie des vieillards. Cette loi entra en vigueur le 1^{er} janvier 1960, après avoir fait l'objet de très vives discussions. Dans la pensée du législateur, ces prestations ajoutées à celles du système général doivent garantir à l'ayant droit, au moment de la réalisation de l'événement assuré, non seulement le minimum vital, mais des conditions de vie adaptées à sa situation. Ces derniers temps, la tendance s'est manifestée de réunir les deux régimes d'assurances en un seul système légal.

Les deux régimes d'assurances sont des assurances populaires auxquelles sont affiliées en principe toutes les personnes domiciliées en Suède et inscrites dans les registres de l'état civil. Toutefois, ils présentent des caractéristiques sen-

siblement différentes. Ainsi le système de l'assurance-pensions populaire ne s'applique aux étrangers que sur la base de conventions internationales, alors que le régime des pensions complémentaires s'étend en général à toutes les personnes exerçant une activité lucrative en Suède, sans que leur nationalité soit prise en considération. En outre, les pensions populaires ordinaires, ou pensions de base, sont allouées au moment de la réalisation de l'événement, ou assurés aux ayants droit, sans qu'il soit tenu compte de la durée de l'assurance et du montant des cotisations versées, tandis que l'octroi des pensions complémentaires dépend de l'accomplissement d'un stage d'une durée minimale et des revenus du travail de l'assuré au cours de sa carrière d'assurance.

1. Les ressources nécessaires à l'application de l'*assurance-pensions populaire générale* proviennent dans la proportion de 70 pour cent des pouvoirs publics et de 30 pour cent des cotisations versées par les assurés. Toutes les personnes exerçant une activité lucrative, âgées de 18 à 66 ans, sont astreintes au paiement de cotisations. Actuellement, le montant des cotisations que les célibataires et les couples sont tenus de verser s'élève à 4 pour cent du revenu assujetti à l'assurance, le montant maximum étant de 600 couronnes par an et correspondant à un salaire annuel de 15 000 couronnes. Les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative sont libérées du versement de cotisations. La détermination du montant du revenu assujetti à l'assurance et le prélèvement des cotisations se font lors de l'établissement de l'assiette des impôts et de leur perception. Les cotisations étant sans effet sur le montant des prestations allouées à un assuré, elles forment une sorte d'impôt spécial et elles sont souvent considérées comme tel en Suède. (Les cotisations sont également prélevées auprès des ressortissants de pays avec lesquels il n'a pas été conclu de convention, mais les montants versés sont restitués à la fin de l'année fiscale.) Cet état de fait explique vraisemblablement pourquoi, en Suède, une affiliation volontaire à l'assurance-pensions populaire générale n'a pas été prévue, contrairement à ce qui est le cas dans les assurances-pensions de nombreux pays.

Les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants sont des *pensions uniformes* fixées à un montant déterminé pour les personnes célibataires et les couples; par voie légale, ce montant est cependant périodiquement ajusté à l'indice du coût de la vie. Il y a peu de temps encore, il était exclu que des versements soient effectués à l'étranger; depuis le début de cette année, ces versements peuvent se faire à certaines conditions aux ressortissants suédois, sur la base d'une clause d'exception. En vertu de la convention en matière d'assurances sociales du 17 octobre 1954, les citoyens suisses, s'ils n'ont pas encore touché de pension et s'ils quittent définitivement la Suède, peuvent, sur présentation des reçus, demander à être remboursés des cotisations versées à l'assurance-pensions populaire.

Ont droit à une *pension de vieillesse* tous les ressortissants suédois résidant en Suède et ayant 67 ans accomplis, quelles que soient les conditions de leur revenu ou l'état de leur fortune, ainsi que les citoyens suisses, conformément aux dispositions de la convention susmentionnée, s'ils ont été domiciliés en Suède pendant une durée ininterrompue de 5 ans au moins et s'ils ont atteint

la limite d'âge. La pension de vieillesse est actuellement, si l'on y inclut les allocations de vie chère, de 3325 couronnes par an pour les célibataires et de 5210 couronnes pour les couples, lorsque les deux époux ont droit à une rente et ont accompli l'âge de 67 ans. Le titulaire peut, le cas échéant, demander le versement de la pension par anticipation à partir de 63 ans ou, au contraire, en requérir l'ajournement jusqu'à l'âge de 70 ans avec, pour conséquence, une diminution, ou une augmentation, de 0,6 pour cent par mois. Il est prévu d'augmenter progressivement, sur la base de l'indice du coût de la vie établi en 1957, le taux de ces pensions jusqu'à ce qu'elles atteignent en 1968 le montant de 3600 couronnes par an pour les personnes célibataires et de 5400 couronnes pour les couples.

Les *pensions d'invalidité* s'élèvent, en cas d'invalidité totale, au même montant que les pensions de vieillesse correspondantes. En cas d'invalidité partielle comportant une diminution de la capacité de travail de la moitié au moins, on alloue une pension d'invalidité qui varie entre 1/3 et 2/3 de la pension d'invalidité complète. En outre, la loi prévoit des mesures de réhabilitation variées. Les autorités d'assurance sont tenues d'examiner dans chaque cas d'invalidité, d'une manière approfondie, la possibilité de prendre des mesures en vue de la réhabilitation de l'invalidé avant de procéder à l'octroi d'une pension. La loi prescrit que les assurés aveugles et impotents, outre les mesures de réhabilitation et la pension auxquelles ils ont droit, touchent une allocation d'un montant de 1200 couronnes par an. Lorsque l'ayant droit atteint la limite d'âge, la pension d'invalidité se transforme automatiquement en une pension de vieillesse, l'allocation aux aveugles et impotents continuant à être versée.

Les veuves qui, à la mort de leur époux, ont plus de 50 ans et dont le mariage a duré au moins 5 années, ainsi que celles ayant des enfants de moins de 16 ans, ont droit à une *pension de veuve* complète d'un montant égal à la pension de vieillesse allouée aux célibataires. Les veuves âgées de moins de 50 ans et sans enfants de moins de 16 ans touchent, suivant leur âge, une pension pouvant aller de 1 à 14 quinzièmes du montant de la pension complète. Les veuves âgées de moins de 36 ans à la mort de leur époux ne reçoivent point de pension. Une réglementation analogue est applicable aux femmes divorcées et aux mères célibataires ayant des enfants âgés de moins de 16 ans; les prestations sont les mêmes que celles qui reviennent aux veuves.

A certaines conditions que nous ne pouvons examiner en détail, les *orphelins* ont également droit à des pensions du système général, lesquelles peuvent, le cas échéant, être complétées par des allocations et autres subsides. La *pension simple d'orphelin* est, pour chaque enfant âgé de moins de 16 ans, de 1000 couronnes par an; les *pensions doubles d'orphelins* s'élèvent à 1400 couronnes.

A condition de ne pas dépasser certaines limites de revenu, les ayants droit dont l'épouse a dépassé 60 ans, sans avoir pourtant atteint l'âge ouvrant droit à la rente, reçoivent une allocation dont le montant maximum est de 2215 couronnes par an.

Les bénéficiaires de pensions populaires peuvent également toucher des indemnités de logement qui sont à la charge des communes. Ces indemnités sont échelonnées suivant un classement des localités en diverses zones; elles peuvent toutefois être réduites suivant l'état de fortune ou le revenu de l'ayant droit. Les indemnités de logement varient actuellement, lorsqu'elles ne subissent pas de réduction, entre 200 couronnes dans les communes rurales et 2125 couronnes à Stockholm.

2. En 1960, s'écartant du système général des pensions populaires, l'*assurance-pensions complémentaire* a été introduite. Elle est financée selon les principes de la répartition. Les ressources nécessaires proviennent exclusivement des cotisations versées par les employeurs et les assurés obligatoirement assujettis, à savoir toutes les personnes domiciliées en Suède, âgées de 16 à 65 ans et exerçant une activité lucrative. L'Etat ne verse pas de subsides. Les cotisations des salariés sont à la charge exclusive des employeurs sans prélèvement sur le salaire. En revanche, les personnes exerçant une activité indépendante les paient elles-mêmes entièrement. Les cotisations au régime des pensions complémentaires, prélevées en même temps que les cotisations de l'assurance-maladie et accidents et portées en compte à un fonds institué spécialement à cet effet, avaient été fixées en 1960 à 3 pour cent du revenu imposable; elles s'élèvent actuellement à 6 pour cent et atteindront peu à peu, au cours des prochaines années, 10 pour cent au maximum et suffiront ainsi à couvrir les frais. Comme pour l'assurance-pensions populaire générale, le revenu assujetti à l'assurance est limité. Actuellement, la limite supérieure est fixée à 35 250 couronnes par an et la limite inférieure à un revenu de 4700 couronnes. L'assuré ayant un revenu inférieur à ce montant — appelé montant de base — est libéré du paiement de cotisations. L'assurance-pensions complémentaire, contrairement à l'assurance populaire, prévoit la possibilité de se libérer de l'obligation de verser des cotisations; ainsi, pendant une période transitoire, les assurés pouvaient, en vertu des dispositions légales, déposer une demande en vue de l'exemption du revenu provenant de l'exercice de leur activité indépendante; la même possibilité était donnée aux employés par l'intermédiaire de leur syndicat, si ce dernier avait conclu avec une organisation d'employeurs ou avec un employeur un contrat concernant une assurance-pensions collective. D'autre part, une affiliation volontaire à l'assurance complémentaire n'est pas possible. En revanche, les ressortissants suédois, qui travaillent à l'étranger en qualité d'employés pour le compte d'une entreprise suédoise domiciliée en Suède, peuvent être assujettis en qualité d'assurés obligatoires au régime de l'assurance-pensions complémentaire. En dehors de ces cas, l'affiliation au régime est subordonnée au fait d'avoir son domicile en Suède et d'y exercer une activité.

Pour la détermination des droits futurs à une prestation, on ne porte pas au compte d'un assuré le montant même des cotisations qu'il a versées, mais bien des points de pension calculés, pour chaque année au cours de laquelle il a touché un revenu assujetti à l'assurance, selon la formule: « revenu assujetti diminué du montant de base, divisé par le montant de base ». Ainsi, un

assuré, dont le revenu assujéti est de 25 000 couronnes — le montant de base étant actuellement de 4700 couronnes — obtient 4,32 points de pension, le maximum étant de 6,5 points par an. Un revenu de 5000 couronnes donne 0,06 point de pension.

Les prestations de l'assurance complémentaire qui, soit dit en passant, ne sont versées que depuis le 1^{er} janvier de cette année et sous forme de pensions partielles, sont payées en même temps que les pensions de base (pensions populaires) et varient, contrairement à celles du système général, avec la durée pendant laquelle l'ayant droit a été assuré et avec le montant du revenu de son travail, ainsi qu'il ressort du nombre de points de pension portés au compte de chaque assuré. Elles sont en outre adaptées périodiquement à l'indice du coût de la vie.

En principe, le droit à une pension de vieillesse complémentaire, comme dans l'assurance populaire, prend naissance avec l'accomplissement par l'assuré de sa 67^e année, mais à la condition qu'il ait obtenu des points de pension durant une période de 3 ans, s'il est citoyen suédois, et de 10 ans s'il est étranger. Durant une période d'introduction de 20 ans, la pension complète de l'assurance-vieillesse complémentaire est allouée après 20 ans d'assurance déjà; elle est réduite de 1/20 par année manquante (pour les ressortissants suédois nés entre 1896 et 1923, des dispositions transitoires spéciales sont applicables). Après écoulement de cette période de transition, la durée minimum d'assurance donnant droit à une pension complète sera progressivement élevée jusqu'à 30 ans. La pension complémentaire complète est, dans un cas normal, égale à 60 pour cent du montant de base valable au moment où la rente est devenue exigible, multiplié par le nombre moyen de points de pension au cours des 15 meilleures années de revenu. L'assuré a toutefois le droit de demander par anticipation le versement de sa pension lorsqu'il atteint l'âge de 63 ans, ou bien il peut en requérir l'ajournement jusqu'à ce qu'il ait 70 ans. Dans ces cas, le montant de la pension que l'ayant droit devait toucher à l'accomplissement de sa 67^e année est réduit ou augmenté, selon le cas, de 0,6 pour cent par mois d'anticipation ou d'ajournement.

Les pensions d'invalidité et de survivants sont en principe calculées selon les mêmes règles que celles appliquées aux pensions complémentaires de vieillesse, et leur montant s'établit selon un rapport de pourcentage fixe à l'égard de celles-ci. Ainsi, la *pension d'invalidité complémentaire* allouée en cas d'invalidité totale est égale à la pension de vieillesse complémentaire complète, à laquelle l'assuré aurait eu droit à l'accomplissement de sa 67^e année; en cas d'invalidité partielle, c'est-à-dire en cas d'une diminution de la moitié au moins de la capacité de travail, elle varie entre 1/3 et 2/3 de la pension d'invalidité complémentaire complète. Pour le calcul du montant de la pension, on tient compte du revenu que l'ayant droit aurait pu réaliser durant les années comprises entre le début de son invalidité et l'accomplissement de sa 67^e année, s'il avait bénéficié d'une capacité de travail complète. Les dispositions régissant actuellement les pensions complémentaires d'invalidité partielle ont d'ailleurs un caractère provisoire et doivent être revisées sous peu.

Ont droit, au décès de l'assuré, à une *pension complémentaire de survivants* ses enfants âgés de moins de 19 ans, ainsi que sa veuve, si le mariage avait été contracté avant que le défunt ait atteint l'âge de 60 ans et si ce mariage a duré au moins 5 ans. Les pensions complémentaires de survivants se calculent en pourcentage de la pension de vieillesse complémentaire à laquelle le défunt a eu droit ou qu'il aurait pu prétendre s'il avait atteint l'âge ouvrant droit à la pension. Elle est de 40 pour cent pour un seul survivant, veuve ou enfant, et augmente de 10 pour cent pour chaque survivant en plus, jusqu'à un maximum de 80 pour cent lorsqu'il y a 5 survivants ou plus. Une réglementation restrictive prévoit qu'il ne sera versé des prestations aux survivants d'un assuré de nationalité étrangère que si celui-ci était domicilié en Suède au moment de son décès.

Les prestations de l'assurance complémentaire peuvent être versées à l'étranger à des ayants droit de nationalité suédoise; en revanche, on réduit la pension de moitié ou l'on n'accorde qu'une indemnité forfaitaire aux étrangers qui s'en vont vivre hors de Suède. La convention entre la Suisse et la Suède de 1954 ne s'étend pas à l'assurance complémentaire qui a été introduite postérieurement. Il est à prévoir que lorsque le champ d'application de cette convention sera étendu, par voie de révision, à l'assurance-invalidité suisse, il le sera également à l'assurance-pensions complémentaire.

La révision de l'article 78, 2^e alinéa, RAI¹

L'ancienne règle

Aux termes de l'article 60, 1^{er} alinéa, lettres a et b, LAI, la commission AI doit examiner si le requérant peut être réadapté, déterminer les mesures de réadaptation et, au besoin, établir un plan d'ensemble de réadaptation. C'est en vue de l'accomplissement de cette tâche et d'autres missions que le législateur a institué la commission AI, collège de cinq personnes représentant chacune une spécialité différente. Pour que le but visé par la loi soit atteint, il faut donc que la commission AI puisse rendre un prononcé suffisamment tôt *avant* l'application des mesures de réadaptation demandées. Il est d'ailleurs dans l'intérêt de l'assuré lui-même de bénéficier des mesures les plus appropriées. Ce principe selon lequel la commission AI doit rendre préalablement son prononcé est formulé à l'article 78, 2^e alinéa, RAI; le TFA en a reconnu la légalité, et l'arrêté du Conseil fédéral du 10 juin 1963¹ n'a pas modifié cette donnée de base.

Toutefois, l'application stricte et absolue de ce principe conduirait à des rigueurs excessives. Que l'on pense par exemple aux mesures médicales urgentes!

¹ Voir RCC 1963. p. 277, et page de couverture 4 du N^o de juillet.

L'article 78, 2^e alinéa, RAI prévoit donc des exceptions, qui étaient liées aux conditions suivantes dans l'ancien système: Premièrement, il devait s'agir d'une mesure urgente, dont l'intérêt de l'assuré exigeait qu'elle fût appliquée sans retard; secondement, la demande devait avoir été introduite auprès de la commission AI dans les trois mois suivant le début de l'exécution de la mesure. L'expérience ayant montré que ces modalités étaient trop restrictives, le Conseil fédéral a modifié, par ledit arrêté, l'article 78, 2^e alinéa, RAI.

Les améliorations apportées par la revision

L'arrêté du Conseil fédéral portant modification dudit article a adouci de la manière suivante les deux conditions mises à la prise en charge exceptionnelle de mesures déjà appliquées.

1. En premier lieu, la formule « si l'intérêt de l'assuré exige qu'une mesure de réadaptation soit exceptionnellement appliquée avant d'avoir été prescrite », interprétée par le TFA comme une condition d'urgence, a été remplacée par l'exigence de *motifs valables*. Cela permet une interprétation plus large. Dans le supplément du 26 juin 1963 à la circulaire de l'OFAS concernant le paiement des mesures de réadaptation (où l'expression « raisons majeures », au lieu de « motifs valables », s'est glissée par erreur), cette condition est considérée comme remplie lorsqu'on ne peut pas raisonnablement exiger que l'assuré attende le prononcé de la commission AI pour commencer l'exécution des mesures nécessaires.

A titre d'exemple, la circulaire cite le cas où le médecin a prescrit l'application de mesures médicales. Il y a prescription médicale lorsque le médecin constate que l'affection dont souffre le patient nécessite des soins et conclut, dans son diagnostic, que le traitement doit débiter aussitôt. On ne peut guère exiger du patient qu'il se mette à discuter avec son médecin des mesures ordonnées par ce dernier. Même si, par la suite, l'urgence des mesures en cause apparaît douteuse, on devra néanmoins admettre l'existence d'un « motif valable ». Une enquête complémentaire n'est alors nécessaire que si des circonstances spéciales font apparaître clairement que l'assuré aurait fort bien pu adresser préalablement sa demande à la commission AI et attendre son prononcé. Des circonstances de ce genre existent par exemple lorsque la commission AI a expressément demandé à l'assuré d'attendre qu'elle se soit prononcée, ou que le médecin diffère l'application du traitement prescrit, de façon à permettre le déroulement normal de la procédure. En pareil cas, un « motif valable » ne peut être admis que si le mal s'est aggravé brusquement, contre toute attente, et a rendu nécessaire l'application immédiate des mesures prévues.

Un autre motif valable réside dans l'obligation de respecter les périodes scolaires, dans les cas de formation scolaire spéciale. En attendant le prononcé de la commission AI, l'assuré risquerait de voir sa place occupée par un autre élève et de subir ainsi du retard dans sa formation scolaire. En pareilles circonstances, toutefois, il convient de réserver également les cas où l'on pouvait raisonnablement exiger du requérant le dépôt préalable de sa demande de prestations.

Ces deux exemples montrent dans quel sens il faut comprendre l'exigence de « motifs valables ». Mis à part les cas mentionnés ci-dessus, où l'existence de motifs valables peut être présumée, dans une certaine mesure, on recherchera chaque fois la solution qui s'impose à la lumière des circonstances propres au cas concret.

2. La seconde condition qui doit être remplie, pour que l'AI puisse prendre en charge les mesures de réadaptation anticipées, c'est que la demande soit déposée dans le délai légal. Ce délai, de trois mois à l'origine, a été prolongé à six mois. En effet, comme le montrent les expériences faites depuis l'introduction de l'AI, l'assuré croit souvent que son médecin ou sa caisse-maladie ont entrepris le nécessaire pour sauvegarder ses droits envers cette assurance, et ne constate son erreur qu'après un certain temps, au moment où il reçoit des factures impayées. En lui permettant désormais de faire encore valoir ses droits dans les six mois qui suivent le début de l'exécution de la mesure, le RAI lui accorde un délai raisonnable.

La détermination du point de départ de ce délai est réglée en détail dans la circulaire précitée.

La nécessité d'une information plus complète

Bien que la révision de l'article 78, 2^e alinéa, RAI apporte un allègement sensible, la prise en charge par l'AI de mesures de réadaptation déjà appliquées n'en continue pas moins de revêtir un caractère exceptionnel. La règle fondamentale, c'est le principe du prononcé rendu préalablement par la commission AI. Ce principe subsiste, et il convient de le rappeler aux intéressés à chaque occasion.

En lisant les rapports annuels 1962 des commissions AI et des offices régionaux AI

Les commissions AI et les offices régionaux doivent présenter à l'Office fédéral des assurances sociales un rapport annuel sur leurs activités. Ces rapports, qui ne constituent d'ailleurs qu'un aspect des moyens de contrôle et de surveillance prévus par la loi, sont d'une grande utilité, comme le montrent ici quelques extraits des nombreuses informations reçues par cette voie sur l'exercice 1962. Ils renseignent sur les multiples prestations de l'AI, sur les expériences faites et les difficultés rencontrées dans l'application des prescriptions légales et instructions administratives, sur les effets pratiques de la jurisprudence, sur le succès de certaines mesures de réadaptation, etc. Les notes suivantes, sans prétendre être complètes, donnent un aperçu des activités de ces organes de l'AI.

Les mesures médicales

De nombreux rapports soulignent l'étendue et l'importance des mesures médicales. Certes, la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA) et la pratique administrative ont établi en 1962 de nouveaux critères de délimitation entre les mesures médicales visant le traitement de l'affection comme telle et celles qui visent la réadaptation professionnelle; néanmoins, l'application des dispositions édictées sur ce point offre encore certaines difficultés. L'examen des cas-limites, en particulier, par exemple des opérations de la coxarthrose et des cures de bains, n'est souvent pas facile. A ce sujet, une commission AI demande s'il ne serait pas utile de dresser une liste, comprenant d'une part les atteintes à la santé à prendre en considération et d'autre part les mesures adéquates que l'AI devrait prendre en charge. Toutefois, comme les critères d'une telle délimitation ne sont pas seulement médicaux mais aussi d'ordre économique, cette liste n'éliminerait pas tous les problèmes.

Quelques commissions AI rapportent que le traitement des nombreux cas d'infirmités congénitales n'offre en général aucune difficulté particulière. Cependant, comme il est malaisé d'évaluer l'influence probable de certaines infirmités congénitales (désignées dans la liste de l'OIC par un astérisque) sur la capacité de gain, une autre commission AI demande si, lors d'une révision de l'OIC, ces infirmités ne devraient pas être rayées ou l'astérisque supprimé. Il n'est pas rare que de petits enfants souffrent de plusieurs infirmités congénitales; une commission AI mentionne le cas d'un enfant en traitement pour six infirmités congénitales différentes, et pour lequel l'AI, de l'été 1960 à fin 1962, a payé une somme de 26 000 francs environ.

Les mesures d'ordre professionnel

L'orientation professionnelle et le placement

Les assurés qui, par suite d'invalidité, sont gênés dans le choix de leur profession ou dans l'exercice de leur activité ont droit à l'orientation professionnelle. L'orientation incombe à l'office régional, qui peut aussi la confier à un service social ou à un office public d'orientation professionnelle; au besoin, elle peut être liée à un essai de travail pratique ordonné par la commission AI ou à un stage dans un centre de réadaptation ou de formation. Divers offices régionaux AI ont noté que ce genre de prestation était de plus en plus sollicité, particulièrement par les jeunes invalides; c'est, croit-on, parce que les intéressés sont mieux informés sur l'AI et reconnaissent l'importance d'un choix professionnel judicieux leur permettant de mettre en valeur, plus tard, leur capacité de gain. Un office régional constate que les jeunes invalides ont souvent la tendance à réaliser leurs ambitions professionnelles avec le minimum d'effort, afin de pouvoir exercer le plus rapidement possible une activité lucrative. Une formation rapide, destinée uniquement à acquérir les connaissances professionnelles nécessaires à un travail moins qualifié, est souvent préférée à un apprentissage com-

plet. Un autre office régional fait remarquer avec raison, en rappelant les rapports étroits qui existent entre les diverses mesures de réadaptation d'ordre professionnel, que les jeunes invalides ne devraient pas être orientés seulement quelques jours avant de quitter l'école, comme cela arrive constamment, mais au plus tôt, de façon que les possibilités de formation existant à un moment déterminé puissent être effectivement reconnues.

La plupart des commissions AI et offices régionaux rapportent que la forte demande de main-d'œuvre qualifiée et la grande compréhension de nombreux employeurs facilitent considérablement les placements. Cependant, les essais de placement obtiennent un succès très différent d'une région à l'autre. Ainsi, une commission AI rapporte que dans sa circonscription, malgré la « haute conjoncture » et les efforts de l'office régional, il est difficile, voire impossible, de procurer à certains invalides un travail permettant de subvenir à leurs besoins, particulièrement à ceux qui avaient déjà reçu une formation de base avant l'entrée en vigueur de l'AI. Selon plusieurs rapports, les complications sont généralement plus grandes lorsqu'il s'agit de placer les invalides de caractère instable, ceux qui ne peuvent fournir un grand effort physique ou moral, ceux qui sont limités dans leurs mouvements, les jeunes débiles mentaux, les invalides ayant des connaissances et une expérience professionnelles réduites et les manœuvres âgés habitués à des travaux pénibles. Le placement est parfois compliqué aussi par la pénurie de logements, le problème du transport des grands handicapés et le maintien de liens personnels. En revanche, le placement d'invalides ayant une bonne formation professionnelle est considérablement facilité; un office régional souligne l'importance d'une bonne formation dans les ateliers de réadaptation et note que les invalides formés dans ces ateliers peuvent, normalement, être tout de suite réadaptés. En revanche, il reste très difficile de procurer du travail à domicile.

La formation professionnelle initiale

Conformément à l'article 16 LAI, seuls les frais supplémentaires de la formation professionnelle initiale dus à l'invalidité sont pris en charge par l'AI. Quelques commissions AI sont dans l'incertitude quand elles doivent déterminer ces frais supplémentaires dans des cas concrets. Un office régional préfère, dans la mesure du possible, faire suivre aux assurés un apprentissage complet, sinon une formation accélérée dans l'économie publique. Parmi les difficultés qui risquent de compromettre le succès d'un apprentissage, on mentionne l'impossibilité de procurer, dans l'AI, un véhicule à moteur adéquat aux apprentis et la pénurie des logements au lieu de travail. Un office régional signale particulièrement le manque d'ateliers de réadaptation spéciaux pour paraplégiques, de même que l'absence d'un home pour les assurés aptes à recevoir une formation pratique, mais qui ne travaillent pas dans des ateliers d'occupation permanente et ont besoin de soins appropriés. Un autre office régional remarque qu'il est essentiel d'aider l'invalidé aussi après sa réadaptation, car le succès de cette dernière n'est assuré, bien souvent, qu'à cette condition.

Le reclassement et la rééducation dans la même profession

Les critères de la délimitation entre la formation professionnelle initiale et le reclassement, fixés par la jurisprudence du TFA et la pratique administrative, contribuent, selon plusieurs rapports de commissions AI et d'offices régionaux, à éclaircir le problème du droit à ces mesures. Cependant, une commission AI remarque que les exigences des parents envers l'AI sont parfois incompréhensibles. On s'imagine souvent qu'il incombe à l'AI de procurer aux jeunes invalides libérés des écoles, le plus tôt possible, un salaire de manœuvre, après quoi l'on présente de nouvelles demandes pour une meilleure formation professionnelle. De nombreux rapports constatent que les assurés ayant subi un reclassement approprié peuvent être placés sans grands frais et que, par la suite, leurs conditions de travail sont souvent stables. Le succès du reclassement d'un invalide de plus de 40 ans est jugé aléatoire par un office régional, tandis qu'une commission AI, se référant à ses propres expériences, nie énergiquement qu'il dépende surtout de l'âge de l'assuré; le facteur déterminant, ce sont bien plutôt toutes les circonstances du cas particulier. Se fondant également sur leurs expériences, quelques offices régionaux estiment qu'il est extrêmement important de tenir compte des exigences physiques et morales plus dures de la réalité professionnelle déjà pendant le reclassement, mais particulièrement vers la phase finale, afin que le succès de la réadaptation ne soit pas compromis. L'aspect financier individuel du reclassement (indemnités journalières, prise en charge des frais de pension) mérite également d'être mieux compris; la période de reclassement signifie en effet, pour beaucoup d'invalides qui attendent la récupération de leur capacité de gain, la prolongation d'une situation financière très critique. Quant à la rééducation, assimilée au reclassement, elle a été peu demandée pendant l'exercice 1962, parce que, croit-on généralement, les entreprises et exploitations qui tiennent à garder une main d'œuvre qualifiée exécutent elles-mêmes les mesures nécessaires.

L'aide en capital

Conformément à la jurisprudence du TFA, le droit à l'aide en capital est soumis aux conditions fixées dans la LAI et le RAI. Or ces conditions sont si nombreuses, selon une commission AI, que cette mesure ne peut être que rarement accordée. Un office régional estime qu'il faudrait adopter une pratique judiciaire moins restrictive, afin de créer d'autres possibilités de réadaptation. Il faut souligner cependant qu'aucune aide en capital ne peut être accordée, par exemple, pour le redressement financier, la rationalisation ou l'agrandissement d'une exploitation déjà existante, car dans ce cas le besoin d'aide en capital n'est pas dû à l'invalidité.

La formation scolaire spéciale

Selon les rapports, l'examen des conditions donnant droit à cette mesure n'offre, en règle générale, aucune difficulté. Cependant, les problèmes ne sont pas totalement absents. Ainsi, une commission AI, à qui furent présentées, confor-

mément à l'article 19 LAI, de nombreuses demandes de subsides pour des cours ambulatoires d'orthophonie, selon l'article 10, 2^e alinéa, RAI, s'est heurtée au problème de la délimitation entre les difficultés d'élocution graves et celles de caractère bénin (art. 9, 1^{er} alinéa, lettre f, RAI). Dans la pratique, elle a résolu ce problème de la façon suivante: La contribution pour formation scolaire spéciale est accordée aux enfants à l'âge scolaire qui souffrent encore de difficultés d'élocution; par contre, les enfants à l'âge pré-scolaire ne reçoivent une contribution à l'enseignement d'orthophonie que s'il est à prévoir, selon toute vraisemblance, que le développement de leur langage ne sera pas achevé avant le début de la scolarité; dans ces cas, on se fondera sur l'expertise d'un logopédiste. Une commission AI constate que la condition posée à l'article 9, 1^{er} alinéa, lettre a, RAI, selon laquelle une contribution pour la formation scolaire spéciale n'est accordée aux mineurs débiles mentaux que si le quotient d'intelligence ne dépasse manifestement pas 75, s'est avérée juste dans la pratique.

Plusieurs commissions AI considèrent comme particulièrement urgente la solution des problèmes suivants: la création de nouvelles possibilités de formation scolaire spéciale en général, mais particulièrement pour les débiles mentaux aptes à recevoir une formation pratique (étant donné le manque de places dans les écoles spéciales, et les délais d'attente trop longs qui peuvent en résulter, on peut craindre que la réadaptation professionnelle future ne soit sérieusement compromise); la création de possibilités d'emploi pour arriérés ayant subi une formation scolaire spéciale; l'exécution rapide de la procédure de reconnaissance, de manière que l'aide et la formation nécessaires à l'invalidé soient garanties; l'augmentation de la contribution aux frais d'école et de pension.

Les contributions pour mineurs inaptes à recevoir une instruction

L'examen des conditions d'octroi d'une contribution aux mineurs inaptes à recevoir une instruction est confié en général aux services sociaux, qui procèdent à une enquête sur place au moyen d'un questionnaire spécial. Cette manière de faire s'est toujours révélée satisfaisante. Une commission AI relève que la possibilité d'accorder une contribution aux mineurs inaptes à recevoir une instruction, aussi pour les soins donnés à la maison, dans le cadre des conditions fixées par le TFA, s'est révélée très utile, vu le manque de places dans les établissements. Cependant, comme les restrictions mises à l'octroi de ces contributions limitent le nombre des bénéficiaires, une autre commission AI propose qu'une prochaine révision des dispositions y relatives en facilite l'octroi.

La remise de moyens auxiliaires

En règle générale, les commissions AI ont résolu sans difficulté le problème de l'octroi d'un moyen auxiliaire dans le cadre des dispositions légales, de la jurisprudence du TFA et de la pratique administrative. Parfois, cependant, elles se

heurtent au problème de la délimitation entre moyens auxiliaires et mesures médicales au sens de la LAI, d'une part, et traitement de l'affection comme telle, d'autre part, par exemple lorsqu'il s'agit de la remise de lits plâtrés, de gouttières plâtrées, de corsets de redressement ou de la location de béquilles. Une commission AI a décidé que, par exemple, les lits plâtrés pouvant avoir une influence décisive sur une affection et les béquilles, temporairement nécessaires après une opération, font partie intégrante du traitement médical et, par conséquent, ne doivent pas être accordés à titre de moyens auxiliaires mais, le cas échéant, seulement à titre de mesures médicales de réadaptation.

A diverses reprises, on a exprimé le regret que l'AI n'accorde que les moyens auxiliaires nécessaires à la réadaptation professionnelle. Cependant, il ne faut pas en conclure que les moyens auxiliaires soient accordés seulement s'ils sont en étroit rapport avec la réadaptation; il est possible d'en fournir à une ménagère, par exemple, pour l'exercice d'une de ses activités habituelles, s'il s'agit d'appareils de travail spéciaux pour invalides ou d'appareils auxiliaires nécessités par l'invalidité. Une commission AI rapporte que l'opinion publique s'étonne souvent de voir l'AI accorder des véhicules à moteur à des assurés qui auraient matériellement les moyens de s'en procurer eux-mêmes. A ce sujet, il faut souligner que les prestations de l'AI, en principe, ne sont pas des prestations de besoin et que ces invalides, sans ces véhicules à moteur, ne pourraient pas exercer leur activité professionnelle et, par conséquent, tomberaient souvent à la charge de la société. Plusieurs commissions AI et offices régionaux souhaitent encore la solution des problèmes suivants: la remise de moyens auxiliaires dans les cas où ils ne servent pas à l'exercice d'une activité lucrative; le contrôle de l'entretien des moyens auxiliaires, particulièrement des véhicules à moteur; l'assouplissement des dispositions sur l'octroi de véhicules à moteur dans les cas de formation professionnelle initiale, de reclassement et de placement comportant des difficultés de transport; la réglementation de l'octroi des chaussures orthopédiques, en particulier des octrois réitérés de nouvelles chaussures, et de la part que l'assuré doit payer lui-même; la réglementation de l'octroi des lunettes, particulièrement dans les cas de strabisme; la réglementation concernant les réparations peu coûteuses de moyens auxiliaires qui, jusqu'à concurrence d'un montant maximum, devraient être par exemple de la compétence des secrétariats AI.

Problèmes d'application de l'AI ¹

Infirmités congénitales :

Hernie inguinale congénitale

Selon l'article 2, chiffre 96, OIC, le traitement de cette infirmité n'est pris en charge par l'AI qu'après confirmation opératoire. Or, il arrive qu'un nourrisson ou un petit enfant atteint de cette infirmité ne puisse, pour diverses raisons, être opéré immédiatement, mais nécessite, jusqu'au moment où cette intervention pourra être entreprise, un traitement conservateur assez long. Dans ces cas-là, si le diagnostic a été établi avec certitude, il est admissible que la commission AI mette les frais du traitement conservateur à la charge de l'AI pour une durée exactement déterminée et demande ensuite un nouveau rapport médical.

Moyens auxiliaires :

Lunettes et verres de contact

Conformément aux articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 14, 2^e alinéa, RAI, des *lunettes* ne sont fournies aux frais de l'AI que si elles sont le complément important de mesures médicales de réadaptation. Ce moyen auxiliaire ne peut donc être accordé que si les conditions mises à l'octroi de mesures médicales, conformément aux articles 12 ou 13 LAI, sont remplies — simultanément ou à un autre moment.

Selon la pratique en vigueur, les *verres de contact* sont assimilés aux lunettes pour autant qu'ils remplissent la même fonction qu'elles. Toutefois, lorsque les effets d'une affection oculaire ne peuvent être supprimés ou atténués que par des verres de contact et non par des lunettes (comme par exemple en cas de kératocône), les verres de contact sont réputés prothèse partielle de l'œil et, par là, moyen auxiliaire pour les organes sensoriels conformément à l'article 14, 1^{er} alinéa, lettre d, RAI.

La restriction prévue aux articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 14, 2^e alinéa, RAI n'est pas applicable aux *télélunettes*, qui ne sont pas des lunettes proprement dites, mais des appareils optiques spéciaux. Dès lors, ces télélunettes doivent être prises en charge par l'AI comme moyens auxiliaires tant qu'elles sont nécessaires à la formation scolaire et à la réadaptation professionnelle d'un assuré.

¹ Extraits du « Bulletin de l'AI » N° 47.

Abréviation pour « assurance-invalidité »

Il convient de rappeler ici que l'abréviation officielle est « AI » en français et « IV » en allemand.

BIBLIOGRAPHIE

Arnold Saxer : **Die soziale Sicherheit in der Schweiz**. 116 pages, Editions Paul Haupt, Berne 1963.

Les assurances sociales suisses ont été, il y a deux ans, l'objet d'une brève publication de l'Association internationale de la sécurité sociale. Cependant, les conditions spéciales qui règnent dans notre pays offrent un aspect très varié, et l'évolution des assurances sociales se poursuit sans cesse; aussi a-t-il fallu traiter ce sujet à nouveau et d'une manière plus complète. Sur l'initiative du service de presse étrangère de la Fondation « Pro Helvetia », M. Saxer, ancien directeur de l'OFAS, s'est chargé de ce travail. Sa nouvelle publication présente avec clarté les multiples aspects des assurances sociales de notre pays. On croit trop facilement que notre pays est en retard sur les autres, dans ce domaine; M. Saxer réfute cette opinion en rappelant les mesures prises par la Confédération, les cantons, les communes, les associations professionnelles, les employeurs, les salariés et de nombreuses institutions privées en faveur de la sécurité sociale.

Cette publication apporte une contribution importante à l'étude des assurances sociales. C'est la première fois que l'on trouve un exposé détaillé sur le droit régissant les conventions internationales dans ce domaine, ainsi qu'un tableau synoptique des conventions conclues.

Une traduction anglaise de ce travail est en préparation; une version française est également prévue.

La publication de M. Saxer est vivement recommandée aux caisses de compensation et aux autres organes d'exécution des assurances sociales en Suisse.

Rita Rüttimann : **Invalidentport in der Schweiz**. Fasc. 18 des « Kleine Schriften zur Psychologie, Pädagogik und Heilpädagogik » publiées par l'Institut de pédagogie curative de Lucerne. 136 pages. Editions Antonius, Soleure, 1963.

Le journal des prothèses, attelles et aides techniques. Revue médicale et technique, éditée par la Société internationale pour la réadaptation des handicapés. Le fascicule 8/9 de 1962 contient notamment

les articles suivants: *William A. Tosberg*: Das einstellbare Bein und seine Anwendungsmöglichkeiten, p. 17-21. Docteur *R. Dederich*, médecin-chef: Amputationstumpfrkrankheiten und ihre chirurgische Behandlung, p. 29-33. Cette revue peut être commandée à la Gesellschaft und Heim für Körperbehinderte in Dänemark, Esplanaden 34, Copenhague.

Die Rehabilitation. Revue de la réadaptation médicale, scolaire, professionnelle et sociale, publiée par la Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter. Le 2^e fascicule de 1963 contient notamment les articles suivants: *L. Stollreiter*: Die berufliche Eingliederung und Wiedereingliederung von Epileptikern als psychologisches Problem, p. 62-67. *K. Lindemann* et *E. Marquardt*: Doppelseitige Prothesenversorgung bei armlosen Kleinkindern, p. 68-72. Editions Georg Thieme, Stuttgart.

Revue suisse des assurances sociales. Le 2^e fascicule de 1963 contient notamment: *Peter Binswanger* et *Giacomo Bernasconi*: Die AHV als Basisversicherung oder als existenzsichernde Versicherung? (p. 77-97). *Otto Büchi*: Werdendes Sozialversicherungsrecht des Bundes (p. 145-158). Editions Stämpfli & Cie, Berne.

PETITES INFORMATIONS

Nouvelles interventions parlementaires

Question écrite de Courten du 17 juin 1963

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

« 1. Le système consistant à déterminer le montant des prestations sociales en se fondant uniquement sur le revenu agricole défavorise l'homme de la terre, spécialement celui de la montagne.

L'enfant pour les allocations familiales, le soldat pour les allocations militaires, l'invalidé pour les indemnités journalières, le vieillard pour les rentes reçoivent dans l'agriculture des prestations sociales inférieures comparativement aux autres.

2. Le remboursement des primes concernant l'assurance-accidents dans l'agriculture est soumis à des conditions telles que par exemple en Valais, il n'y a pas eu jusqu'à ce jour un seul remboursement.

Le Conseil fédéral est-il disposé à apporter les correctifs nécessaires pour rendre les prestations sociales plus efficaces dans la lutte contre la désertion de la terre? »

Question écrite
Kolly
du 20 juin 1963

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

« Selon la loi fédérale révisée le 16 mars 1962, les petits paysans de condition indépendante qui vouent leur activité principale à l'agriculture ont droit aux allocations familiales si leur revenu n'excède pas 5500 francs par an, plus 700 francs par enfant.

La première année d'application a fait ressortir que le nombre des bénéficiaires est moins élevé que prévu; d'autre part, la diminution accélérée des exploitations agricoles paysannes fait que d'ici peu, cette loi n'aura plus l'effet qu'on en attendait.

Etant donné que les lois sociales sont toujours en mouvement, le Conseil fédéral est prié de dire si le but de la loi a bien été atteint et s'il n'y aurait pas possibilité de relever les limites de revenu par enfant, ceci pour tenir compte de l'évolution de la valeur de l'argent, du fait que les familles paysannes assurent aux autres secteurs de l'économie, dont la prospérité est remarquable, un apport important de forces nouvelles, car malgré tout ce qui a été entrepris, la situation de l'agriculture reste très précaire. »

**Interventions
parlementaires
traitées**

Le Conseil fédéral a donné, le 3 septembre 1963, la réponse suivante à la question écrite Kolly:

Question écrite Kolly,
du 20 juin 1963

« Jusqu'au 1^{er} juillet 1962, seuls les petits paysans de la montagne avaient droit aux allocations pour enfants si leur revenu net n'excédait pas 4000 francs par année, un supplément de 500 francs par enfant s'ajoutant à cette limite. A la date précitée, des allocations pour enfants ont également été instituées en faveur des petits paysans de la plaine et, pour tous les petits paysans, la limite de revenu a été fixée à 5500 francs et le supplément pour enfant à 700 francs.

Les nouvelles dispositions sur les allocations pour enfants aux petits paysans de la plaine ne sont en vigueur que depuis un peu plus d'une année seulement, si bien que leurs effets ne peuvent pas encore être appréciés de façon sûre. Il serait par conséquent prématuré de relever aujourd'hui déjà la limite de revenu. Le Conseil fédéral réexaminera toutefois cette question en temps utile. »

**Allocations familiales
dans le canton
de Soleure**

Un projet de loi modifiant celle sur les allocations familiales aux salariés a été adopté par le Grand Conseil le 26 juin 1963. Les modifications les plus importantes qu'il prévoit sont les suivantes:

Allocations
pour enfants

Le taux de l'allocation pour enfant a été porté de 10 à 25 francs par mois et par enfant. La limite d'âge demeure la même. Les salariés astreints judiciairement à verser une pension alimentaire pour des enfants doivent verser les allocations en sus de cette pension, à moins que le juge n'ait prévu une exception.

Salariés étrangers

Les salariés étrangers qui habitent en Suisse avec leurs enfants, ou dont les enfants résident de manière durable en Suisse, sont assimilés aux travailleurs suisses.

Les salariés étrangers qui habitent avec leurs enfants à l'étranger ou dont les enfants résident de manière durable à l'étranger ont droit aux allocations pour leurs enfants légitimes et adoptifs de moins de 16 ans révolus. Le droit à l'allocation n'existe cependant que si le salarié ne peut recevoir ou réclamer des allocations pour enfants ou des allocations familiales correspondantes d'une autre caisse publique du même genre. En vertu d'un arrêté du Conseil d'Etat, la caisse cantonale verse déjà des allocations aux salariés étrangers depuis le 1^{er} juillet 1963 sous réserve des restrictions mentionnées ci-dessus.

Entrée en vigueur

Les nouvelles dispositions sont encore soumises au vote populaire. Leur entrée en vigueur est prévue pour le 1^{er} janvier 1964, sous réserve de ce vote.

Allocations familiales dans le canton de Bâle-Campagne

Le 16 juillet 1963, le Conseil d'Etat a pris un arrêté concernant le versement des allocations pour enfants aux salariés qui ne sont pas occupés à plein temps ou dont l'emploi n'est que temporaire. Cet arrêté prévoit, pour l'essentiel, ce qui suit:

Les salariés qui ne sont pas occupés à plein temps et dont les rapports de service ont une durée indéterminée reçoivent l'allocation complète si la durée hebdomadaire du travail excède 35 heures en moyenne et la demi-allocation, si cette durée est de 15 à 35 heures; tout droit à l'allocation est caduc lorsque la durée hebdomadaire du travail est inférieure à 15 heures en moyenne. Cette règle ne s'applique pas en cas de chômage partiel.

Si le salarié entre au service d'un employeur avant le 16 ou quitte son emploi après le 15 du mois, l'allocation est versée pour le mois entier; lorsque les rapports de service commencent après le 15 ou prennent fin avant le 16 du mois, le salarié n'a pas droit aux allocations pour le mois en cause.

En cas de rapports de travail comportant une durée d'occupation inférieure à un mois complet, les salariés ont droit à une allocation d'un franc par enfant pour chaque journée de travail, ainsi que pour les samedis libres et les fêtes coïncidant avec un jour ouvrable, si la durée journalière de travail est de six heures au moins.

Si un salarié bénéficie d'un congé non payé de plus de deux semaines, il n'a pas droit aux allocations pendant toute la durée du congé.

Allocations familiales dans le canton de Neuchâtel Le règlement d'exécution de la loi sur les allocations familiales aux salariés, du 14 novembre 1945, a été remplacé par un nouveau règlement d'exécution du 3 septembre 1963, entré en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} août 1963.

Le nouveau règlement contient des dispositions détaillées sur l'allocation de formation professionnelle. En cas de maladie ou d'accident, le paiement des allocations est maintenu pour une durée de 6 mois au moins (jusqu'ici 3 mois).

Nouvelles personnelles M. *Adolf Baumann*, qui a dirigé pendant de longues années l'agence communale AVS de Zurich, a pris sa retraite l'été dernier. Très attaché à son travail et très doué pour les problèmes d'organisation, il avait occupé cette fonction depuis l'entrée en vigueur du régime des allocations pour perte de salaire et de gain, au début de l'année 1940. L'agence sera dirigée désormais par M. *Hermann Müller*.

Le comité de direction de la caisse de compensation d'entreprises suisses de transport a nommé un nouveau gérant en la personne de M. *Urs Aebi*, reviseur au bureau de revision des caisses professionnelles de compensation, à Zurich. M. Aebi a succédé le 1^{er} octobre à M. *Theodor Studer*, qui a pris sa retraite.

M. Th. Studer appartient, lui aussi, à cette génération de vétérans qui ont servi, pendant plus de 20 ans, une caisse de compensation et se sont acquittés de leur tâche avec beaucoup de conscience et de fidélité.

Répertoire d'adresses AVS/AI/APG Page 15, caisse 69, Transport
Nouvelle adresse: Berne, Bundesgasse 28 /
Case postale 103, Berne 2
Nouveau numéro de téléphone: (031) 2 72 73
Nouveau compte de chèques postaux: III 516

Page 17, caisse 83, Papier
Nouvelle adresse: Bergstrasse 110, Zurich 7/32 /
Case postale 115, Zurich 30
Nouveau numéro de téléphone: (051) 47 97 49

Page 19, caisse 95, Exfour
Nouvelle adresse: Grellingerstrasse 9, case postale Bâle 6
Nouveau numéro de téléphone: (061) 42 00 34

Page 21, caisse 104, Menuisiers
Nouvelle adresse: Dufourstrasse 80, Zurich 8
Biffer la case postale
Nouveau numéro de téléphone: (051) 34 00 54.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

ADHÉSION A L'ASSURANCE FACULTATIVE

Arrêt du TFA, du 6 novembre 1962, en la cause A. F.

Article 2, 4^e alinéa, LAVS. En principe, un couple de Suisses à l'étranger ne peut s'inscrire à l'assurance facultative et être assuré facultativement que comme tel. (Adhésion du mari entraînant automatiquement celle de la femme.) Les conditions restrictives mises à l'adhésion personnelle de l'épouse sont aussi applicables à la femme qui vit judiciairement séparée de son mari ou qui en est séparée de fait.

Articolo 2, capoverso 4, LAVS. In via di massima, i coniugi svizzeri all'estero possono partecipare all'assicurazione facoltativa ed essere assicurati facoltativamente come tali. (La partecipazione del marito vale automaticamente anche per la moglie). Le restrizioni alla partecipazione personale della moglie sono pure applicabili alla donna che vive giuridicamente separata dal marito o che ne è separata di fatto.

L'appelante, qui est née le 10 juillet 1900, est depuis 1926 l'épouse d'un ressortissant suisse né lui-même en 1903. Elle vit depuis de nombreuses années en Amérique du Nord et travaille actuellement comme domestique à New York. En date du 9 août 1960, cette personne a demandé au Consulat général de Suisse à New York son adhésion à l'AVS facultative des Suisses à l'étranger, déclarant qu'elle était depuis longtemps séparée de son mari et qu'elle avait travaillé en Suisse de mars 1951 à octobre 1952.

Le Consulat général transmet la demande d'adhésion à la caisse suisse de compensation et se vit répondre par celle-ci, en date du 27 septembre 1960, que ce n'était pas la femme, mais uniquement le mari qui était recevable à donner son adhésion à l'assurance, au plus tard jusqu'au 31 décembre 1960 (art. 2, 1^{er} et 4^e al., LAVS). En date du 9 février 1961, le Consulat général fit savoir à la caisse que la requérante avait pu, maintenant seulement, établir que son mari était domicilié en Angleterre.

La caisse de compensation a rejeté la demande. La femme a formé recours et fait savoir qu'elle renouvelait sa demande, le mari ne voulant pas adhérer à l'assurance facultative et s'opposant à un divorce. Le recours a été écarté.

L'épouse a interjeté appel du prononcé rendu en première instance. Elle a été abandonnée par son mari en février 1948 et, depuis lors, la vie commune n'a pas repris. Il lui est impossible d'obtenir un jugement en divorce. Le TFA a rejeté l'appel en énonçant les motifs suivants:

1. Selon les articles 2, 1^{er} alinéa, LAVS et 1^{er} LAI, tous les ressortissants suisses à l'étranger non encore inscrits à l'assurance facultative, qui avaient au 1^{er} janvier 1960 accompli leur 40^e année, mais n'avaient pas encore atteint leur 64^e année (hom-

mes) ou leur 62^e année (femmes) et qui n'étaient pas déjà obligatoirement assurés, avaient le droit d'adhérer à l'assurance dans le courant de l'année 1960. Toutefois, aux termes de l'article 2, 4^e alinéa, LAVS, l'épouse d'un ressortissant suisse à l'étranger qui n'est lui-même pas assuré n'a le droit de s'inscrire personnellement à l'assurance que si le mari « n'en a légalement pas la possibilité ni ne l'a jamais eue » (« von Gesetzes wegen keine Möglichkeit zum Beitritt hat oder gehabt hat » — « non ne ha o non ne ha mai avuto la possibilità in conformità della presente legge »).

Du moment que dans l'AVS — comme en droit civil — le mari est considéré comme le chef de la communauté conjugale, le couple de Suisses à l'étranger ne peut en principe être assuré facultativement *que comme tel* ou alors ne pas l'être du tout. Il en va de même dans les cas où le couple vit séparé à la suite d'un prononcé judiciaire ou s'il y a seulement séparation de fait. Dans ces cas, il y a en effet continuation du mariage et l'épouse n'a pas, en ce qui concerne son adhésion à l'assurance, une situation analogue à la femme divorcée, car l'article 2, 4^e alinéa, LAVS ne comporte aucune exception en faveur de la femme vivant séparée.

2. On ne pourrait admettre que le mari était dans l'impossibilité d'adhérer en 1960 que si des circonstances indépendantes de sa volonté l'avaient empêché de déposer sa déclaration en temps utile. Les faits ne se présentent cependant pas de cette manière. Ressortissant suisse à l'étranger âgé de 57 ans, le mari de l'appelante pouvait en 1960 légalement prétendre à se faire inscrire dans l'assurance. Il avait alors toute latitude de déclarer son adhésion en adressant à cet effet une lettre à l'Ambassade de Suisse à Londres (art. 4, 1^{er} al., lettre a, et art. 12 de l'ordonnance du 9 avril 1954 en vigueur jusqu'en mai 1961).

Le fait est que le mari n'a nullement désiré solliciter son adhésion. Devenu en novembre 1949 également ressortissant britannique, il n'est, depuis 1954, plus immatriculé dans les registres consulaires comme Suisse à l'étranger; son adresse était inconnue de la poste lorsque notre ambassade à Londres essaya, en septembre 1960, de l'inviter à se faire derechef immatriculer et à s'inscrire dans l'assurance facultative. Le consulat général de Suisse à New York a encore écrit en date du 9 février 1961 à la caisse de compensation que, selon les explications de l'épouse, le mari ne s'intéresse plus aux affaires suisses, depuis des années, pour des motifs professionnels. Telles étant les circonstances, la décision attaquée rendue par la caisse et le prononcé de première instance qui la confirme ne peuvent qu'être maintenus.

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 1^{er} mars 1963 en la cause Hoirs de D. F.

Article 24, 2^e alinéa, RAVS. Le juge AVS ne peut s'écarter des données de la taxation fiscale passée en force que si l'existence d'erreurs commises dans la procédure de taxation fiscale est établie. (Confirmation de la jurisprudence.) (Considérant 2.)

Article 9, 1^{er} alinéa, LAVS. Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, on doit admettre qu'il y a commerce professionnel d'immeubles, même si celui-ci ne se résume qu'à une seule et unique transaction, dans les cas où l'achat et la vente de l'immeuble se trouvent dans un rapport étroit de connexité avec une autre activité lucrative exercée par l'assuré. (Considérant 3.)

Articolo 24, capoverso 2, OAVS. In materia di AVS, il giudice può scostarsi dai dati figuranti nella tassazione d'imposta passata in giudicato soltanto se

è comprovata l'esistenza di errori commessi nella procedura di tassazione. (Conferma della giurisprudenza.) (Considerando 2.)

Articolo 9, capoverso 1, LAVS. In conformità della prassi del Tribunale federale, vi è commercio professionale di immobili, anche se esso si riduce in un'unica operazione commerciale, nei casi in cui l'acquisto e la vendita dell'immobile sono in stretto rapporto con un'altra attività lucrativa esercitata dall'assicurato. (Considerando 3.)

L'assuré, qui est décédé le 30 décembre 1960, exerçait une activité indépendante d'architecte. L'autorité cantonale de l'IDN a communiqué à la caisse de compensation le gain que le défunt avait acquis dans les années 1955 à 1958. Ce gain, ainsi que l'autorité fiscale l'avait explicitement signalé, comprenait également des gains immobiliers que le défunt avait obtenus en 1955 et 1956, mais qui n'avaient pas été retenus dans la taxation de l'IDN. L'autorité fiscale expliqua cette divergence entre la communication fiscale 1955-1956 et la taxation correspondante par le fait que ces gains auraient normalement dû être imposés, à s'en tenir à la jurisprudence du Tribunal fédéral. La caisse de compensation rendit sa décision en se fondant sur la communication fiscale.

L'exécuteur testamentaire a formé recours au nom des héritiers mineurs et demandé sur plusieurs points la réforme des décisions de cotisations notifiées. Au sujet des bénéfices immobiliers réalisés en 1955 et 1956, il fait valoir qu'ils n'avaient pas été retenus lors de la taxation fiscale relative à l'IDN et que, ce faisant, le fisc n'avait pas commis une erreur, mais au contraire agi en toute connaissance de cause. Ces bénéfices n'ont pas constitué un revenu imposable au sens de l'article 21 AIN, car le défunt n'était pas astreint à tenir des livres et n'avait pas acquis ces bénéfices par un commerce professionnel. Aucune cotisation ne peut donc être perçue sur ces bénéfices.

L'autorité cantonale de recours a partiellement admis le pourvoi. Le TFA a, pour les motifs suivants, rejeté l'appel interjeté par les héritiers:

1. Le litige porte sur le point de savoir si des cotisations sont dues ou non sur les bénéfices immobiliers réalisés en 1955 et 1956. Les appelants estiment que tel ne doit pas être le cas, car ils n'auraient pas acquis ces bénéfices lors d'un négoce immobilier professionnel et ces bénéfices n'ont pas été saisis dans la taxation fiscale, dont il n'est pas permis de s'écarter. L'autorité de première instance s'est au contraire écartée sciemment sur ce point de la taxation fiscale et a considéré les bénéfices immobiliers comme un revenu imposable au sens de l'article 21, 1^{er} alinéa, lettre a, AIN, en sorte que des cotisations sont dues sur ce revenu.

2. Contrairement à l'opinion des appelants, le juge AVS peut s'écarter du résultat d'une taxation fiscale passée en force, mais seulement là où certaines erreurs ont été commises au moment où cette taxation fut effectuée (cf. arrêts du 31 août 1953 en la cause C. F., ATFA 1953, p. 213 = RCC 1953, p. 404, et du 24 avril 1959 en la cause R. K., RCC 1959, p. 236).

En l'espèce, les bénéfices immobiliers n'ont pas été retenus lors de la taxation fiscale IDN aujourd'hui passée en force, et ne peuvent dès lors être pris en compte pour le calcul des cotisations de 1958 et 1959 que s'il ressort incontestablement du dossier qu'ils n'ont, à tort, pas été considérés comme imposables lors de cette taxation.

3. Il est établi que le défunt avait fait l'acquisition d'un terrain pour la construction d'un bâtiment postal, qu'il n'avait toutefois utilisé qu'une partie de ce terrain et en avait vendu le reste sous forme de parcelles, et ainsi obtenu les bénéfices ici en cause.

Le bénéfice provenant de cette seule et unique affaire, les appelants en concluent que le défunt n'aurait pas pratiqué un négoce immobilier professionnel et, dès lors, que les

bénéfices réalisés ne seraient pas un revenu imposable au sens de l'article 21 AIN. Cette opinion n'est pas pertinente. En interprétant l'article 21, 1^{er} alinéa, lettre a, AIN, le Tribunal fédéral a considéré que l'on doit admettre l'existence d'un commerce immobilier professionnel même s'il n'y a eu qu'une seule et unique transaction, lorsque l'achat et la vente du terrain sont en rapport étroit avec une autre activité lucrative exercée par le contribuable (arrêts du 10 juillet et du 9 octobre 1959 parus dans les Archives du droit fiscal suisse, volume 28, pages 274 et 387). Dans l'arrêt du 9 octobre 1959, le Tribunal fédéral a précisément cité le cas de l'architecte qui effectue des transferts de terrains pour procurer du travail à son étude. Or, c'est précisément dans cette intention que le défunt avait acquis du terrain; l'achat de ce terrain et la vente de quelques parcelles se sont trouvés en rapport étroit avec l'activité qu'il exerce comme architecte. La transaction a donc été un acte professionnel et les bénéfices qui en ont été tirés sont un revenu au sens de l'article 21, 1^{er} alinéa, lettre a, AIN.

4. Il ressort ainsi du dossier, sans doute aucun, que les bénéfices immobiliers en cause auraient dû être considérés comme revenus imposables lors de la taxation relative à l'IDN, ainsi que l'autorité fiscale cantonale l'a déjà communiqué en date du 21 décembre 1960 à la caisse de compensation.

Ces bénéfices doivent par conséquent, en dérogation à la taxation IDN 9^e période (1957-1958), être considérés comme un revenu au sens des articles 9 LAVS et 17 RAVS. Les appelants doivent, en leur qualité d'héritiers, les cotisations qui seront perçues sur ces revenus (art. 43 RAVS).

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 28 décembre 1962, en la cause H. C.

Article 12 LAI. L'ostéosynthèse de la charnière crânio-cervicale pratiquée sur un assuré qui, par suite d'accident, souffre de troubles nerveux représente un traitement proprement dit de l'affection et n'est donc pas prise en charge par l'AI.

Article 22, 1^{er} alinéa, LAI. Lorsqu'une mesure médicale prise en charge par une assurance sociale autre que l'AI (CNA ou assurance militaire) ne constitue pas une mesure de réadaptation au sens des articles 12 ou 13 LAI, le bénéficiaire ne saurait prétendre une indemnité journalière de l'AI pour la période durant laquelle elle est appliquée.

Articolo 12 LAI. L'osteosintesi dell'articolazione cranio-cervicale (spondilosi C 1 — C 3) eseguita su un assicurato che, a causa d'infortunio, soffre di disturbi nervosi, è da considerarsi cura vera e propria del male le cui spese non possono essere assunte dall'AI.

Articolo 22, capoverso 1, LAI. Se un provvedimento sanitario è assunto da un'assicurazione sociale che non è l'AI (INSAI o assicurazione militare), esso

non è considerato provvedimento sanitario a sensi degli articoli 12 o 13 LAI, non potendo il beneficiario pretendere un'indennità giornaliera dell'AI per il periodo in cui esso è eseguito.

L'assuré, né en 1920, présente une malformation de la charnière crânio-cervicale, imputable, vraisemblablement, à un grave accident dont il a été victime à l'âge de 4 ans. A la suite d'un nouvel accident survenu en février 1961, il fut hospitalisé et soumis à une intervention chirurgicale (ostéosynthèse par greffon iliaque).

Appelée à se prononcer sur une demande de prestations AI, la commission AI reconnut à l'assuré le droit à des mesures médicales, ainsi qu'à des indemnités journalières dès le jour de son entrée à l'hôpital. La caisse fixa alors le montant de l'indemnité journalière à 21 francs; toutefois, ayant appris que la CNA répondait partiellement du cas et avait versé une indemnité de chômage réduite de 40 pour cent, elle décida, sur avis de l'OFAS, de supprimer l'octroi des prestations accordées. Sur recours de l'assuré, la commission de recours prononça que celui-ci avait droit à une indemnité journalière égale à 60 pour cent de l'indemnité complète.

Sur appel de l'OFAS, le TFA a annulé le jugement cantonal et rétabli la décision de la caisse, pour les motifs suivants:

1. Le jugement cantonal a reconnu à l'assuré un droit à une indemnité journalière égale à 60 pour cent de l'indemnité complète en considérant qu'il serait irrationnel et inéquitable que l'AI soit dispensée entièrement de ses obligations dans les cas où, comme dans l'espèce, la CNA a opéré une réduction de ses prestations en raison de l'existence d'une malformation antérieure à l'accident assuré. A l'encontre de ce jugement, l'OFAS invoque l'article 44 LAI et se fonde sur le caractère accessoire de l'indemnité journalière en tant que prestation strictement liée à l'octroi de mesures de réadaptation incombant à l'AI; il en déduit que l'assuré bénéficiant d'une mesure de réadaptation accordée par la CNA ou par une autre assurance ne peut prétendre une indemnité journalière de l'AI.

On peut certes se demander si le caractère accessoire de l'indemnité journalière prévue par l'article 22 LAI exclut vraiment toute solution dans le sens du jugement cantonal. On ne peut en effet considérer comme dépourvu de toute pertinence l'argument de base de ce jugement, à savoir que l'assuré ne saurait être désavantagé pour la seule raison qu'une mesure de réadaptation tombant en principe sous le coup de l'article 12 ou de l'article 13 LAI est accordée par la CNA ou par une autre assurance. Cette question peut toutefois rester indécise car, dans l'espèce, les mesures médicales en cause ne représentent pas des mesures de réadaptation devant être prises en charge par l'AI.

2. L'AI ne reconnaît à un assuré le droit à des mesures médicales que dans des cas bien déterminés qui sont prévus aux articles 12 et 13 LAI.

a. Or, dans l'espèce, il n'est pas établi à satisfaction de droit que l'anomalie de la charnière crânio-cervicale soit d'origine congénitale. C'est le contraire même qui paraît le plus vraisemblable si l'on consulte le rapport médical, selon lequel « il n'est pas possible d'exclure avec certitude une fracture survenue dans l'enfance avant la soudure des différents points d'ossification de l'axis et de l'apophyse odontôïde, puisqu'on sait que le malade a eu un très violent traumatisme crânien à l'âge de 4 ans ».

Même si l'on devait retenir l'origine congénitale de la malformation en question (chiffre 34 de la liste de l'OIC), cela ne signifierait pas encore que le traitement suivi par l'assuré pourrait être pris en charge par l'AI. Aux termes de l'article 85, 2^e alinéa,

LAI, les assurés majeurs ont droit aux prestations prévues à l'article 13 LAI pendant 5 ans à partir de l'entrée en vigueur de la loi si l'infirmité congénitale peut être supprimée ou durablement atténuée par des mesures médicales de courte durée. La reconnaissance de ce droit est subordonnée à une autre condition, ainsi que l'a déclaré le TFA dans l'arrêt O. Sch. du 30 mai 1961 (ATFA 1961, p. 186 = RCC 1961, p. 290): il faut encore que cette infirmité ait exigé un traitement, selon l'article 13 LAI, déjà avant la majorité de l'assuré. Cette dernière condition n'est pas remplie dans l'espèce. Les médecins ont catégoriquement déclaré, en effet, que l'anomalie de la charnière crânio-vertébro-cervicale du patient « est restée sans manifestation clinique jusqu'en 1959, où sont apparues des cervicalgies », soit donc bien après la majorité de l'assuré. Le dossier ne contient aucune pièce venant infirmer cette déclaration et laissant entendre que l'assuré aurait dû se faire soigner durant sa jeunesse en raison de cette malformation.

Il suit de là que les mesures médicales en cause ne rentrent pas dans la catégorie des mesures de traitement des infirmités congénitales au sens de l'article 13 LAI.

b. Le traitement appliqué à l'assuré ne peut, d'autre part, être regardé comme une mesure médicale au sens de l'article 12 LAI. Pour que tel soit le cas, il ne doit pas s'agir d'une mesure médicale ayant pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais d'une mesure qui soit de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Selon la jurisprudence (voir notamment les arrêts H. F. du 17 septembre 1962, RCC 1963, p. 73, et H. H. du 5 octobre 1962, RCC 1963, p. 120), une mesure médicale ressortit généralement au traitement de l'affection comme telle lorsqu'elle a pour but principal de soigner un état pathologique en évolution et non pas d'éliminer les séquelles d'une affection ou d'améliorer des séquelles devenues ou en voie de devenir cliniquement stables.

L'affection de l'assuré, qui s'est déjà manifestée en 1959 par des troubles nerveux changeant de forme, de localisation et d'intensité et compromettant gravement le fonctionnement du système nerveux central, constituait un état pathologique extrêmement labile sans plus de probabilité de stabilisation spontanée. Quant à l'ostéosynthèse effectuée le 8 mai 1961, elle était certes de nature à améliorer la capacité de gain de l'assuré — résultat qui a été atteint puisque celui-ci, après une convalescence de quelques mois, a retrouvé progressivement sa capacité de travail — mais elle représentait avant tout un acte thérapeutique, une mesure médicale faisant partie du traitement de l'affection comme telle, puisque cette intervention chirurgicale devait avoir pour effet d'éliminer ou tout au moins d'améliorer l'état pathologique labile susmentionné.

Il suit de là que, contrairement à l'opinion du juge cantonal, les mesures médicales qui ont été appliquées au requérant ne peuvent être prises en charge par l'AI, du moment que les conditions de l'article 12, pas plus que celles de l'article 13 LAI ne sont réalisées. N'ayant pas à fournir de telles mesures, l'AI ne saurait être tenue de verser des indemnités journalières, conformément à l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI, pour compenser le dommage, imputable à la malformation crânienne, non couvert par la CNA.

Arrêt du TFA, du 29 mars 1963, en la cause F. P.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Dans le cas d'un mineur souffrant d'une très grave scoliose idiopathique (déviations latérales de la colonne vertébrale), la spondylodèse constitue une mesure médicale de réadaptation si cette opération est indispensable et de nature à préserver d'une diminution notable les

possibilités de formation professionnelle et la capacité de gain future de l'assuré. En revanche, le traitement conservateur de la même affection fait partie du traitement proprement dit de celle-ci.

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Nel caso di un minorene sofferente di scoliosi idiopatica molto grave (deviazione laterale della colonna vertebrale), la spondilosi costituisce un provvedimento sanitario d'integrazione, se questa operazione è indispensabile e atta a preservare una notevole diminuzione delle possibilità di formazione professionale e della futura capacità al guadagno dell'assicurato. Il trattamento conservativo di questa malattia è considerato invece cura vera e propria del male.

L'assurée, née en 1945, souffre depuis 1960 d'une scoliose idiopathique. Suivie par le médecin, elle a séjourné du 1^{er} juin au 3 décembre 1961 à l'hôpital, où elle a été traitée au moyen de corsets de plâtre et par la gymnastique orthopédique. La Commission AI a considéré que ces mesures médicales relevaient essentiellement du traitement de l'affection comme telle et ne pouvaient donc être assumées par l'AI. Elle a accepté, en revanche, de prendre en charge les frais d'achat d'un corset orthopédique, ainsi que les frais de voyage pour l'essayage et l'adaptation de ce moyen auxiliaire.

Le père de l'assurée a recouru, en exposant sa situation de famille, l'évolution de l'affection de sa fille et les mesures médicales exécutées. Invoquant l'article 12 LAI et se fondant sur une déclaration du médecin, il soutenait que le traitement médical ne visait pas l'affection comme telle, mais avait pour but d'améliorer de façon importante et durable la capacité de gain et de préserver l'assurée d'une diminution notable de cette capacité. Il demandait que l'AI couvre en particulier les frais d'hospitalisation, y compris les frais de voyage et les frais médicaux ou pharmaceutiques. Le juge cantonal a admis le recours et prononcé que les frais des mesures médicales nécessitées par l'infirmité de l'assurée étaient à la charge de l'AI.

L'OFAS a déferé ce jugement au TFA, qui ordonna une expertise médicale par les soins du professeur Baumann, à Langenthal (voir rapport d'expertise dans RCC 1963, p. 301-302). Le TFA a admis, pour les motifs suivants, l'appel interjeté par l'OFAS:

1. ...

2. ... (Voir arrêts du TFA en les causes H. H., du 5 octobre 1962, RCC 1963, p. 120, et H. V., du 12 octobre 1962, RCC 1963, p. 122.)

3. En matière de scoliose idiopathique — affection non congénitale, à laquelle l'article 13 LAI n'est donc pas applicable — ces critères de délimitation entre les mesures médicales de réadaptation au sens de l'article 12 LAI et le traitement de l'affection comme telle font apparaître une prépondérance marquée de ce dernier objet, dans la plupart des cas tout au moins. Le fait que l'origine de cette affection demeure inconnue et que les actes médicaux doivent se borner à en combattre les symptômes n'enlève pas à ces actes le caractère de traitement de l'affection.

Sans doute les desseins de réadaptation professionnelle, presque inexistantes durant la phase évolutive précoce, gagnent-ils en importance durant la phase évolutive tardive, au fur et à mesure que l'enfant s'approche de l'âge de la formation professionnelle et de la vie active. Cependant, l'objet premier des actes médicaux est, durant la phase tardive également, de lutter contre l'évolution de l'affection et d'enrayer un processus pathologique. Si la réadaptation professionnelle est d'autant meilleure que le succès de la lutte contre l'affection aura été plus complet, elle n'en demeure pas moins un résultat secondaire du traitement de l'affection comme telle.

L'expert judiciaire relève toutefois une particularité qui apparaît vers la fin de la phase évolutive tardive, précédant immédiatement la maturité du squelette. Tandis que dans les cas de gravité minime ou moyenne, voire dans certains cas graves, le traitement usuel par corsets plâtrés suffit à combattre efficacement l'affection, un danger surgit dans quelques cas très graves: c'est la survenance, à bref délai, de séquelles présentant un caractère stable et irréversible, dont l'ampleur porterait atteinte aux possibilités de formation professionnelle et à la capacité future de gain et que le traitement de l'affection n'est plus apte à combattre. On ne peut alors choisir que l'opération dite spondylo-dèse qui — contrairement au traitement conservateur — ne porte pas sur l'affection comme telle, mais tend à parer à une infirmité définitive. Ainsi que le TFA l'a reconnu (voir arrêt N. B., RCC 1963, p. 300), cette opération représente une mesure médicale de réadaptation au sens de l'article 12 LAI, si elle répond à une nécessité inéluctable et est de nature à améliorer ou sauvegarder de façon durable et importante la capacité de gain; les principes ci-dessus rappelés quant à la réadaptation professionnelle des assurés mineurs permettent dès lors à l'AI de prendre en charge la spondylo-dèse et les mesures pré- et postopératoires qu'elle implique.

4. Dans l'espèce, l'intimée atteinte de scoliose idiopathique a été traitée de juin à décembre 1961 au moyen de corsets de plâtre et de gymnastique orthopédique. L'expert judiciaire constate dans son rapport que le médecin traitant, spécialiste en chirurgie et orthopédie, dont la capacité est incontestée, n'a pas diagnostiqué l'une de ces formes progressives graves exigeant une opération, et que seules ont été appliquées les mesures conservatrices classiques. Or, l'objet de ces mesures est le traitement de l'affection comme telle et relègue à l'arrière-plan les desseins également présents de réadaptation professionnelle.

Certes, le médecin traitant affirme que les mesures entreprises n'avaient pas un but purement esthétique, mais cherchaient à corriger la déformation existante et à prévenir une aggravation ultérieure. Cette affirmation ne renverse toutefois aucunement la présomption posée.

On peut relever au surplus que le médecin traitant n'établit pas l'existence d'une infirmité mettant en danger les possibilités de formation et d'activité dans le secteur commercial choisi par l'intéressée. Ni l'abandon des cours de l'école de commerce, dont l'assurée suivait la première année en 1961, ni l'échec d'un engagement auprès d'un service fédéral ne sont davantage probants. La fréquentation d'une école rapide durant le premier semestre de l'année 1962 et le début d'un apprentissage de bureau dès le 1^{er} novembre 1962 laissent bien plutôt entendre que la scoliose était de faible ou moyenne importance. Ce dernier point n'a cependant pas besoin d'être définitivement élucidé par une expertise complémentaire, ainsi que le requiert l'intimée. Même en cas de scoliose extrêmement grave, en effet, l'âge atteint par l'assurée aurait rendu vraisemblablement illusoire toute spondylo-dèse, et la brièveté des mesures conservatrices n'eût guère permis — abstraction faite de la nature de ces mesures — de leur reconnaître l'effet important exigé par l'article 12 LAI.

Si les actes médicaux ne peuvent donc être pris en charge par l'AI, les droits de l'assurée restent en revanche entiers quant à l'octroi de moyens auxiliaires notamment.

Arrêt du TFA, du 16 avril 1963, en la cause J. S.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. L'AI est tenue d'assumer, chez un assuré mineur souffrant de la forme la plus grave (status progrediens) d'une épiphyséolyse (décollement épiphysaire, en l'espèce à l'extrémité supérieure du

fémur), les frais de la correction opératoire de cette difformité, ainsi que ceux du traitement préliminaire et consécutif, lorsque cette correction constitue une mesure unique et adéquate, nécessaire à l'activité professionnelle future. Dans tous les autres cas, les actes médicaux se rapportant à l'épiphyséolyse font partie du traitement de l'affection comme telle.

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Nel caso di un assicurato minorenne affetto dalla più grave forma (status progrediens) di epifisiolisi (distacco epifisario, nel caso in questione all'estremità superiore del femore), le spese della correzione operatoria di questa deformità come pure quelle della cura preliminare e postoperatoria sono assunte dall'AI, qualora questa correzione costituisca un provvedimento unico e adeguato, necessario alla futura attività professionale. In tutti gli altri casi, gli interventi medici riguardanti l'epifisiolisi sono considerati cura vera e propria del male.

L'assuré, né en 1946, souffrait dès novembre 1960 de douleurs croissantes à la cuisse gauche; par la suite, il s'y ajouta une douleur inguinale de surcharge et une claudication. Le 14 décembre 1960, l'assuré fut hospitalisé pour épiphyséolyse. Le premier traitement consista en une immobilisation et un repos complets de la cuisse gauche. On pensait obtenir ainsi un arrêt de la dystrophie osseuse, prévenir un nouveau glissement de la tête du fémur et fixer celle-ci au col du fémur. Le 30 mai 1961, on procéda à une résection en coin dans le col du fémur pour réduire la tête qui avait glissé dans la cavité glénoïde. L'assuré put rentrer à la maison le 11 août 1961; il portait une attelle de Thomas pour décharger encore la hanche gauche jusqu'à ce que l'os se soit définitivement consolidé. On s'attendait que l'assuré retrouverait complètement sa faculté de se déplacer, sans pourtant que soit exclue la possibilité de phénomènes arthronotiques prématurés ultérieurs.

Une demande de prestations pour l'assuré fut présentée à l'AI le 2 janvier 1961. En avril de la même année, la commission AI décida de ne pas prendre en charge les mesures médicales se rapportant à l'épiphyséolyse, vu qu'elles appartenaient au traitement de l'affection comme telle. Un recours formé contre la décision de la caisse fut rejeté par la commission cantonale de recours.

Un appel ayant été interjeté, le TFA demanda une expertise au professeur Baumann à Langenthal. On lit dans cette expertise:

« L'épiphyséolyse de la tête du fémur est due à un trouble apparaissant dans la zone de croissance entre le col et la tête du fémur. Ce trouble est causé lui-même par une dysfonction plus ou moins prononcée des glandes endocrines, en particulier des glandes génitales et de leur régulation par l'hypophyse. Il apparaît le plus souvent chez des garçons de 12 à 17 ans, un peu plus rarement chez des filles de 10 à 15 ans.

Souvent, la maladie n'est découverte que lorsqu'elle a déjà dépassé sa phase initiale, car il n'est pas toujours facile de la reconnaître au début. Cette phase initiale (*stadium imminens*) est caractérisée par un élargissement de la zone de croissance cartilagineuse. Cette zone est un endroit de moindre résistance aux sollicitations mécaniques. La cohésion des tissus présente de plus ou moins grandes lacunes qui peuvent même engendrer des dépôts de substance osseuse indésirables, tandis que l'ossification normale de l'épiphysé se fait attendre. A sa place, on voit la tête du fémur commencer à glisser du col avec son noyau, la plupart du temps vers le bas et en arrière.

Lorsque la tête du fémur commence à glisser distinctement et à effectuer un mouvement de torsion angulaire, le stade d'*epiphysolysis incipiens* est atteint. Il dure tant que

le chemin de glissement ne dépasse pas le tiers de la projection de la zone épiphysaire sur la radiographie axiale et que le mouvement de bascule de la tête fémorale en arrière est peu considérable. On parle d'*epiphysolysis progrediens* quand ce chemin de glissement dépasse le tiers de la projection et que le mouvement de bascule s'accroît et atteint finalement 90 degrés.

Si le col et la tête du fémur en arrivent à une telle difformité à la fin de la croissance du squelette, la mobilité et la capacité fonctionnelle de la hanche sont gravement perturbées. En règle générale, les conditions de pression mécanique s'altèrent dans l'articulation à cause de cette difformité. Des zones du cartilage articulaire sont détruites par suite de la surcharge permanente. Il se forme des altérations et proliférations dégénératives que l'on nomme arthrose.

Il est nécessaire de traiter l'affection localement dans les stades *imminens* et *incipiens*. Ce traitement peut être *conservateur*. Il faut supprimer la charge de l'épiphyse malade sensible. On y parvient par un traitement approprié (extension et repos au lit). Puis, le plus souvent trois à quatre mois plus tard, on peut utiliser une attelle de marche de Thomas. Comme ce traitement est long et laborieux, on a désiré abréger le temps d'alitement et prévenir en même temps le glissement ultérieur de la calotte de la tête fémorale. E. Bircher, en 1922 déjà, a perforé de l'extérieur (région du trochanter) l'axe du col du fémur jusqu'à la tête et y a enfoncé une greffe osseuse provenant du tibia du malade. Cette méthode *opératoire* est encore appliquée à l'heure actuelle avec quelques variantes.

Lorsque le glissement et la torsion de la tête du fémur sont importants (stadium *progrediens*), la « *correction de la difformité* » entre en considération. La tête reste dans la cavité glénoïde. La surface de séparation du col s'est éloignée de celle de la tête. Celle-ci, par rapport au col, est située en arrière et en bas. Le col s'est dirigé vers l'avant et a glissé vers le haut. Le fémur et toute la jambe sont tournés à l'extérieur et raccourcis. Une section du fémur (ostéotomie sous- ou pertrochantérienne) peut corriger la mauvaise position du col fémoral. Cependant, comme la position réciproque anormale de la tête et du col n'est pas corrigée par cette intervention, une nouvelle méthode opératoire, qui fut appliquée à l'assuré, vise à la correction immédiate de cette mauvaise position. Dans les cas où cette dernière méthode est utilisée, il est également de règle d'appliquer d'abord un traitement par extension.

En cas d'épiphyséolyse de la tête fémorale, la prévention et la correction d'une déformation jusqu'au status terminal appartiennent essentiellement au traitement de l'affection comme telle; pourtant, dans certaines circonstances, le caractère des mesures appliquées peut être modifié s'il faut « corriger la difformité ». Alors se présente la possibilité que ces mesures visent d'une façon prépondérante la récupération de la capacité de gain.

L'attelle de Thomas doit être utilisée dans tous les cas, que le traitement soit conservateur ou opératoire, car il est toujours indispensable de décharger le fémur pendant longtemps. Dans le cas présent, l'attelle faisait partie intégrante de l'opération, que celle-ci soit considérée avant tout comme le traitement de l'affection comme telle ou qu'on lui attribue, à cause des circonstances particulières du cas, le caractère prédominant d'une mesure de réadaptation ».

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

1. ...
2. Voir les arrêts du TFA du 5 octobre 1962 en la cause H. H. (RCC 1963, p. 120) et du 12 octobre 1962 en la cause H. V. (RCC 1963, p. 122).

3. L'assuré mineur, qui souffre de la forme la plus grave (status progrediens) de l'épiphyséolyse, a dû se soumettre en 1960-1961 à une correction opératoire de la difformité et au traitement préliminaire et consécutif qui la complète obligatoirement. Il n'avait alors pas accompli sa quatorzième année et arrivait à l'âge de la formation professionnelle. Au moment de procéder à l'opération, on était déjà en présence, dans une large mesure, d'un état définitif avec séquelles; celui-ci ne serait pas survenu seulement dans un proche avenir. Sans l'opération, on aurait dû s'attendre à un préjudice notable pour la formation professionnelle et la capacité de gain future. Du point de vue de l'AI, l'intérêt porté à l'amélioration ou à la sauvegarde de la capacité future de gain était tel que l'intervention chirurgicale, visant à développer les fonctions réduites de l'articulation de la hanche, devenait une mesure de réadaptation. Il s'agissait d'un acte médical unique et adéquat, nécessaire à l'activité professionnelle future; en outre, il était indiqué de procéder à l'opération en 1961 vu l'état de l'assuré. Il n'y a aucune raison de s'écarter de la règle qui est déjà énoncée dans l'arrêt H. V. (RCC 1963, p. 122) et selon laquelle l'opération et le traitement préliminaire et consécutif qui la complète obligatoirement constituent, dans ces conditions, une mesure de réadaptation qui est mise à la charge de l'AI.

Dans la mesure où une correction opératoire de la difformité n'est pas nécessaire, les actes médicaux dans les cas d'épiphyséolyse font bien entendu partie du traitement de l'affection comme telle. Une correction de la difformité n'est indiquée que dans les formes les plus graves de l'épiphyséolyse, et il y a, dans ces formes, une différence si évidente du degré d'intégrité corporelle entre l'état ultérieur non opéré et opéré qu'il faut admettre un effet sensible de l'opération sur la capacité de gain également; c'est même le cas dans un métier manuel, comme celui que l'assuré devrait choisir après l'opération, compte tenu de ses aptitudes, selon l'avis de l'expert.

Le médecin a certes considéré, dans le rapport établi à l'intention de la commission AI, que les actes médicaux appliqués dans le cas de l'assuré faisaient partie du traitement de l'affection comme telle, et il a indiqué que, dans le cas contraire, tout traitement d'une fracture à la suite d'un accident serait à la charge de l'AI; mais, lors d'une fracture accidentelle, c'est cette fracture qui constitue l'affection en soi, et les actes médicaux sont dès lors le traitement de l'affection. Dans les cas d'épiphyséolyse, en revanche, l'affection en soi est un processus pathologique qui, s'il n'est pas traité, peut s'arrêter dans chaque phase avec des séquelles différentes. Si ce processus, traité ou non, parvient au troisième stade, le plus grave, il aboutit à un état stabilisé qui nécessite une correction opératoire, la seule mesure pouvant entrer en ligne de compte; les actes antérieurs, même opératoires, apparaissent en revanche comme traitement de l'affection comme telle. D'un point de vue purement médical, la dernière intervention grave traite naturellement aussi l'affection. Du point de vue de l'AI, toutefois, le caractère prépondérant d'une mesure de réadaptation lui échoit malgré cela en règle générale, pour autant que des particularités de faits ne motivent pas une appréciation différente; de telles particularités ne sont pas mises en évidence ici.

4. La commission AI aura à se prononcer sur les prestations qui reviennent à l'assuré pour l'opération effectuée en 1961 et le traitement préliminaire et consécutif obligatoire. L'opération constituant une mesure de réadaptation, l'AI doit aussi assumer les frais de l'attelle de Thomas et du rehaussement des chaussures. Ces moyens auxiliaires étaient aussi nécessaires à la réadaptation de l'assuré à la vie professionnelle et constituaient en outre le complément important des mesures médicales (cf. art. 21 LAI et l'arrêt du 7 décembre 1961 en la cause O. S., RCC 1962, p. 118).

Arrêt du TFA, du 31 mai 1963, en la cause H. T.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. L'enraidissement par spanarthrodèse des vertèbres lombaires chez un adulte atteint de spondylolisthésis (glissement antérieur d'une vertèbre), opération qui prévient de nouveaux phénomènes dégénératifs et représente la condition indispensable à un processus de guérison, ainsi que le traitement subséquent au moyen d'un corset plâtré, ne sont pas des mesures médicales de réadaptation de l'AI.

Articolo 12, capoverso 1, LAI. L'irrigidimento per innesto osseo della colonna vertebrale lombare di un adulto affetto da spondilolistesi (spostamento di una vertebra sull'altra), operazione che serve a impedire lo sviluppo di nuovi fenomeni degenerativi e costituisce il requisito preliminare per il processo curativo, come pure la susseguente cura con il busto gessato, non sono considerate provvedimenti sanitari d'integrazione dell'AI.

L'assuré, né en 1923, est chauffeur. Il souffrait depuis 1961 de fortes douleurs à l'articulation de la hanche droite (auparavant, il avait déjà eu très fréquemment des douleurs dorsales). Un spécialiste en orthopédie diagnostiqua un « grave syndrome de sciatique par vertèbre de transition et d'autres anomalies dans la région de la colonne lombaire inférieure » et admit qu'il s'agissait d'une infirmité congénitale. Le 28 juillet 1961, ce médecin effectua une spanarthrodèse sacro-lombaire; un traitement au moyen d'un corset plâtré suivit cette opération.

En septembre 1961, l'assuré présenta une demande de prestations à l'AI. La commission AI refusa d'assumer les frais de la spanarthrodèse, parce qu'il ne s'agissait pas d'une mesure médicale de réadaptation. Cette décision fut notifiée à l'assuré par la caisse de compensation. La commission cantonale de recours rejeta, notamment pour les motifs suivants, un recours formé contre cette décision: Selon l'arrêt du TFA, du 30 mai 1961, en la cause O. Sch. (RCC 1961, p. 290), une opération de la colonne lombaire en cas de spondylolisthésis (glissement antérieur d'une vertèbre) vise le traitement de l'affection comme telle et n'est pas à la charge de l'AI. Selon les indications de la commission AI, on se trouve, en l'espèce, en présence d'un état de fait semblable. Les explications du médecin ne peuvent rien changer à l'issue de la procédure.

L'assuré interjeta appel contre le jugement de l'autorité cantonale de recours. Après l'échange des mémoires entre les parties, le TFA demanda une expertise au professeur Baumann à Langenthal. Cette expertise confirme tout d'abord que des altérations pathologiques se trouvent, selon les radiographies, dans la région de la cinquième vertèbre lombaire; de plus, l'expert déclare ne pas comprendre, sur la base de l'état de fait médical, pourquoi on a refusé de diagnostiquer un spondylolisthésis. Il ajoute:

« Le spondylolisthésis n'est pas une affection congénitale, car il n'a encore jamais été constaté chez un nouveau-né. Il est néanmoins compris dans la liste des infirmités congénitales. La prédisposition morbide héréditaire, elle, est incontestée. La maladie commence à se manifester à l'âge scolaire et se développe jusque vers l'âge de 20 à 25 ans. A ce moment-là, le processus pathologique se stabilise de telle sorte qu'à de très rares exceptions près, il ne se produit plus de nouveau glissement après cette époque.

Il arrive, dans un pourcentage relativement faible des cas, que la disparition définitive des douleurs ne soit pas liée à cette stabilisation. Des désordres secondaires peuvent survenir plus tard. Ils sont dus au déséquilibre des forces de résistance produit par la maladie dans le segment sacro-lombaire de la colonne vertébrale, segment qui est, mécaniquement, mis fortement à contribution. L'arc-boutant en forme de console

que l'organisme développe à la longue en avant de Si n'arrive parfois pas à empêcher une désagrégation des disques, l'arthrose des articulations intervertébrales et des troubles au niveau des racines des nerfs. Tout cela nuit tant au bien-être qu'à la capacité de travail.

A cela s'ajoutent encore régulièrement les phénomènes dégénératifs d'usure de la colonne vertébrale et de la région sacro-lombaire, qui atteignent presque tous les individus dans la quarantaine ou la cinquantaine. A eux seuls, ces phénomènes peuvent déjà provoquer des douleurs lombaires, des troubles de la motilité, de l'arthrose des petites articulations vertébrales, de la sciatique et des névralgies. Si, en plus de cela, il a pré-existé un vieux spondylolisthésis ou, dans d'autres cas, une des anomalies fréquentes de la région sacro-lombaire, ces affections favorisent le développement des douleurs, car l'une ou l'autre crée un endroit de moindre résistance.

C'est ce qui s'est produit chez l'assuré. Au moment de l'intervention chirurgicale, les conséquences tardives du spondylolisthésis décrites ci-dessus et l'ostéochondrose (spondylose, spondylarthrose) étaient en plein développement.

Il ne s'agit pas d'un état résiduel dû à un processus pathologique stabilisé ou qui se stabilisera sous peu, mais d'une affection active, évolutive. Celle-ci peut être combattue efficacement, et la capacité de travail récupérée, même si l'anatomie normale n'est pas rétablie.

L'opération n'était pas une simple opération de soutien, mais la mise en place organique et fonctionnelle d'une greffe dans l'échafaudage mécanique du dernier segment mobile de la colonne vertébrale. Un verrou était opposé au développement ultérieur de processus dégénératifs, et on avait créé la condition préliminaire nécessaire à la formation d'un processus de guérison par enraidissement, il est vrai, mais aussi par consolidation et régénération ».

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

1. Point n'est besoin de rechercher si l'on est en présence, chez l'assuré, d'une infirmité congénitale ou non. Conformément à l'article 13 LAI, seuls les mineurs ont droit en principe à toutes les mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales. L'article 85, 2^e alinéa, LAI donne sans doute aux assurés majeurs également un droit aux prestations prévues à l'article 13 LAI pendant cinq années à compter de l'entrée en vigueur de la loi, si l'infirmité congénitale peut être supprimée ou durablement atténuée par des mesures médicales de courte durée. Cependant, ainsi qu'il est exposé dans l'arrêt O. Sch. (ATFA 1961, p. 188 = RCC 1961, p. 290), l'article 85, 2^e alinéa, LAI n'a qu'un sens: accorder aux assurés qui étaient déjà majeurs au moment de l'entrée en vigueur de la LAI, à certaines conditions, les prestations qui leur auraient été allouées comme mineurs (s'il y avait eu déjà alors une AI). Cela implique toutefois que l'infirmité congénitale ait nécessité un traitement au sens de l'article 13 LAI déjà avant la majorité de l'assuré. Or, cette condition ne serait pas remplie en l'espèce si l'on admettait l'existence d'une infirmité congénitale. En effet, l'assuré, né en 1923, n'a eu besoin jusqu'à sa majorité d'aucun traitement pour sa colonne vertébrale qui pourrait être appliqué maintenant en vertu de l'article 85, 2^e alinéa, LAI. Il ne reste dès lors qu'à examiner si l'assuré a droit à des mesures médicales de réadaptation conformément à l'article 12 LAI.

2. ... (voir arrêt du TFA, du 5 octobre 1962 en la cause H. H., RCC 1963 p. 120, considérant 1).

3. Le professeur Baumann expose d'une façon concluante, dans son expertise, que l'assuré souffre de spondylolisthésis. Le glissement antérieur d'une vertèbre a cessé quelque temps après que l'assuré eut atteint sa majorité. En revanche, un processus

pathologique secondaire apparut, à la suite du spondylolisthésis, en raison des troubles statiques de la colonne vertébrale; ce processus et des phénomènes d'usure progressifs et dégénératifs causèrent des douleurs. Aussi bien l'un que les autres étaient en évolution au moment de l'opération. Par celle-ci, on empêcha le développement ultérieur des processus dégénératifs et l'on créa la condition préliminaire nécessaire à la formation d'un processus de guérison par consolidation.

Il ressort de cet exposé que la spanarthrodèse avait en premier lieu pour objet la guérison d'un état pathologique labile, et ainsi le traitement de l'affection comme telle. Le but de la réadaptation étant toujours relégué à l'arrière-plan lors d'un tel traitement, l'opération ne poursuivait pas principalement et d'une façon prépondérante ce but-là. L'indication du médecin traitant, selon laquelle l'opération n'a pas été effectuée dans le sens d'un traitement de l'affection, mais d'un traitement de soutien, ne peut rien y changer; car le but poursuivi par le médecin ne peut pas être déterminant pour tracer la limite entre le traitement proprement dit de l'affection et les mesures médicales de réadaptation.

Dans son arrêt déjà cité en la cause O. Sch., le TFA en était d'ailleurs déjà venu à la conclusion qu'une spanarthrodèse destinée au traitement des suites d'un spondylolisthésis ne constitue pas une mesure de réadaptation. Le tribunal, il est vrai, ne se fondait pas, dans cet arrêt, sur la nature particulière de l'affection (état pathologique labile ou état stabilisé avec séquelles), mais entre autres sur celle de l'acte médical. Il a déclaré à ce sujet que l'opération ne devait pas être considérée comme une simple mesure de soutien, mais aussi comme un moyen d'obtenir la guérison de l'os et des ligaments qu'elle modifie. La constatation selon laquelle la spanarthrodèse ne doit pas être considérée comme une simple mesure de soutien est confirmée par l'exposé du professeur Baumann. Selon ce dernier, il faut partir du fait qu'il y a mise en place organique et fonctionnelle d'une greffe dans l'échafaudage mécanique de la colonne vertébrale, ce qui crée les conditions préliminaires nécessaires à la formation d'un processus de guérison par enraidissement, consolidation et régénération.

La spanarthrodèse (et le traitement consécutif au moyen d'un corset plâtré) ne représentant pas une mesure médicale de réadaptation, l'assuré ne peut pas réclamer non plus d'indemnité journalière; conformément à l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI, en effet, les indemnités journalières ne sont allouées que « pendant la réadaptation ».

Arrêt du TFA, du 31 mai 1963, en la cause H. F.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. La laminectomie effectuée dans un cas de hernie discale, ainsi que la greffe osseuse qui la complète, représentent le traitement proprement dit de l'affection et ne sont donc pas à la charge de l'AI.

Articolo 12, capoverso 1, LAI. La laminectomia praticata in un caso di ernia del nucleo polposo (protrusione discale), come pure l'operazione dell'innesto osseo che la completa, sono considerate cura vera e propria del male le cui spese non sono assunte dall'AI.

L'assurée, née en 1924, a souffert dès 1958 de douleurs dorsales et de sciatique qui la contraignirent à abandonner son métier de concierge, qu'elle exerçait avec son mari, et son travail de ménagère. En novembre 1960, on l'opéra dans une clinique neuro-chirurgicale d'une hernie discale droite de la région sacro-lombaire. Comme les douleurs ne tardèrent pas à réapparaître et que la capacité de travail restait considérablement

réduite, un médecin procéda, en juin 1961, à l'implantation d'une greffe, à laquelle s'ajouta un traitement au moyen d'un corset plâtré. Ces actes médicaux réussirent; selon ses dires, l'assurée est de nouveau pleinement capable de travailler depuis le 1^{er} octobre 1962.

En mai 1961, l'assurée présenta une demande de prestations à l'AI. La commission AI décida de lui remettre un lombostat; elle refusa en revanche d'assumer les frais des actes médicaux, parce que ceux-ci devaient être considérés comme « le pur traitement de l'affection ». Ces décisions furent notifiées à l'assurée par la caisse de compensation. La commission cantonale de recours rejeta un recours formé par l'assurée, estimant que les deux opérations effectuées avaient servi en premier lieu au traitement de l'affection et n'étaient dès lors pas à la charge de l'AI.

L'assurée porta le litige devant le TFA, qui demanda une expertise au professeur Baumann, à Langenthal. De cette expertise, il ressort ce qui suit:

« La maladie dégénérative de la région sacro-lombaire et lombaire a entraîné chez l'assurée des lésions tissulaires des disques intervertébraux, des ligaments, des racines nerveuses, des articulations intervertébrales et des vertèbres.

On a combattu d'abord, par une intervention chirurgicale (laminectomie), un symptôme principal d'une maladie si avancée, c'est-à-dire la compression douloureuse d'une et éventuellement de plusieurs racines nerveuses. Cette laminectomie fut effectuée dans l'espoir de délivrer la malade de ses maux. (Les hernies discales isolées, sans dégénération avancée, apparaissent plutôt à l'âge de 20 à 30 ans qu'à la fin de la trentaine.) Dans ces cas-là, on procède souvent, après la libération des nerfs comprimés, à la mise en place immédiate d'une greffe osseuse. Si l'on avait agi ainsi en l'espèce, on aurait pu obtenir par une seule opération l'état final favorable constaté.

Comme on avait sans doute des raisons de s'abstenir de placer une greffe osseuse dans le même temps opératoire, des complications supplémentaires, dues à l'atrophie du disque intervertébral et au libre accès laissé à ce disque, s'ajoutèrent alors aux conséquences non éliminées des processus dégénératifs. L'action conjointe de la maladie dégénérative et de l'affaiblissement supplémentaire (non voulu) du segment mobile L5-S1, peut-être aussi de L4-L5, par la laminectomie a conduit à l'état constaté en juin 1961.

La greffe heureusement réussie a permis d'assurer le raffermissement de la solidité mécanique, précédemment diminuée, de l'angle sacro-lombaire, la suppression de la fausse mobilité douloureuse et de la compression des racines nerveuses, la mise en place du greffon dans cette région du squelette fortement mise à contribution sur le plan physique et biologique, et le développement des forces de régénération. En fait, cette intervention fut le complément devenu indispensable de la laminectomie de 1960.

Il n'existe, en particulier parmi les travailleurs manuels, presque personne qui ne présente, depuis la trentaine ou la quarantaine, des modifications ostéochondrotiques de la colonne vertébrale. Avec l'usure et la dégénération des disques intervertébraux apparaît l'instabilité des segments mobiles de la colonne vertébrale, plus particulièrement de la partie inférieure de celle-ci. Les disques présentent une voussure antérieure (protrusion), leur noyau souvent dégénéré fait irruption hors de l'anneau fibreux (prolapsus, hernie), les petites articulations vertébrales deviennent arthrothiques et des modifications de la forme apparaissent, de même que des pertes de substance cartilagineuse. La compression des racines nerveuses qui sortent de la colonne vertébrale provoque des douleurs de sciatique. Dans de nombreux cas, et pendant un temps plus ou moins long, on note de sérieuses atteintes au bien-être et à la capacité de travail. Un traitement conservateur peut soulager et rendre les douleurs plus supportables. On peut

aussi observer des phénomènes de régénération pendant l'évolution de la maladie après plusieurs années ou dizaines d'années.

Si des douleurs violentes apparaissent dans une phase plus aiguë, un traitement opératoire peut devenir absolument nécessaire (laminectomie, ablation d'une hernie discale, greffe osseuse). Il ne s'agit pas alors d'éliminer un état stabilisé avec séquelles, mais au contraire d'intervenir dans le processus morbide lui-même. L'évolution, spontanée ou soutenue par des moyens médicaux conservateurs, peut être améliorée et accélérée par des interventions opératoires ».

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

1. ... (Voir arrêt du TFA, du 5 octobre 1962, en la cause H. H., RCC 1963, p. 120, considérant 1).

2. Il ressort de l'expertise du professeur Baumann qu'une maladie dégénérative de la région sacro-lombaire et lombaire a entraîné chez l'assurée des lésions tissulaires des disques, des ligaments, des racines nerveuses, des articulations intervertébrales et des vertèbres. Les processus dégénératifs étaient en évolution au moment de l'exécution de la laminectomie. Dès lors, il est certain que cette opération servait à guérir et à atténuer un état pathologique labile. Il en va de même de la seconde opération (spanarthrodèse). En effet, la maladie n'a pas été arrêtée dans son évolution par la laminectomie; selon les indications du professeur Baumann, des complications supplémentaires dues à l'atrophie du disque intervertébral et au libre accès laissé à ce disque se sont bien plutôt ajoutées aux conséquences non éliminées des processus dégénératifs. (Lors de la laminectomie, des parties des arcs vertébraux et des ligaments doivent être coupées et enlevées dans une plus ou moins large mesure). Seule l'implantation de la greffe, heureusement réussie, a permis d'assurer alors le raffermissement de la solidité mécanique amoindrie de l'angle sacro-lombaire, ainsi que la suppression de la fausse mobilité douloureuse et de la compression des racines nerveuses. La spanarthrodèse, qui est souvent effectuée en même temps que la laminectomie, était devenue le complément indispensable des actes médicaux antérieurs.

Les deux opérations servaient dès lors en premier lieu à guérir et à atténuer un état pathologique labile, c'est-à-dire à traiter l'affection comme telle. Etant donné qu'un tel traitement relègue toujours la réadaptation à l'arrière-plan, ces opérations ne visaient pas principalement et d'une façon prépondérante la réadaptation de l'assurée; dès lors, le complément de preuve que l'assurée a demandé à réception de l'expertise est superflu.

Finalement, on peut encore retenir que, dans son arrêt du 30 mai 1961 en la cause O. S. (RCC 1961, p. 290), le TFA a déjà déclaré, dans des circonstances médicales légèrement différentes, que la spanarthrodèse ne constitue pas une mesure de réadaptation (spanarthrodèse en cas de suites d'un spondylolisthésis). Le tribunal, il est vrai, ne se fondait pas, dans cet arrêt, sur la nature particulière de l'affection (état pathologique labile ou état stabilisé avec séquelles), mais notamment sur celle de l'acte médical. Il a déclaré à ce propos que l'opération ne devait pas être considérée comme une simple mesure de soutien, mais qu'elle agissait aussi comme un moyen de guérison sur l'os et les ligaments qu'elle modifie. La constatation selon laquelle la spanarthrodèse ne doit pas être considérée comme une simple mesure de soutien est confirmée. En effet, le professeur Baumann a déclaré dans l'expertise qui lui a été demandée en la cause H. T. (arrêt du TFA du 31 mai 1963, RCC 1963, p. 414), que la mise en place organique et fonctionnelle de la greffe dans la charpente mécanique de la colonne vertébrale créait les conditions préliminaires nécessaires à la formation des processus de guérison par enraidissement, consolidation et régénération.

Arrêt du TFA, du 8 mars 1963, en la cause E. D.

Articles 12, 1^{er} alinéa, LAI et 2, 1^{er} alinéa, RAI. L'AI n'assume pas les frais d'une cure de bains annuelle dont un assuré a besoin à longue échéance, même si cette prise en charge n'est réclamée que pour une période limitée.

Articoli 12, capoverso 1, LAI e 2, capoverso 1, OAI. Se un invalido abbisogna per lungo tempo ogni anno di una balneoterapia, l'AI non si assume le spese, neppure se l'assunzione è richiesta soltanto per un periodo limitato.

L'assurée, née en 1941, fut atteinte de poliomyélite à l'âge de 4 mois. Les séquelles de cette affection affectèrent le tronc, l'abdomen et les deux jambes, tout particulièrement du côté droit. Après avoir terminé son apprentissage, l'assurée a travaillé comme sténodactylographe. Son père étant décédé en 1960 et sa mère ne pouvant travailler en raison de sa santé, c'est elle qui subvient à l'entretien de sa mère et de son frère âgé de 15 ans. L'assurée présenta une demande de prestations de l'AI au mois d'août 1960 et, une fois majeure, présenta une nouvelle demande. La commission AI rendit successivement plusieurs prononcés pour déterminer les prestations revenant à cette assurée. Elle refusa en revanche de faire supporter par l'AI les frais d'une cure balnéaire préconisée par un médecin, déclarant qu'il s'agissait là du traitement de l'affection comme telle au sens de l'article 12 LAI. Par jugement du 16 octobre 1962, l'autorité cantonale de recours rejeta le recours formé par l'assurée et confirma la décision attaquée.

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

1. Ainsi que le précise déjà le jugement attaqué, le présent litige concerne uniquement la prise en charge par l'AI d'une cure balnéaire réclamée par l'assurée. Tout en reconnaissant combien il serait souhaitable de venir largement en aide à cette assurée et, notamment, de lui accorder les mesures qui faciliteraient sa tâche, le TFA arrive lui aussi à la conclusion que la décision de refus est conforme aux prescriptions légales et à la jurisprudence, partant qu'elle doit être maintenue.

Même si l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI ne s'opposait pas à la prise en charge par l'AI de la cure de bains en question, cette mesure devrait néanmoins être refusée conformément à l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI. Cette disposition — édictée en exécution de l'article 12, 2^e alinéa, LAI et, comme l'a relevé la jurisprudence, à interpréter dans le cadre de cet article — statue en effet qu'il doit s'agir d'« actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée ». Or, dans l'espèce, cette condition n'est pas remplie.

Dans son rapport du 1^{er} juin 1960, le médecin déclarait catégoriquement, en effet, qu'« une cure de bains d'un mois est nécessaire chaque année ». Les autres pièces du dossier ne mentionnent plus expressément, il est vrai, que ces cures balnéaires doivent être répétées chaque année. Il ne fait aucun doute, néanmoins que la situation ne s'est pas modifiée depuis lors et que, maintenant encore, il est utile, voire indispensable, que l'assurée suive régulièrement de telles cures. C'est ce qui ressort d'un rapport du 4 août 1962, dans lequel un autre médecin estime qu'une cure de bains de trois semaines serait tout à fait indiquée, car, écrit-il, pareille cure est destinée « à maintenir l'état actuel et partant, à préserver d'une diminution notable du gain ». Telle est également l'opinion exprimée par un troisième médecin dans un rapport du 3 décembre 1962. Quant à l'assurée, elle reconnaît elle aussi qu'une cure de bains constitue dans son cas la mesure la plus indiquée pour qu'elle puisse continuer à travailler. Personne n'a prétendu toutefois que cette mesure médicale était de nature à améliorer durablement sa capacité de travail; il est bien évident au contraire qu'elle devrait continuer à être appliquée régulièrement et cela pendant une longue période.

Se référant aux nouvelles propositions de traitement faites par le troisième médecin,

l'assurée demande en appel de pouvoir suivre des cures balnéaires pendant les trois prochaines années, soit jusqu'au moment où elle pourra peut-être se soumettre aux traitements préconisés par ce médecin. Le fait que ces cures ne sont réclamées que pour une période limitée n'est pas de nature à justifier une autre solution. Comme le TFA a déjà eu l'occasion de le relever, on ne saurait en effet tourner la règle de l'article 2 RAI en précisant par avance la durée maxima pendant laquelle les mesures médicales réclamées pourront être accordées.

2. Dans son rapport du 3 décembre 1962, le médecin estime que des mesures de chirurgie orthopédique devraient être entreprises. C'est à la commission AI qu'il appartient de se prononcer à ce sujet. Eu égard aux faits de la cause, il lui appartiendra également d'examiner la question de l'octroi d'une rente d'invalidité. On peut se demander en effet si l'assurée, afin de subvenir à l'entretien de sa mère et de son frère, ne déploie pas une activité beaucoup plus importante que celle qui correspond effectivement à sa capacité de travail (dans son rapport du 1^{er} juin 1960, le premier médecin estimait à 60 pour cent l'incapacité de travail de l'assurée; si, dans son rapport du 3 décembre 1962, le troisième médecin ne parle pas du taux d'invalidité à retenir dans ce cas, l'assurée prétend toutefois, dans sa déclaration d'appel, qu'il aurait évalué à 75 pour cent son invalidité). Au moment où la commission AI déterminera l'invalidité, la question se posera de savoir si les frais des cures balnéaires supportés par l'assurée ne doivent pas être considérés comme des frais nécessaires à l'acquisition du revenu et, par conséquent, s'ils ne doivent pas être déduits de son salaire, puisque les cures balnéaires en cause sont destinées à maintenir sa capacité de travail.

Arrêt du TFA, du 14 mai 1963, en la cause J. M.

Article 13 LAI. La maladie de Scheuermann ou cyphose des adolescents (déviation de la colonne vertébrale à convexité postérieure) n'est pas une infirmité congénitale au sens de l'OIC.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Les mesures médicales conservatrices appliquées à la maladie de Scheuermann (cyphose des adolescents ou déviation de la colonne vertébrale à convexité postérieure), soit l'alitement, la thermothérapie, les massages et la gymnastique médicale appartiennent au traitement proprement dit de l'affection, même si l'assuré se trouve à l'âge de la formation professionnelle.

Articolo 13 LAI. Giusta l'OIC, la malattia di Scheuermann (cifosi degli adolescenti o curvatura anormale della colonna vertebrale) non è considerata infermità congenita.

Articolo 12, capoverso 1, LAI. I provvedimenti sanitari conservativi per la cura della malattia di Scheuermann (cifosi degli adolescenti o curvatura anormale della colonna vertebrale) ossia la distensione, la termoterapia, i massaggi e la ginnastica medica fanno parte della cura vera e propria del male, anche se l'assicurato si trova nell'età della formazione professionale.

L'assuré, née en 1945, souffre de spondylolisthésis (glissement antérieur d'une vertèbre) et de la maladie de Scheuermann (cyphose juvénile). En janvier 1961, une demande de prestations de l'AI fut déposée en sa faveur. La caisse de compensation informa l'assuré que la commission AI mettait à la charge de cette assurance les moyens auxiliaires nécessaires et, du 20 janvier au 30 juin 1961, les mesures médicales relatives à l'infir-

mité congénitale (spondylolisthésis), mais que le traitement de la maladie de Scheuermann n'était en revanche pas assumé par l'AI, vu qu'il s'agissait du « pur traitement de l'affection ».

Un recours formé contre cette décision fut rejeté par la commission cantonale de recours.

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

1. La commission AI a octroyé les mesures médicales nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale (spondylolisthésis) pendant la période allant du 20 janvier au 30 juin 1961. La demande visant à la prise en charge d'une opération effectuée en novembre 1962 n'a pas encore donné lieu à une décision; cette demande doit dès lors être examinée par la commission AI, conformément au jugement de l'autorité de première instance. La seule question qui se pose dans la présente procédure est de savoir si le traitement de la maladie de Scheuermann est à la charge de l'AI ou non.

2. La maladie de Scheuermann n'est pas une infirmité congénitale au sens de la liste du Conseil fédéral; c'est pourquoi des prestations conformément à l'article 13 LAI n'entrent pas en considération. On peut seulement se demander si les actes médicaux nécessaires à cause de cette maladie représentent des mesures de réadaptation selon l'article 12 LAI...

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 conséquence une incapacité de gain. 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 entreront 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. Lorsque l'âge de la formation professionnelle est imminent (ou déjà atteint), 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; il peut suffire que l'absence de ces actes médicaux entraîne, dans un proche avenir, une guérison avec séquelles ou un état stabilisé qui porteraient préjudice à la formation professionnelle ou à la capacité de gain, ou à toutes les deux (cf. arrêts H. V. du 12 octobre 1962, RCC 1963, p. 122, N. B. du 29 mars 1963, RCC 1963, p. 300 et J. S. du 16 avril 1963, RCC 1963, p. 410).

La pratique a constaté toutefois qu'en règle générale, seules les interventions chirurgicales uniques (avec les traitements préliminaire et consécutif obligatoires), appliquées lorsque les assurés sont en âge de développement, représentent des mesures de réadaptation dans les cas d'affections juvéniles typiques, tandis que les actes conservateurs doivent être considérés comme le traitement proprement dit de l'affection. Ces derniers ne sont en général pas appliqués seulement lorsqu'on doit s'attendre dans un proche avenir à un état stabilisé avec séquelles, et ils servent en premier lieu à guérir ou à soulager un état pathologique labile. Abstraction faite de cela, ils s'étendent souvent sur une longue période, de sorte qu'ils n'appartiennent plus aux actes médicaux appliqués dans une période limitée au sens de l'article 2 RAI (cf. surtout l'arrêt N. B. précité, RCC 1963, p. 300).

3. L'assuré mineur, qui souffre de la maladie de Scheuermann (cyphose juvénile), est à l'âge de la formation professionnelle. Le fait seul que la cyphose constitue une affection évolutive ne s'opposerait dès lors pas, en principe, à l'octroi de mesures médicales de réadaptation. Cependant, le traitement des cyphoses est uniquement conservateur et non opératoire; le manuel d'orthopédie de Hahmann/Hackenbroch/Lindemann (II^e volume, p. 130 ss) cite uniquement les genres de traitement suivants: « alitement et thérapie, massages et gymnastique médicale, prescription de corsets ». Or, vu ce qui précède, les actes conservateurs doivent être considérés comme le traitement de l'affection comme telle...

Arrêt du TFA, du 8 avril 1963, en la cause H. G.

Articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 15, 2^e alinéa, RAI. Pour un pasteur qui doit faire des déplacements professionnels fréquents, mais dont l'invalidité diminue fortement la faculté de se déplacer, qui ne peut, de ce fait, utiliser une bicyclette et qui n'aurait pas besoin d'une automobile dans l'exercice de ses fonctions s'il n'était pas invalide, un véhicule à moteur représente un moyen auxiliaire nécessaire.

Articoli 21, capoverso 1, LAI e 15, capoverso 2, OAI. Per un pastore, la cui facoltà di spostarsi è considerevolmente limitata, che non può servirsi di una bicicletta e che per esercitare la sua professione non avrebbe bisogno di un'automobile se non fosse invalido, un veicolo a motore deve essere considerato necessario per permettergli di svolgere le sue funzioni esterne.

L'assuré, né en 1925, fut atteint de poliomyélite à l'âge de 3 mois et souffre encore de séquelles de cette affection (atrophie musculaire marquée du bras droit et de la jambe droite). Il présenta une demande de prestations de l'AI tendant à la fourniture d'un véhicule à moteur. Il ressort des explications qu'il a données dans sa demande et des renseignements recueillis par la commission AI que l'assuré, qui est pasteur, exerce diverses fonctions. Pour accomplir son ministère pastoral, il doit fréquemment se déplacer en ville et hors de ville; il utilisait auparavant une bicyclette, mais il a dû renoncer à le faire à cause de son infirmité et du trafic actuel. Dans son rapport, le médecin a déclaré notamment que l'assuré était amené à se déplacer très souvent et que son état ne lui permettait pas de satisfaire à toutes les demandes sans une fatigue excessive; il estimait dès lors qu'« un moyen de locomotion serait très indiqué (voiture équipée spécialement) ». L'OFAS, auquel la commission AI avait soumis la demande de l'assuré, considéra que les conditions mises à l'octroi d'un véhicule à moteur n'étaient pas réunies. Il précisa en revanche que l'AI pourrait assumer dans le cas particulier les frais de transformation et d'adaptation du véhicule que l'intéressé achèterait éventuellement.

La commission AI rendit un prononcé conforme aux directives de l'OFAS. La caisse de compensation informa le requérant qu'aucune suite ne pouvait être donnée à sa demande. L'assuré recourut contre cette décision en produisant un nouveau certificat du médecin. La Commission cantonale de recours admit le recours, annula la décision attaquée, renvoya le dossier à la commission AI et l'invita « à rendre un nouveau prononcé de mesures de réadaptation octroyant à l'assuré un moyen auxiliaire sous forme de véhicule à moteur et fixant les conditions de fourniture de celui-ci ».

Le TFA a rejeté, pour les motifs suivants, l'appel de l'OFAS contre ce jugement:

1. Les assurés invalides ont droit, autant qu'ils remplissent les conditions légales, aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à améliorer leur capacité

de gain, à la rétablir, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (art. 9, 1^{er} al., LAI). Il est ainsi prévu que l'AI fournira certains moyens auxiliaires lorsque ceux-ci sont nécessaires à la réadaptation de l'assuré à la vie professionnelle, notamment des véhicules adaptés à l'infirmité du bénéficiaire (art. 8, lettre d, LAI; art. 14, 1^{er} al., lettre g, et art. 15 RAI). Les conditions auxquelles est subordonnée la fourniture d'un véhicule à moteur sont particulièrement sévères. En effet, aux termes de l'article 15, 2^e alinéa, RAI « des véhicules à moteur seront fournis aux seuls assurés qui peuvent, d'une manière durable, exercer une activité leur permettant de couvrir leurs besoins et qui ne sont pas en mesure de se rendre à leur travail sans un véhicule à moteur personnel ». Le texte allemand de cette disposition est encore plus restrictif: il exige que la faculté de se déplacer soit considérablement réduite (« wegen wesentlicher Gehbehinderung »).

2. Dans l'espèce, il est constant que l'assuré exerce une activité qui lui permet de couvrir ses besoins. Rien ne laisse supposer, d'autre part, que dans un avenir plus ou moins proche, il ne pourra plus exercer sa profession actuelle. La première condition posée par l'article 15, 2^e alinéa, RAI est donc remplie, ce que personne n'a contesté d'ailleurs.

3. Dans sa déclaration d'appel, l'OFAS ne prétend pas que l'une ou l'autre des conditions requises ne soient pas réalisées et que la solution adoptée par le juge cantonal ne puisse être maintenue. Toutefois, à son avis, les faits de la cause ne sont pas suffisamment élucidés pour déterminer si les conditions mises à l'octroi d'un véhicule à moteur sont bien remplies. Il propose, dès lors, de renvoyer la cause à la commission AI, avec mission d'examiner tout particulièrement si l'usage d'un véhicule à moteur constitue un moyen indispensable à l'exercice du ministère pastoral de l'assuré et, d'autre part, si la faculté de l'assuré de se déplacer est effectivement très limitée.

Le mémoire de réponse à l'appel et les pièces produites par l'intimé donnent des renseignements très complets et fournissent en particulier les précisions désirées par l'OFAS. Le TFA estime, dès lors, avoir tous les éléments nécessaires pour vérifier si le requérant remplit les conditions auxquelles est subordonnée la fourniture d'un véhicule à moteur. Point n'est donc besoin de renvoyer la cause à la commission AI pour qu'elle procède à l'examen complémentaire demandé par l'OFAS, ce d'autant moins que ce renvoi aurait pour conséquence de retarder encore l'issue du litige.

4. Dans l'espèce, comme dans tous les cas concernant l'octroi d'un véhicule à moteur, la question se pose de savoir si c'est bien en raison de son invalidité, soit de la difficulté très grande qu'il éprouve à se déplacer, que l'assuré a besoin d'un véhicule à moteur, mais non pas pour le motif que l'usage d'un tel véhicule constitue un moyen indispensable à l'exercice de sa profession.

Il est évident, certes — et nul ne songerait à le contester — que le ministère pastoral est grandement facilité par l'utilisation d'une automobile et, en particulier, que les pasteurs disposant de ce moyen de locomotion peuvent accomplir leur ministère avec beaucoup moins de fatigue et de perte de temps. C'est un fait notoire cependant qu'à l'heure actuelle, nombre d'ecclésiastiques, spécialement les ecclésiastiques âgés, exercent leur activité en effectuant leurs déplacements à pied ou en utilisant les moyens de transport publics. Même si les ecclésiastiques ne possédant pas de véhicule à moteur personnel étaient une exception, on ne saurait affirmer d'une manière générale qu'à l'heure actuelle, dans une grande ville, l'utilisation d'un véhicule à moteur doit être regardée comme indispensable ou quasi-indispensable pour permettre aux pasteurs ou prêtres d'assumer les nombreuses et diverses charges de leur ministère.

Les pièces produites en appel et les explications données par l'intimé établissent clairement, au surplus, que l'usage d'un véhicule à moteur ne saurait être regardé comme un moyen indispensable à l'exercice du ministère pastoral en ville. C'est ce qui ressort

ainsi de la lettre que la commission AI, qui est certes bien placée pour connaître les conditions locales, a adressée le 9 octobre 1961 à l'OFAS; à son avis, s'il était valide, l'assuré pourrait desservir sa paroisse sans véhicule à moteur. L'intéressé a démontré lui-même qu'il était en mesure de le faire puisque, jusqu'au début de 1961, il a effectué à bicyclette les nombreux déplacements exigés par son ministère. S'il a dû par la suite renoncer à utiliser sa bicyclette ou un vélomoteur, c'est en raison des conditions actuelles du trafic et des séquelles de son affection, notamment de l'atrophie musculaire du bras droit, qui ne lui permettent plus d'avoir une maîtrise suffisante du guidon. L'attestation délivrée le 29 août 1962 par le secrétaire général de l'Église nationale protestante fournit enfin la précision que l'OFAS désirait obtenir sur ce point, à savoir que « l'Église n'a jamais participé comme telle, d'une manière quelconque, à l'achat, à l'entretien ou à l'utilisation » de véhicules à moteur pour permettre aux pasteurs de disposer d'une voiture dans l'exercice de leur ministère.

Au vu de ce qui précède, on ne saurait donc refuser le véhicule à moteur demandé pour le motif qu'un tel véhicule doit être considéré comme un moyen indispensable à l'exercice de la profession de l'assuré et que celui-ci, même s'il n'était pas invalide, en aurait également besoin.

5. Quant à la question de savoir si l'assuré a besoin, en raison de son infirmité, d'un véhicule à moteur pour exercer sa profession, elle peut également être tranchée en l'état du dossier. Celui-ci fournit les renseignements nécessaires tant en ce qui concerne les conditions dans lesquelles l'assuré accomplit son ministère pastoral qu'en ce qui concerne son infirmité.

L'assuré est chargé en premier lieu de desservir sa paroisse. Son ministère pastoral ne se limite pas à cette activité, mais il est en outre aumônier d'un home d'enfants sourds, président d'une association de sport pour handicapés et vice-président d'une fédération d'invalides. On ne saurait dans l'espèce opérer une distinction entre les diverses activités de l'assuré et tenir compte uniquement « des fonctions faisant partie de sa profession de pasteur, qui assure entièrement son existence économique, à l'exclusion d'éventuelles activités accessoires ». Ces différentes activités doivent en effet être considérées comme formant un tout et rentrant toutes dans le cadre de son ministère pastoral. De par ses fonctions, l'assuré est donc incontestablement appelé à se déplacer chaque jour, voire plusieurs fois par jour, en ville et hors de ville (déplacements en ville pour visiter ses paroissiens à leur domicile ou à l'hôpital; trajets à effectuer pour se rendre au home des enfants sourds; démarches à entreprendre auprès des offices sociaux et des institutions de bienfaisance).

Les rapports médicaux qui sont au dossier indiquent clairement quels sont les séquelles de l'affection et les troubles qu'elles provoquent (marche rendue pénible par une forte claudication, accompagnée d'un fort déhanchement, d'où un surcroît de fatigue qui a causé à plusieurs reprises un épuisement physique et nerveux). Et le médecin de conclure dans son dernier rapport qu'il considère l'octroi d'un véhicule à moteur « comme une mesure indispensable destinée à sauvegarder la santé et par conséquent la capacité de travail de l'assuré ».

Compte tenu des exigences du ministère pastoral de l'assuré et de la gêne considérable qu'il éprouve à se déplacer en raison de son infirmité, on doit donc admettre que sans véhicule à moteur, il est empêché d'exercer son ministère, et que s'il l'accomplit néanmoins, il n'y parvient qu'au prix d'un effort physique et nerveux qu'on ne peut raisonnablement exiger de lui.

6. Dans son mémoire d'appel, l'OFAS — qui souhaitait de plus amples précisions sur les faits de la cause (cf. considérant 3 ci-dessus), notamment pour déterminer si l'assuré était bien empêché par son invalidité d'exercer son ministère — déclare que si tel

est le cas « rien ne s'opposerait alors à l'octroi d'un véhicule à moteur par l'AI ». Il semble donc que l'OFAS ait maintenant renoncé à prétendre (argument qu'il avait invoqué dans sa réponse à la commission AI du 13 novembre 1961) que la demande d'octroi d'un véhicule à moteur devait être rejetée, ce moyen auxiliaire étant requis « non pour permettre à l'assuré de se rendre de son domicile à son lieu de travail, mais pour lui faciliter l'accomplissement de son ministère ».

Aux termes de l'article 15, 2^e alinéa, RAI, la fourniture d'un véhicule à moteur n'est prévue qu'en faveur des assurés... « qui ne sont pas en mesure de se rendre à leur travail sans un véhicule à moteur personnel » (« Arbeitsweg » dans le texte allemand). Certes, cette disposition vise en premier lieu les assurés qui doivent régulièrement parcourir un trajet déterminé pour aller au lieu de leur travail et, une fois leur travail terminé, pour rentrer chez eux. Le TFA a estimé toutefois ne pas devoir restreindre l'application de cette disposition aux seuls assurés qui ont besoin d'un véhicule à moteur pour se rendre à leur travail et en revenir. C'est ainsi qu'il a reconnu que les trajets effectués par un représentant pour visiter sa clientèle pouvaient être considérés comme chemin de travail au sens de cette disposition, du moment que l'utilisation d'un véhicule à moteur était destinée, dans ce cas également, à maintenir la capacité de gain de l'assuré (arrêt W. J., du 6 septembre 1962, RCC 1963, p. 130).

En sa qualité de desservant de sa paroisse et en raison des fonctions qu'il occupe, l'assuré a un champ d'action très étendu, qui lui impose de fréquents déplacements dans sa paroisse, en ville et hors de ville. Ces déplacements font, eux aussi, partie des charges inhérentes à son ministère pastoral et aux fonctions qu'il occupe en sa qualité de desservant d'une paroisse et d'ecclésiastique. Or, de même que dans le cas de l'assuré W. J. précité (RCC 1963, p. 130), qui exerçait son activité de représentant dans un secteur relativement peu étendu, il faut admettre en l'espèce, au vu des conditions particulières dans lesquelles l'assuré accomplit son ministère pastoral, et tout en reconnaissant qu'il s'agit ici d'un cas limite, que les nombreux déplacements à effectuer par l'assuré rentrent également dans la notion de « chemin du travail » au sens de l'article 15, 2^e alinéa, RAI.

RENTES

Arrêt du TFA, du 11 mars 1963, en la cause P. K.

Articles 4 et 28 LAI. L'assuré qui, en raison de troubles d'origine psychopathique, marque une tendance accrue à l'énurésie chaque fois qu'il ne veut plus travailler à l'endroit où il est occupé n'est pas, pour autant, invalide à 50 pour cent au moins.

Articoli 4 e 28 LAI. L'assicurato che per via di disturbi d'origine psicopatologica ha una tendenza all'enuresi (incontinenza d'urina) più forte quando non ha più voglia di lavorare dove è occupato, non può senz'altro essere considerato invalido per almeno la metà.

L'assuré, né en 1911, souffre d'une énurésie (incontinence d'urine) fort irrégulière. Il a travaillé normalement jusqu'en 1936, date à laquelle il fut congédié en raison de son comportement caractériel. De 1941 à 1949, il a été occupé par quatre paysans différents, chez lesquels il s'est signalé par ses incontinenances plus ou moins fréquentes et sa malpropreté. Il fut interné dans une clinique de 1949 à 1950, puis entra au centre de

réadaptation de la « Milchsuppe » où il demeura jusqu'à fin 1952. Par la suite et jusqu'au début de 1956, il a travaillé comme manœuvre, étant occupé, deux ans durant, par le même patron (1954-1955). Depuis 1956, il se trouve à nouveau au centre de la « Milchsuppe », une nouvelle tentative de placement comme travailleur agricole ayant échoué. Outre la nourriture et le logement, il y touche 2 francs d'argent de poche par jour de travail.

Avant de se prononcer sur l'octroi d'une rente d'invalidité — laquelle lui avait été refusée tant par la caisse de compensation que par le juge cantonal — le TFA ordonna une expertise psychiatrique, qui lui fournit les données et conclusions suivantes :

« L'assuré est un psychopathe, faible de caractère, peu sûr de lui-même et d'humeur instable; il est, de plus, facilement irritable. Dans ce complexe psychologique, sa tendance à l'énurésie n'est qu'un phénomène, en soi secondaire, mais qui prend de plus en plus d'importance avec les années du fait que l'assuré s'en sert comme d'un moyen d'autodéfense: chaque fois qu'il ne se plaît plus dans un endroit, il multiplie ses incontinences et ses malpropretés jusqu'à ce que son déplacement devienne inévitable.

Son hébergement au centre de la « Milchsuppe » est sans doute le seul qui convienne, car tout autre placement — même s'il semble convenir à l'humeur du moment de l'intéressé — comporte trop de risques d'insuccès pour justifier de nouveaux efforts de la part de ceux qui s'occupent de lui. Il semble dès lors qu'on ne saurait exiger de l'intéressé, non plus que de la société, une nouvelle tentative de placement dans un poste non protégé, même si cette tentative est encore théoriquement possible.

Dans ces conditions, il est difficile d'apprécier la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celle-ci dépendant par trop de sa constance ou de son inconstance dans l'effort. On peut penser que, dans un milieu favorable, sa capacité de travail sera totale durant un certain temps; mais il n'en est pas moins sûr que, tôt ou tard, des difficultés d'origine caractérielle le rendront à nouveau totalement inapte au travail.

Veut-on, à titre de mesure de réadaptation, placer l'assuré dans un poste de travail autre que le centre de la « Milchsuppe », la chose est possible, mais les chances de succès sont minimes. »

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

1. Aux termes de l'article 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Dans l'arrêt H. S. du 6 mai 1961 (ATFA 1961, p. 160 = RCC 1961, p. 382), la Cour de céans a jugé qu'au nombre des atteintes à la santé mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, il fallait compter également certaines manifestations psychopathiques d'une gravité telle que, du point de vue social et pratique, on ne saurait raisonnablement attendre de l'assuré qu'il utilise sa capacité de travail sur le marché du travail, et qu'un tel usage serait même intolérable pour la société. En présence de formes de psychopathie aussi graves, dont les effets peuvent être objectivement constatés, on ne saurait douter que l'atteinte à la santé résultant d'une déformation psychique tombe sous la notion de maladie au sens de la loi et au sens plus général de ce concept.

2. Selon le rapport d'expertise déposé en cause, l'assuré, dont l'intelligence est de peu inférieure à la moyenne, est un psychopathe, faible de caractère, peu sûr de lui-même et d'humeur instable. L'énurésie dont il souffre n'est pas importante; toutefois,

l'assuré multiplie ses incontinences et ses malpropretés chaque fois qu'il ne se plaît plus à un endroit déterminé. Malgré cela, il a travaillé dans l'agriculture sans interruption de 1941 à 1949, ne changeant que trois fois de patron. En outre, de 1952 à 1956, il fut en mesure d'assurer son entretien en travaillant comme manœuvre. Depuis 1956, et après qu'une tentative de placement chez un agriculteur eut échoué, il se trouve au centre de la « Milchsuppe » sans que d'autres essais de réadaptation aient été faits. L'expert considère un essai de placement en dehors de la « Milchsuppe » comme difficile, mais non comme impossible. Dans ces conditions, et contrairement à l'opinion de la commission AI et du juge cantonal, il n'est pas établi que l'assuré présente une incapacité de gain de la moitié au moins en raison de sa psychopathie. Etant donné que, des années durant, il a eu une activité lucrative normale, on ne saurait négliger de nouvelles tentatives de réadaptation, même si celles-ci présentent des inconvénients et des risques. Le fait que l'assuré n'est pas en mesure de travailler régulièrement chez le même employeur ne constitue pas un obstacle à sa réadaptation: il existe quantité de personnes qui, en raison de difficultés psychiques du même genre, doivent être continuellement placées chez de nouveaux employeurs par les soins des organes de tutelle ou d'assistance, sans qu'on puisse les considérer comme des invalides ayant droit à une rente.

Si les essais de réadaptation devaient montrer que l'assuré ne peut en aucune façon travailler en dehors du centre de la « Milchsuppe », il incomberait à la commission AI d'examiner à nouveau la question du droit à la rente. Ce faisant, elle devrait déterminer dans quelle mesure les prestations qu'il touche de la « Milchsuppe » — et qui représentent environ la moitié du salaire d'un valet de ferme — constituent une contre-prestation pour le travail fourni.

Arrêt du TFA, du 22 mars 1963, en la cause H. A.

Article 28, 2^e alinéa, LAI. Evaluation du revenu du travail que peut obtenir, avec et sans invalidité, le fermier d'une exploitation agricole.

Articolo 28, capoverso 2, LAI. Determinazione del reddito del lavoro che può conseguire, con o senza invalidità, l'affittuario di un'azienda agricola.

L'assuré, né en 1926, est fermier de l'exploitation agricole de son père, qui comprend 45 poses de terrain. A l'âge de 10 ans, environ, il eut une attaque d'apoplexie, qui provoqua une paralysie partielle et l'enraidissement presque total de la main et du genou gauches. L'assuré boite fortement et ne peut ni traire, ni soulever des charges lourdes. Son incapacité de travail s'élève, selon le médecin, à 50 pour cent.

Se fondant sur un prononcé de la commission AI, la caisse de compensation refusa l'octroi d'une rente, faute d'une invalidité d'au moins 40 pour cent. Cette décision fut confirmée par l'autorité de recours, qui déclara notamment: Sans doute l'assuré est-il obligé par son invalidité, comme il le dit dans son mémoire de recours, d'engager un ouvrier pour l'aider à exploiter son domaine. Cependant, si l'on compare la somme moyenne des salaires admise dans le questionnaire pour les paysans, soit 15 158 francs, au salaire d'un ouvrier agricole, tel qu'il est usuel dans cette région, soit 5200 francs (3600 francs en espèces et 1600 francs de salaire en nature), il en résulte un degré d'invalidité de 34 pour cent.

L'assuré interjeta appel, en alléguant que les intérêts du capital engagé, ainsi que les primes de caisse-maladie et d'autres assurances, devaient être déduits du revenu impo-

sable (11 000 francs). Le revenu déterminant ne s'élève donc qu'à 10 000 francs au plus. Le trayeur que l'assuré a engagé touche 7404 francs par an; il faudrait ajouter à ce salaire une somme de 1500 francs, puisque l'assuré pourrait, s'il n'était pas invalide, assumer encore d'autres travaux que ceux du trayeur.

Sur proposition de la caisse de compensation et de l'OFAS, le TFA a rejeté l'appel pour les motifs suivants:

1. Le certificat médical montre que des mesures de réadaptation ne sont pas indiquées en l'espèce; la capacité de gain de l'assuré ne peut pas être améliorée par des mesures médicales et son état de santé est stationnaire. Rien ne s'opposerait par conséquent à l'octroi d'une rente si le degré d'invalidité atteignait au moins 50 pour cent (articles 28, 2^e alinéa, et 29, 1^{er} alinéa, LAI).

2. Aux termes de l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit à une rente lorsqu'il est invalide pour la moitié au moins. Lorsqu'il est invalide pour moins des deux tiers, le montant de la rente est réduit de moitié. L'invalidité au sens de cette loi est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée (article 4 LAI). Selon l'article 28, 2^e alinéa, de la même loi, l'incapacité de gain est évaluée de la manière suivante: 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, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. Ainsi, ce qui est déterminant pour évaluer l'invalidité, c'est ce que l'assuré peut encore gagner en utilisant raisonnablement sa capacité de travail, comparé à ce qu'il pourrait gagner, vraisemblablement, si cette capacité n'était pas réduite.

3. Il faut donc comparer deux revenus hypothétiques, selon la définition de l'article 28, 2^e alinéa, LAI:

a. Pour la détermination du revenu que l'invalide peut encore obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement exiger de lui, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, le revenu effectivement obtenu dans des conditions de travail stables a, sauf circonstances spéciales, une importance décisive.

L'assuré a obtenu, pendant la dernière période fiscale, un revenu annuel de 11 000 francs. Il demande qu'on en déduise une somme de 1000 francs en chiffre rond (intérêts du capital propre, primes de la caisse-maladie et d'autres assurances). Son dossier fiscal n'indiquant pas que ces dépenses aient déjà été prises en compte, il est possible de donner suite à cette demande (Cf. arrêt J. E., RCC 1962, p. 481, et ATFA 1962, p. 146) et d'admettre que le revenu déterminant de l'invalide s'élève à 10 000 francs.

b. Pour calculer le revenu qui pourrait être obtenu sans invalidité, l'autorité de première instance a ajouté le salaire d'un trayeur au revenu du travail que l'invalide peut encore obtenir. Elle justifie cette manière de faire en alléguant que l'assuré pourrait se charger lui-même de la traite du bétail et se passerait des services d'un trayeur s'il n'était pas invalide. L'assuré admet ce point de vue, mais tout en faisant remarquer qu'il paie à son trayeur un salaire mensuel de 617 francs, soit 7404 francs par an. Ce chiffre est confirmé par une attestation de la caisse de compensation communale et peut donc être retenu, contrairement à l'avis de l'autorité de première instance, qui n'admettait qu'une somme de 5200 francs.

L'assuré prétend en outre que s'il n'était pas invalide, il pourrait effectuer encore d'autres travaux que la traite, travaux qu'il doit confier maintenant à des ouvriers auxquels il paie, chaque année, 1500 francs de salaire; cette somme doit, selon lui,

être également comptée dans le revenu qui pourrait être obtenu sans invalidité. Toutefois, cette objection de l'assuré ne peut être retenue. En effet, la ferme dirigée par l'assuré est une grande exploitation de plaine; bien que sa faculté de se déplacer soit sensiblement réduite, l'assuré peut exercer sans restriction importante ses fonctions de chef, et réussit même, selon le rapport de la caisse de compensation communale, à effectuer tous les travaux agricoles, à l'exception de la traite et du transport de charges trop lourdes.

c. Puisque le revenu du travail présumable sans invalidité peut être fixé à 17 400 francs, et le revenu de l'invalidé étant de 10 000 francs, il en résulte une perte de 43 pour cent. Cette perte serait de 47 pour cent si l'on admettait, avec l'assuré, que le revenu sans invalidité s'élève à 18 900 francs. Le résultat de cette comparaison correspond d'ailleurs aux considérants énoncés dans l'arrêt J. E. déjà mentionné (RCC 1962, p. 481 et ATFA 1962, p. 148), comme quoi l'on peut admettre dans de tels cas, que même si les revenus hypothétiques de l'article 28, 2^e alinéa, LAI ne peuvent être déterminés, l'invalidité est inférieure à 50 pour cent. Il n'a pas été question de cas pénible en l'espèce.

Par conséquent, les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité ne sont pas remplies et l'appel doit être rejeté. Toutefois, si la capacité de gain de l'assuré venait à diminuer sensiblement et d'une manière durable, celui-ci aurait toujours la possibilité de présenter une nouvelle demande de rente.

CHRONIQUE MENSUELLE

La *commission des rentes élargie* a siégé le 10 octobre sous la présidence de M. Naef, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a discuté quelques problèmes de principe relatifs à l'exécution de la sixième révision de l'AVS et s'est prononcée, à l'unanimité, en faveur du nouveau calcul des rentes en cours par la Centrale de compensation. Elle a formulé des objections à la mise en vigueur rétroactive de la révision et a émis des propositions pour une exécution administrative rapide de l'augmentation des rentes. La commission se réunira à nouveau dans la seconde moitié de novembre.



La *convention complémentaire* relative aux assurances sociales signée avec la *République fédérale d'Allemagne* entrera en vigueur le 17 novembre 1963, toutes les conditions de forme ayant été remplies.

Le nouveau chef de la Centrale de compensation

Dans sa séance du 27 septembre, le Conseil fédéral a donné à la Centrale de compensation un nouveau chef, qui succédera à M. Aloïs Imbach, décédé si subitement en février; c'est M. *André Colliard*, licencié en droit. M. Colliard, un Genevois, est entré en 1942 déjà au service de ce que l'on nommait alors l'administration du fonds central de compensation. Ces derniers temps, il s'est occupé principalement de la Caisse suisse de compensation en qualité de chef de section. La rédaction de la RCC présente ses meilleurs vœux au nouveau chef de la Centrale, dont la fonction, lourde de responsabilités, englobe un champ d'activité étendu. Rappelons, en effet, que la Centrale comprend non seulement les services centraux de l'AVS, de l'AI et du régime des APG pour le registre des assurés et la comptabilité, ainsi que la Caisse suisse de compensation, mais fonctionne également comme organe de liaison assurant le contact avec les institutions étrangères d'assurances sociales; en outre, elle assume le service des prestations en nature de l'AI, le service des placements du Fonds de compensation AVS et la gestion du secrétariat du Conseil d'administration de ce fonds.

M. *Joseph Studer*, qui a dirigé la Centrale de compensation jusqu'à la fin de l'année 1962, fonction qu'il a reprise à titre provisoire lors du décès de

M. Imbach, a été chargé de missions spéciales par le chef du Département fédéral des finances et des douanes. Pour les caisses de compensation, l'essentiel de ces tâches sera l'exécution pratique de la sixième révision de l'AVS, pour laquelle cette grande œuvre sociale devra compter sur la coopération active de la Centrale.

Le régime des APG a dix ans

Le 1^{er} janvier de cette année, il y a eu dix ans que fut institué l'actuel régime des allocations aux militaires pour perte de gain (régime des APG). Les systèmes créés pendant la seconde guerre mondiale, sur la base des pleins pouvoirs du Conseil fédéral, soit le régime des allocations pour perte de salaire, en faveur des salariés, le régime des allocations pour perte de gain, en faveur des travailleurs indépendants (entrés en vigueur tous deux en 1940) et le régime des allocations pour service militaire aux étudiants (instauré en 1945) recevaient ainsi, fortement simplifiés, une base légale définitive.

Il nous a paru opportun de présenter ici un bref rapport sur l'application du régime des APG au cours des dix années écoulées. Signalons, tout d'abord, que les régimes institués pendant la guerre ont fait l'objet de deux publications. La première, intitulée « Les régimes des allocations pour perte de salaire et de gain pendant la guerre », est une récapitulation des années 1940 à 1947; elle a paru comme tirage à part du rapport du Département fédéral de l'économie publique « L'économie de guerre en Suisse 1939-1948 ». La seconde publication s'intitule « Les régimes des allocations pour perte de salaire et de gain durant l'après-guerre » et englobe les années 1948 à fin 1952, donc jusqu'au moment où les régimes de guerre ont été remplacés par l'actuel système. Ces deux rapports ont été envoyés, à l'époque, aux caisses de compensation.

Le document de base du régime actuel des APG est le « Rapport de la commission fédérale d'experts pour la préparation d'une loi fédérale relative à la compensation du salaire ou du gain perdu par suite de service militaire » publié le 15 janvier 1951. Quelques mois plus tard, le 23 octobre de la même année, paraissait le « Message relatif à un projet de loi fédérale sur les allocations aux militaires pour perte de salaire et de gain », qui conduisit à la promulgation de la loi du 25 septembre 1952 sur le régime des APG. La RCC a donné, en 1951 et 1952, sous le titre « Du régime des allocations pour perte de salaire et de gain à la loi sur les allocations aux militaires », une série d'articles consacrés au rapport de la commission d'experts, au message du Conseil fédéral et à l'évolution des régimes d'allocations jusqu'à l'instauration du système actuel. Le 6 mars 1959, les Chambres fédérales votèrent la nouvelle loi sur les APG modifiant celle de 1952; elle entra en vigueur le 1^{er} janvier 1960. Cette modification est désignée ci-dessous comme première révision du régime des APG, car une seconde révision est actuellement à l'étude aux Chambres fédérales.

Les prestations du régime des APG

Le droit aux allocations

Selon la teneur primitive de l'article premier LAPG, les militaires qui *faisaient du service dans l'armée suisse* avaient droit à une allocation pour chaque jour soldé s'ils exerçaient, avant d'entrer au service, une *activité lucrative* ou s'ils faisaient un *apprentissage* ou des *études*. Il en résultait que la participation à des cours fédéraux pour moniteurs de l'instruction préparatoire et pour moniteurs de jeunes tireurs n'était pas considérée comme service militaire, si bien que le régime des APG ne pouvait être appliqué directement dans ces cas-là. En revanche, l'octroi d'allocations aux participants pouvait être considéré comme une « autre tâche » au sens de l'article 63, 4^e alinéa, LAVS, et par conséquent le régime des APG déclaré applicable par analogie. Ainsi, les participants à ces cours reçoivent les mêmes allocations que les militaires, et l'exécution du régime est confiée aux organes de l'AVS. Cependant, les frais qui en résultent pour le fonds de compensation des APG et les caisses de compensation sont remboursés par le Département militaire fédéral.

La première revision du régime des APG a levé toute restriction du droit aux allocations découlant de la situation du militaire avant l'entrée au service; elle supprime donc non seulement les conditions de la formation professionnelle et des études, mais aussi celle de l'activité lucrative, si bien que tout militaire accomplissant un service soldé dans l'armée suisse a droit, dès le 1^{er} janvier 1960, aux allocations pour perte de gain. L'abandon de la condition de l'activité lucrative a eu pour conséquence principale d'étendre ce droit aux ménagères et jeunes filles sans activité lucrative qui servent dans les SCF. Enfin, la loi du 23 mars 1962 sur la protection civile a étendu l'application du régime aux personnes qui servent dans la protection civile; elle dispose que ces personnes ont également droit à une allocation pour chaque jour entier pour lequel elles reçoivent une indemnité analogue à une solde, au sens de la loi sur la protection civile, si bien qu'elles sont, à cet égard, assimilées en principe aux militaires.

Les divers genres et taux d'allocations

Ont droit à l'*allocation de ménage* tous les militaires mariés du sexe masculin, ainsi que les militaires des deux sexes, célibataires, veufs ou divorcés, qui vivent avec des enfants. Y ont droit, également, les militaires des deux sexes qui sont tenus, à cause de leur situation professionnelle ou officielle, d'avoir un ménage en propre. La condition d'octroi, dans ce cas-là, est que le militaire soit juridiquement tenu d'avoir son propre ménage ou que l'existence d'un tel ménage corresponde à une nécessité liée à la gestion d'une entreprise. L'application de cette disposition spéciale ne rencontre plus de difficulté notoire, parce que la pratique des tribunaux a déterminé, dans l'essentiel, à quelles conditions est soumis le droit à l'allocation dans ces cas spéciaux. Le tableau ci-dessous montre

dans combien de cas l'allocation de ménage a été accordée, pendant les dix dernières années, en vertu de la nécessité d'avoir un ménage en propre.

*Allocations de ménage accordées à cause de la nécessité
d'avoir un ménage en propre*

Tableau 1

Année	Nombre de cas
1953	314
1954	276
1955	321
1956	291
1957	273
1958	276
1959	308
1960	250
1961	288
1962	242

Durant les années 1953 à 1959, l'allocation journalière de ménage se composait, pour les *salariés*, d'un montant fixe de 2 francs et d'un montant variable de 40 pour cent du revenu moyen acquis avant le service; elle était toutefois de 4 francs au minimum et de 12 francs au maximum. L'allocation journalière de ménage revenant aux militaires de condition *indépendante* s'élevait à 4 francs lorsque le revenu annuel était inférieur à 1800 francs d'après la décision de cotisations AVS; elle augmentait d'un franc pour chaque part de revenu de 1000 francs de plus et atteignait 12 francs par jour quand le revenu annuel dépassait 8800 francs. Lors de la première révision du régime des APG, les deux systèmes d'allocations, qui étaient jusqu'alors différents, furent unifiés et les taux augmentés, de sorte que, dès le 1^{er} janvier 1960, l'allocation journalière de ménage se composait, pour les militaires qui avaient exercé une activité lucrative avant d'entrer au service, d'un montant fixe de 2 fr. 50 et d'un montant variable de 40 pour cent du revenu moyen acquis avant le service; elle était toutefois de 5 francs au minimum et de 15 francs au maximum. L'unification des deux systèmes a été accueillie très favorablement; elle permet notamment de calculer d'une façon plus équitable le montant de l'allocation revenant à des militaires exerçant simultanément des activités salariées et indépendantes et simplifie, de manière générale, le travail des caisses de compensation.

Peuvent prétendre *l'allocation pour personne seule* tous les militaires qui n'ont pas droit à l'allocation de ménage. Dès lors, cette allocation revient aussi aux militaires mariés de sexe féminin. L'allocation journalière pour personne seule versée aux *salariés* se composait, de 1953 à 1959, d'un montant fixe de 50 centimes et d'un montant variable de 15 pour cent du revenu moyen acquis

avant le service; elle était toutefois de 1 fr. 50 au minimum et de 3 fr. 50 au maximum. Pour les recrues, elle était fixée à 1 fr. 50. Depuis 1960, l'allocation pour personne seule se calcule en fonction de l'allocation de ménage et s'élève à 40 pour cent de celle-ci; elle est toutefois de 2 francs au minimum et de 6 francs au maximum. Le nouveau taux minimum constitue simultanément le montant journalier fixe revenant aux recrues.

En 1960 furent introduits les taux minimums augmentés pour les *services d'avancement*. Le taux minimum de l'allocation de ménage est de 7 francs, celui de l'allocation pour personne seule de 4 francs. Cette mesure favorise les militaires qui n'ont obtenu aucun revenu ou qu'un faible revenu avant d'entrer au service et pour lesquels le long service d'avancement entraîne de gros sacrifices économiques. Cette innovation, qui profite avant tout aux étudiants et aux membres de la famille travaillant dans l'exploitation familiale, dans l'artisanat et l'agriculture, se justifie du point de vue militaire et social et n'a rencontré — surtout grâce à la création d'un questionnaire spécial pour les services d'avancement — aucune difficulté d'ordre administratif.

Les militaires peuvent prétendre une *allocation pour enfant* pour chaque enfant qui n'a pas encore accompli sa 18^e année ou, s'il est en apprentissage ou fait des études, sa 20^e année. Pour les enfants légitimes et les enfants adoptés par le militaire ou son conjoint, aucune condition supplémentaire n'est mise au droit à cette allocation; en revanche, celle-ci n'est versée en faveur d'enfants du conjoint ou d'enfants naturels du militaire que si celui-ci les entretient entièrement ou d'une manière prépondérante. Quant aux enfants recueillis, ils ne donnent droit à l'allocation que si le militaire en assume gratuitement et durablement les frais d'entretien et d'éducation. Pour avoir droit à l'allocation en faveur des enfants de son conjoint ou de ses enfants naturels, il faut que le militaire supporte plus de la moitié des frais d'entretien, condition qui est présumée remplie si l'enfant vit dans le ménage du militaire. Les frais d'entretien et d'éducation de l'enfant doivent être déterminés dans chaque cas en tenant compte des conditions particulières. Pour les enfants recueillis, l'allocation est versée aux mêmes conditions que la rente d'orphelin de l'AVS.

*Demandes d'allocations pour enfants admises en faveur
d'enfants du conjoint et d'enfants naturels du militaire*

Tableau 2

Année	Nombre de cas
1955	862
1956	698
1957	496
1958	536
Pour 1953, 1954 et depuis 1959, les chiffres correspondants n'ont pas été établis.	

De 1953 à 1959, l'allocation pour enfant s'élevait à 1 fr. 50 pour chaque enfant, depuis lors, elle est de 2 francs par jour.

Ont droit à une *allocation pour assistance* les militaires qui accomplissent au moins six jours consécutifs de service et qui, en vertu d'une obligation légale ou morale d'entretien ou d'assistance, viennent en aide à leurs parents par le sang en ligne directe, ascendante ou descendante, à leurs frères et sœurs ou à leur conjoint divorcé, ainsi qu'à des parents adoptifs, à des parents nourriciers, à des beaux-parents et aux père et mère du conjoint, autant que ces personnes ont besoin de cette aide et qu'elles ne donnent pas droit à une allocation pour enfant. Par rapport au régime des allocations pour perte de salaire et de gain, les allocations pour assistance ont été simplifiées et, sensiblement modifiées quant au fond. Ainsi, la catégorie des personnes en faveur desquelles une telle allocation peut être demandée a été définie de façon précise et le droit à l'allocation limité aux périodes de service de six jours consécutifs au moins, de sorte que les nombreuses périodes de service de courte durée n'ont plus besoin d'être prises en compte. Le nombre des limites de revenu applicables, dont le dépassement supprime le droit à l'allocation, a été diminué de 18 à 2 à partir de 1953 et fixé à 4 lors de la première révision du régime des APG. La nouvelle réglementation ne tient plus compte d'une aide accordée simultanément par des tiers, ce qui constitue une importante simplification par rapport au régime des allocations pour perte de salaire et de gain.

Allocations pour assistance accordées

Tableau 3

Année	Nombre de cas
1953	9 472
1954	10 359
1955	9 549
1956	7 997
1957	6 160
1958	6 566
1959	5 691
1960	5 236
1961	5 007
1962	4 253

Ces chiffres ne sauraient être qualifiés d'élevés si l'on songe qu'annuellement 300 000 à 350 000 militaires ont accompli du service. Ces cas donnent toutefois un travail assez considérable aux caisses de compensation, qui doivent déterminer l'étendue de l'assistance accordée par le militaire avant l'entrée au service, ainsi que le chiffre du revenu et de la fortune des personnes entretenues ou assistées.

De 1953 à 1959, l'allocation pour assistance était de 3 francs par jour pour la première personne assistée par le militaire et de 1 fr. 50 pour chacune des autres personnes assistées; elle était réduite dans la mesure où elle dépasse la prestation d'aide effectivement versée par le militaire, convertie en un montant journalier, ou permet de ne plus considérer la personne entretenue ou assistée comme ayant besoin d'aide. Les limites de besoin étaient fixées à 270 francs par mois ou, si les personnes entretenues ou assistées vivaient ensemble ou avec le militaire, à 180 francs par mois.

Depuis 1960, l'allocation pour assistance s'élève, pour la première personne entretenue ou assistée, à 4 francs et, pour chacune des autres personnes assistées par le militaire, à 2 francs par jour. Les limites de revenu ont été fixées à 360 francs par mois ou, si les personnes assistées vivent avec le militaire ou ensemble, à 300 francs pour la première, à 210 francs pour la seconde et à 120 francs pour chacune des autres personnes assistées. Malgré cette nouvelle réglementation, le nombre des allocations pour assistance versées a — ainsi que cela ressort du tableau 3 — presque continuellement diminué. La cause en est vraisemblablement la situation économique favorable dont jouit notre pays.

Depuis 1953 et contrairement au système adopté sous le régime des allocations pour perte de salaire et de gain, ce sont non seulement les prestations fournies en espèces ou en nature qui sont considérées comme prestations d'entretien ou d'assistance, mais aussi *la valeur du travail non rémunéré* que le militaire fournit en faveur de ses proches. De telles prestations sont fournies par les membres de la famille collaborant dans l'entreprise familiale, dans l'agriculture et l'artisanat. Le nombre de ces cas est indiqué au tableau 4.

*Allocations pour assistance versées en raison d'aide
fournie sous forme de travail non rémunéré*

Tableau 4

Année	Nombre de cas
1957	210
1958	224
1959	195
1960	268
1961	237
1962	148
Pour 1953 à 1956, les chiffres correspondants n'ont pas été établis.	

Ont droit à l'*allocation d'exploitation* les militaires qui dirigent une entreprise en qualité de propriétaires, de fermiers ou d'usufruitiers ou qui participent

activement à la direction d'une entreprise comme associés d'une société en nom collectif, associés indéfiniment responsables d'une société en commandite ou membres d'une autre communauté de personnes visant un but lucratif et ne possédant pas la personnalité juridique. Le droit à cette allocation n'est toutefois reconnu que si le militaire n'obtient pas un revenu supérieur provenant d'une activité salariée. La pratique judiciaire et administrative est arrivée à définir assez aisément la notion d'exploitation. Les militaires qui obtiennent simultanément des revenus provenant d'une activité indépendante et d'une activité salariée ne peuvent prétendre l'allocation d'exploitation que si leur revenu d'indépendant, converti en un revenu journalier, est égal ou supérieur à celui de salarié.

L'allocation d'exploitation s'élevait de 1953 à 1959 à 2 francs et, depuis lors, à 3 francs par jour. La *limite supérieure de l'allocation totale* était fixée jusqu'à fin 1959 à 19 fr. 50 par jour ou à 80 pour cent du gain journalier moyen déterminant; les montants minimums des deux allocations de base et *une* allocation pour enfant étaient toutefois servis entièrement. Actuellement, pour les salariés et les indépendants, l'allocation totale — sans l'allocation d'exploitation — ne doit pas dépasser le montant de 28 francs par jour ou 90 pour cent du gain journalier moyen acquis avant l'entrée au service. En outre, non seulement les taux minimums des deux allocations de base, mais encore *deux* allocations pour enfants au maximum sont versés entièrement.

La procédure

Sous le régime des allocations pour perte de salaire et de gain, le comptable militaire établissait un certificat des jours soldés, dans lequel il attestait le nombre de jours de service accomplis et qu'il adressait directement à l'employeur du militaire. En outre, le militaire devait remplir lui-même un questionnaire relatif à ses conditions personnelles et se procurer une attestation de salaire auprès de son employeur. Ce n'est que très rarement que ces deux formules parvenaient simultanément à l'employeur ou à la caisse de compensation, ce qui entraînait des retards dans le versement de l'allocation. Lors de l'entrée en vigueur du régime des APG, ces deux formules ont été réunies en une seule, le *questionnaire*. Le comptable militaire atteste le nombre de jours soldés sur le questionnaire, qu'il remet ensuite au militaire; celui-ci y ajoute les indications demandées sur ses conditions personnelles et le transmet — s'il est salarié — à son employeur, qui le complète par son attestation de salaire. L'employeur fixe et verse ensuite lui-même l'allocation ou transmet le questionnaire, à cet effet, à la caisse de compensation; l'indépendant transmet le questionnaire directement à sa caisse.

Une enquête spéciale faite durant les années 1955 et 1956 a révélé qu'environ 100 000 employeurs versaient eux-mêmes l'allocation; 10 000 d'entre eux

environ, soit un dixième, ont aussi eux-mêmes fixé l'allocation. Les deux tiers environ des employeurs affiliés aux caisses de compensation n'ont donc, durant ces années, dû s'occuper ni de la fixation ni du versement des allocations, soit parce que les deux tâches étaient assumées par la caisse de compensation, soit parce qu'ils n'occupaient pas de militaire astreint à faire du service au cours de ces deux années. Lorsqu'un questionnaire a été perdu, la caisse de compensation établit un *duplicata* en se fondant sur le livret de service. Lorsque des versements doivent être effectués après coup ou que des allocations indûment versées doivent être exigées en restitution, la caisse de compensation établit une *carte rectificative* à l'intention de la Centrale. Le nombre des questionnaires, duplicata et cartes rectificatives qui ont été dépouillés ressort du tableau 5.

Questionnaires, duplicata et cartes rectificatives dépouillés

Tableau 5

Année	Questionnaires	Duplicata	Cartes rectificatives	Nombre total de cartes
1953	*	*	*	473 379
1954	*	*	*	505 285
1955	468 130	1 946	6 591	476 667
1956	467 178	2 053	7 338	476 569
1957 ¹	428 831	2 133	6 240	437 204
1958	505 125	2 134	6 435	513 694
1959	470 265	2 314	5 892	478 471
1960	463 459	2 223	5 963	471 645
1961	488 557	2 562	5 816	496 935
1962	544 310	2 742	5 918	552 970

¹ Au 4e trimestre de l'année 1957, les cours de répétition prévus ont été révoqués en raison d'une épidémie de grippe; ils furent en partie accomplis après coup durant les années suivantes.

Un coupon du questionnaire attestant le nombre de jours soldés est comparé, par la Centrale de compensation, à la comptabilité de l'unité militaire en cause. Les différences éventuelles sont rectifiées.

Les allocations versées

Le tableau 6 donne le nombre de militaires qui, durant une année déterminée, ont accompli du service, le nombre des jours de service soldés, la somme des allocations versées et le montant moyen des allocations par homme et par jour.

Tableau 6

Année	Militaires ayant accompli du service	Jours de service soldés accomplis	Montant total des allocations	Montant moyen des allocations par homme et par jour
			Francs	Francs
1953	284 675	8 525 100	41 665 272	4,89
1954	321 599	9 167 412	48 483 127	5,29
1955	318 110	9 059 343	46 993 836	5,19
1956	317 768	9 050 995	49 290 298	5,45
1957 ¹	263 183	7 897 569	44 539 928	5,64
1958	340 999	9 371 094	52 634 181	5,62
1959	318 420	9 017 638	52 718 393	5,85
1960	310 416	9 001 371	63 591 280	7,06
1961	324 329	9 508 304	71 529 441	7,52
1962	355 376	10 752 213	84 916 361	7,90

¹ Au 4^e trimestre de l'année 1957, les cours de répétition prévus ont été révoqués en raison d'une épidémie de grippe; ils furent en partie accomplis après coup durant les années suivantes.

Le nombre des militaires ayant accompli du service et celui des jours de service effectués se rapportent exactement à l'année civile indiquée. Les allocations versées ne sont parfois décomptées que l'année suivante; toutefois, comme ce décalage semble se reproduire chaque année dans une mesure à peu près identique, la comparaison donne grosso modo une image exacte. Les effets de l'augmentation des allocations intervenue le 1^{er} janvier 1960, par suite de la première révision du régime des APG, apparaissent clairement si l'on compare les montants en francs de l'année 1959 à ceux des années 1960 et suivantes.

Le développement financier

Les allocations versées pour perte de salaire et de gain et aux étudiants étaient prélevées, du 1^{er} janvier 1948 au 31 décembre 1952, sur un fonds constitué au moyen des excédents du régime des allocations pour perte de salaire et de gain. Ce fonds s'élevait à fin 1952 à 419,8 millions de francs; de 1953 à 1959, il a servi de réserve au financement des allocations pour perte de gain. Depuis 1960, des cotisations d'un montant de 4 pour mille du revenu du travail (un dixième des cotisations AVS) sont perçues. Dès cette date, le régime des APG dispose donc d'un propre fonds qui est géré par les mêmes organes et de la même façon que le fonds de compensation de l'AVS. Le tableau 7 montre l'évolution de ce fonds.

Dépenses, recettes et réserves du régime des APG de 1953 à 1962

Montants en millions de francs

Tableau 7

Année	Dépenses annuelles	Recettes annuelles		Fonds	
		Cotisations	Intérêts	Excédent annuel de recettes (+) ou de dépenses (-)	Réserve ou fonds APG, montant en fin d'année
1953	42,5	—	12,6	— 29,9	389,9
1954	49,7	—	—	— 49,7	340,2
1955	48,1	—	—	— 48,1	292,1
1956	50,7	—	—	— 50,7	241,4
1957	45,7	—	—	— 45,7	195,7
1958	53,8	—	—	— 53,8	141,9
1959	53,7	—	—	— 53,7	88,2
1960	63,9	74,9	2,8	+ 13,8	102,0
1961	71,8	88,7	3,3	+ 20,2	122,2
1962	85,1	99,9	4,0	+ 18,8	141,0

Les allocations indûment touchées doivent être restituées, sans qu'il y ait nécessairement une faute du militaire. Lorsque le militaire a touché l'allocation indue de bonne foi et qu'une restitution constituerait pour lui une charge trop lourde, la créance en restitution peut faire l'objet d'une remise. Les créances en restitution sont déclarées irrécouvrables lorsque les poursuites sont restées sans effet ou lorsqu'il est manifeste qu'elles demeureraient infructueuses. Les montants de ces créances figurent au tableau 8.

Créances en restitution qui ont été exigées, remises ou déclarées irrécouvrables

Montants en francs

Tableau 8

Année	Créances en restitution		
	exigées	remises	déclarées irrécouvrables
1953	21 967	517	248
1954	28 134	621	455
1955	28 499	1 761	45
1956	32 815	1 576	204
1957	32 891	913	485
1958	45 573	401	14
1959	44 451	287	445
1960	29 314	550	409
1961	38 107	8	90
1962	36 903	839	8

Les montants que le fonds de compensation du régime des APG perd effectivement chaque année, c'est-à-dire la somme des créances en restitution remises ou déclarées irrécouvrables, varient en règle générale entre 500 et 2000 francs et ne représentent qu'une fraction d'un pour mille des allocations versées annuellement.

La jurisprudence

La jurisprudence en matière de régime des APG incombe aux mêmes organes juridictionnels que dans l'AVS et l'AI, donc aux autorités de recours des cantons et de la Confédération, en première instance, et au Tribunal fédéral des assurances en seconde et dernière instance. L'activité de ces organes en matière d'APG est illustrée par les chiffres du tableau 9.

Nombre des cas de recours et d'appel

Tableau 9

Année	Recours aux organes juridictionnels de première instance	Appels au TFA
1953	89	16
1954	133	22
1955	119	12
1956	104	13
1957	95	9
1958	98	9
1959	93	8
1960	51	5
1961	63	2
1962	71	0

Remarques finales

L'application du droit matériel du régime des APG, comme son exécution administrative, ne présentent aucune difficulté spéciale et se déroulent pratiquement sans heurts. Cela est particulièrement remarquable si l'on considère la grande somme de travail que tous les organes intéressés doivent fournir, et dont le présent exposé a tenté de donner une idée. Les comptables militaires, les employeurs et les caisses de compensation méritent d'être remerciés de l'activité qu'ils déploient pour assurer l'existence économique des militaires et de leur famille.

Statistique des rentes AVS de l'année 1962

Les tableaux ci-après donnent les résultats principaux de la statistique des rentes AVS ordinaires et extraordinaires versées en Suisse en 1962.

Comme en 1960 et les années précédentes, cette statistique s'étend à *toute l'année* et concerne les *sommes des rentes versées*. Les chiffres ne peuvent pas être comparés à ceux de 1961, année pour laquelle on avait fait une statistique à un jour déterminant.

Rentes ordinaires

Bénéficiaires et sommes des rentes suivant la cotisation annuelle moyenne

Tableau 1

Genres de rentes	Cotisation annuelle moyenne en francs					
	Jusqu'à 105 ¹	106-150	151-300	301-570	571 et plus ²	Ensemble
	Bénéficiaires					
Rentes de vieillesse simples	104 165	37 941	76 490	44 169	14 851	277 616
Rentes de vieillesse pour couples	10 005	10 598	43 084	46 309	17 752	127 748
Rentes de veuves	2 476	3 099	17 591	23 408	7 592	54 166
Rentes d'orphelins simples	2 800	3 269	17 168	17 373	4 540	45 150
Rentes d'orphelins doubles	201	151	733	543	180	1 808
Total	119 647	55 058	155 066	131 802	44 915	506 488
	Sommes des rentes en milliers de francs					
Rentes de vieillesse simples	105 573	41 958	106 151	75 978	28 088	357 748
Rentes de vieillesse pour couples	15 978	18 569	98 459	131 798	55 521	320 325
Rentes de veuves	1 918	2 771	21 591	36 220	12 763	75 263
Rentes d'orphelins simples	1 086	1 441	10 415	13 168	3 756	29 866
Rentes d'orphelins doubles	111	96	624	572	209	1 612
Total	124 666	64 835	237 240	257 736	100 337	784 814
¹ Rentes minimums. ² Rentes maximums.						

Rentes ordinaires

Bénéficiaires et sommes des rentes par échelles de rentes

Tableau 2

Genre des rentes	Echelles 1-19 Rentes partielles	Echelle 20 Rentes complètes	Ensemble	
	Bénéficiaires			
	Rentes de vieillesse simples . . .	169 103	108 513	277 616
	Rentes de vieillesse pour couples	71 077	56 671	127 748
	Rentes de veuves	7 536	46 630	54 166
	Rentes d'orphelins simples . . .	4 187	40 963	45 150
	Rentes d'orphelins doubles . . .	193	1 615	1 808
Total	252 096	254 392	506 488	
	Sommes des rentes en milliers de francs			
	Rentes de vieillesse simples . . .	207 501	150 247	357 748
	Rentes de vieillesse pour couples	166 304	154 021	320 325
	Rentes de veuves	8 147	67 116	75 263
	Rentes d'orphelins simples . . .	2 003	27 863	29 866
	Rentes d'orphelins doubles . . .	129	1 483	1 612
Total	384 084	400 730	784 814	

Rentes ordinaires

Répartition cantonale des bénéficiaires et des sommes des rentes

Tableau 3

Cantons	Bénéficiaires			Sommes des rentes en milliers de francs		
	Rentes de vieillesse	Rentes de survivants	Ensemble	Rentes de vieillesse	Rentes de survivants	Ensemble
Zurich	72 941	15 829	88 770	128 379	18 395	146 774
Berne	68 334	16 645	84 979	115 094	17 582	132 676
Lucerne	16 592	5 732	22 324	26 335	5 543	31 878
Uri	1 802	658	2 460	2 763	586	3 349
Schwyz	5 423	1 740	7 163	8 079	1 630	9 709
Unterwald-le-Haut . .	1 471	500	1 971	2 050	396	2 446
Unterwald-le-Bas . . .	1 239	511	1 750	1 848	440	2 288
Glaris	3 387	691	4 078	5 767	720	6 487
Zoug	3 133	957	4 090	5 145	961	6 106
Fribourg	10 648	3 651	14 299	16 070	3 257	19 327
Soleure	13 017	3 656	16 673	23 725	3 972	27 697
Bâle-Ville	18 221	4 153	22 374	32 468	5 169	37 637
Bâle-Campagne	9 038	2 155	11 193	16 129	2 455	18 584
Schaffhouse	5 266	1 243	6 509	9 288	1 417	10 705
Appenzell Rh.-Ext. . .	5 362	869	6 231	8 410	873	9 283
Appenzell Rh.-Int. . .	1 346	247	1 593	1 840	185	2 025
Saint-Gall	27 094	6 547	33 641	43 937	6 467	50 404
Grisons	10 919	2 799	13 718	16 191	2 513	18 704
Argovie	23 603	6 835	30 438	40 574	7 143	47 717
Thurgovie	12 879	2 970	15 849	21 149	3 025	24 174
Tessin	15 681	4 151	19 832	23 621	4 199	27 820
Vaud	33 728	7 491	41 219	55 700	8 186	63 886
Valais	10 758	4 610	15 368	15 392	3 899	19 291
Neuchâtel	12 130	2 634	14 764	21 316	3 050	24 366
Genève	21 352	3 850	25 202	36 803	4 678	41 481
Suisse	405 364	101 124	506 488	678 073	106 741	784 814

Rentes extraordinaires

Répartition cantonale des bénéficiaires et des sommes des rentes

Tableau 4

Cantons	Bénéficiaires			Sommes des rentes en milliers de francs		
	Rentes de vieillesse	Rentes de survivants	Ensemble	Rentes de vieillesse	Rentes de survivants	Ensemble
Zurich	26 017	3 478	29 495	26 649	2 189	28 838
Berne	25 447	4 244	29 691	26 239	2 554	28 793
Lucerne	6 482	1 448	7 930	6 598	806	7 404
Uri	709	221	930	741	116	857
Schwyz	2 060	537	2 597	2 099	298	2 397
Unterwald-le-Haut	631	154	785	656	89	745
Unterwald-le-Bas	441	183	624	456	93	549
Glaris	1 263	181	1 444	1 303	110	1 413
Zoug	1 138	289	1 427	1 160	158	1 318
Fribourg	4 204	1 042	5 246	4 308	554	4 862
Soleure	4 760	808	5 568	4 853	464	5 317
Bâle-Ville	7 330	951	8 281	7 560	656	8 216
Bâle-Campagne	3 589	475	4 064	3 645	291	3 936
Schaffhouse	1 839	316	2 155	1 863	185	2 048
Appenzell Rh.-Ext.	2 127	208	2 335	2 207	134	2 341
Appenzell Rh.-Int.	341	70	411	343	40	383
Saint-Gall	10 335	1 607	11 942	10 679	928	11 607
Grisons	4 290	924	5 214	4 446	546	4 992
Argovie	8 664	1 511	10 175	8 751	882	9 633
Thurgovie	4 543	676	5 219	4 659	388	5 047
Tessin	7 135	1 123	8 258	7 426	726	8 152
Vaud	14 743	1 954	16 697	15 288	1 256	16 544
Valais	4 172	1 399	5 571	4 297	799	5 096
Neuchâtel	5 095	621	5 716	5 278	393	5 671
Genève	7 903	1 007	8 910	8 209	699	8 908
Suisse	155 258	25 427	180 685	159 713	15 354	175 067

En lisant les rapports annuels 1962 des commissions AI et des offices régionaux AI¹⁾

L'exposé ci-dessous s'inspire des rapports annuels pour 1962 des caisses de compensation, commissions AI et offices régionaux AI; il traite des questions d'organisation et de procédure qui se sont présentées dans l'AI au cours de cet exercice.

L'organisation

Du point de vue de l'organisation, il n'y a pas eu de changement important par rapport à l'année précédente. Toutefois, plusieurs organes ont dû renforcer de nouveau leur personnel. Cette mesure s'est révélée particulièrement nécessaire pour les caisses cantonales de compensation qui gèrent le secrétariat des commissions AI et pour les offices régionaux AI, ce qui montre que le rythme des travaux consacrés à l'AI ne s'est pas ralenti comme on l'espérait. Au contraire, ce rythme toujours aussi rapide tend à se stabiliser, à en croire certains organes de l'AI, à tel point que l'on ne saurait plus guère s'attendre à une diminution notable du volume des affaires.

Les commissions AI ont repris 19 960 cas en suspens depuis l'année précédente; au cours de l'exercice, 41 617 nouvelles demandes ont été reçues, 46 796 demandes ont pu être liquidées par un prononcé; en outre, 39 008 prononcés complémentaires ont été rendus dans des cas déjà traités précédemment, ce qui donne un total de 85 804 prononcés. Plusieurs rapports annuels expriment quelque étonnement de cette forte proportion de cas anciens.

Les offices régionaux AI ont repris 1915 mandats datant de 1961, auxquels sont venus s'ajouter 9054 mandats nouveaux en 1962; sur ce nombre, 8352 mandats ont été liquidés. Dans leur ensemble, les cas traités ont posé aux offices régionaux des problèmes bien plus ardues qu'en 1961, aussi a-t-il fallu leur consacrer plus de temps. En outre, les offices régionaux ont souvent eu à s'occuper d'assurés qui avaient déjà été placés par l'AI ou avaient reçu une formation aux frais de cette assurance.

Malgré tous les efforts accomplis, il n'a pas toujours été possible de réduire, autant qu'on l'aurait voulu, le nombre des cas non liquidés à la fin de l'année. Les commissions AI ont dû remettre à 1963 le traitement de 20 415 cas — ce qui correspond au nombre de cas enregistrés en trois ou quatre mois — dont 14 781 nouvelles demandes. A la fin de l'exercice, les offices régionaux avaient encore 2617 mandats en suspens, soit environ autant qu'ils en reçoivent en deux

¹ Voir aussi RCC 1963, p. 391.

ou trois mois. Ainsi, à la fin de l'année 1962, la situation des offices régionaux était, en général, meilleure que celle des commissions AI en ce qui concerne la liquidation des affaires, mais cet état de choses s'est modifié depuis lors au détriment des offices, probablement parce que le travail s'est encore accru ces derniers temps et qu'il n'est pas facile, dans les circonstances actuelles, de trouver le personnel supplémentaire dont les organes de l'AI ont le plus grand besoin.

La procédure

Les commissions AI

D'une manière générale, on peut constater, à la lecture des rapports annuels, qu'au cours de l'année, l'importance des cas de réadaptation, et principalement des mesures en faveur des jeunes, s'est accrue aux dépens des cas de rentes. Plusieurs rapports montrent que les assurés n'étaient pas toujours au courant de leurs droits envers l'AI, malgré les publications destinées à les en informer; ayant présenté des demandes tardives, ils ont ainsi perdu leurs droits à des prestations.

Les commissions AI se sont efforcées d'examiner les demandes au plus vite; mais tous les cas n'ont pas pu être traités au fur et à mesure, et les assurés ont dû parfois attendre longtemps le prononcé. D'ailleurs, la promptitude de la procédure ne dépend pas seulement de la commission AI; l'assuré lui-même, en effet, a intérêt à présenter une demande aussi complète que possible, avec pièces à l'appui, pour que le secrétariat de la commission ne doive pas perdre du temps à lui demander des précisions complémentaires; le médecin, lui aussi, peut contribuer à accélérer la procédure en présentant son rapport dans les délais utiles. Les commissions AI ont constaté à ce propos que les rapports médicaux se faisaient généralement moins attendre que précédemment. Toutefois, il a fallu, ici et là, adresser un rappel au retardataire. Ce rappel n'a pas toujours eu du succès, aussi certaines commissions AI ont-elles imaginé, dans ce cas, d'en informer l'assuré par écrit, avec copie au médecin; si ce dernier ne réagissait pas davantage dans le délai fixé, la commission annulait le mandat et faisait appel à un autre médecin.

Le secrétariat de la commission AI procède ensuite, en général, de la manière suivante. Lorsqu'il a acquis la certitude que les conditions donnant droit à des prestations de l'assurance sont remplies, il réunit toutes les pièces nécessaires au prononcé de la commission. Il se charge lui-même de demander un rapport médical, de faire venir les dossiers d'autres institutions d'assurance, de recueillir des renseignements de l'employeur, etc.; ce sont là les démarches ordinaires de l'instruction. Certains secrétariats disposent, pour l'instruction des cas, d'un service externe, qui intervient par exemple pour examiner les conditions personnelles et professionnelles de l'assuré exerçant une activité indépendante. D'autres démarches, qui nécessitent des connaissances spéciales, telles que les examens médicaux complémentaires, l'appel aux services sociaux pour l'évaluation de l'invalidité des ménagères, de l'impotence ou de l'aptitude des

enfants invalides à recevoir une instruction, ainsi que l'appel aux offices régionaux dans les cas de réadaptation professionnelle, sont confiées par les commissions AI à leur secrétariat.

Une fois que le dossier est complet et représente ainsi un document valable pour la commission AI appelée à se prononcer sur les droits de l'assuré, le cas est porté à l'ordre du jour d'une prochaine séance. En général, le dossier est remis avant la séance au président et au médecin de la commission, parfois aussi aux autres membres, pour qu'ils puissent en prendre connaissance. Lorsque le dossier ne circule pas auprès de tous les membres, ceux-ci peuvent le consulter au secrétariat de la commission. Les prononcés peuvent être pris par voie de circulation et non en séance, mais cette procédure n'est pas appliquée partout; plusieurs commissions n'y recourent jamais ou seulement à titre exceptionnel (cas spécialement simples, cas urgents, demandes supplémentaires, etc.), d'autres au contraire se prononcent de préférence par ce moyen. La commission AI d'un grand canton a pu, de cette manière, tenir seulement 15 séances d'une demi-journée pendant l'exercice 1962, les autres cas ayant été liquidés par voie de circulation. Quelques commissions simplifient aussi la procédure en déléguant certaines compétences à leur président ou à leur médecin; cette solution est préférable, disent-elles, au procédé qui consiste à liquider la plupart des cas par voie de circulation, donc sans discussion véritable.

La comparution personnelle de l'assuré devant la commission, prévue par l'article 73 RAI, ne joue qu'un rôle minime dans la pratique. S'il n'est guère nécessaire d'y recourir, c'est principalement, semble-t-il, grâce au bon travail préparatoire du secrétariat; en outre, l'assuré peut, en principe, présenter sa requête oralement au secrétariat, si bien qu'il est superflu de comparaître encore devant la commission.

Les offices régionaux AI ¹

La collaboration entre commissions AI et offices régionaux fonctionne en général d'une manière satisfaisante. Parfois, des fonctionnaires d'offices régionaux ont été invités à des séances de la commission, ce qui a beaucoup contribué à améliorer la compréhension réciproque. Quelques offices ont dû, comme déjà précédemment, exiger des mandats précis, visant un but déterminé et indiquant le résultat des délibérations de la commission.

Dans la procédure d'instruction, les offices régionaux attachent une grande importance, en outre, à l'examen psychotechnique, considéré comme indispensable en particulier pour la formation professionnelle initiale, le reclassement, l'aide en capital, mais parfois aussi pour le placement. Divers tests y sont utilisés pour déterminer l'intelligence de l'assuré, connaître son caractère, ses goûts, ses ambitions; toutefois, c'est toujours la discussion personnelle avec l'assuré qui y joue le rôle principal. Dans les cas où l'enquête au domicile de

¹ On trouvera d'autres commentaires sur la procédure des offices régionaux dans RCC 1963, p. 391 s.

l'assuré n'a pas donné un résultat suffisant, notamment chez les grands invalides, les offices régionaux ont proposé à la commission un séjour dans un institut de réadaptation. Il est vrai que ces instituts étaient si occupés pendant l'exercice 1962 qu'il a souvent fallu accepter de longs délais d'attente.

Il n'a pas toujours été facile, non plus, de procurer des emplois ou des places de formation professionnelle. On manque de place, notamment, pour donner à des jeunes gens atteints de débilité mentale une formation élémentaire dans l'industrie; les offices régionaux s'efforcent de combler cette lacune.

L'assuré, une fois réadapté, a souvent encore besoin des conseils et de l'aide de l'office régional, afin que le succès de sa réadaptation soit durable. Malheureusement, il n'a pas toujours été possible, faute de temps, d'effectuer ce contrôle d'une manière aussi complète qu'il aurait fallu. Les offices régionaux ont donc dû faire confiance aux employeurs, priés de leur signaler les complications éventuelles. Cependant, grâce à la bonne volonté de tous, on a généralement réussi à triompher des difficultés.

La réadaptation sociale est parallèle à la réadaptation professionnelle. Toutefois, elle est confiée non à l'AI, mais aux services sociaux publics et privés. La collaboration de ces organes dans la réadaptation des invalides n'en est que plus importante; plusieurs offices régionaux estiment cependant que cette tâche n'a pas toujours été facile, faute d'une autorité commune qui veille à la coordination des efforts.

Pour terminer, mentionnons que les offices régionaux ont de nouveau loué l'empressement des assurés à l'égard de la réadaptation professionnelle. Sauf quelques rares exceptions, les assurés ont activement secondé leurs efforts; ils ont accepté en général avec patience et compréhension les longs délais d'attente que les offices, trop chargés, ont dû leur imposer.

Les subventions de l'AI pour les cours des organisations de l'aide privée aux invalides

Depuis l'entrée en vigueur de l'AI, l'organisation de cours entre dans le champ d'activité des associations centrales des organisations d'aide aux invalides et des organisations d'utilité publique qui leur sont affiliées. Grâce aux prestations très appréciables de l'AI qui sont prévues par les articles 74 LAI et 108 à 110 RAI et peuvent couvrir dans bien des cas les trois quarts des frais, les cours de l'aide aux invalides ont pris un essor réjouissant.

On a dû toutefois constater bientôt que l'application pratique de ces dispositions légales exigeait une définition précise de la notion de cours. Sont ainsi considérés actuellement comme cours au sens de la LAI les cours proprement dits, les conférences et les exercices qui sont dirigés par des spécialistes et donnés à plusieurs personnes selon un programme établi d'avance, à un moment et en

un endroit précis. La durée minimale d'un tel cours doit être de quatre heures; celles-ci peuvent être réparties sur plusieurs jours.

Ne sont subventionnables que les cours organisés en Suisse par des organisations indigènes. Ils peuvent être destinés d'une part à développer l'habileté des invalides, à les conseiller ou à conseiller leurs proches, d'autre part à la formation et au perfectionnement des enseignants et des spécialistes de l'aide aux invalides, ainsi que de leurs auxiliaires. Les concours, les camps de vacances et autres manifestations servant surtout au repos ou au divertissement n'ont pas la qualité de cours au sens de la LAI.

Les organisateurs de cours, qui sollicitent des subventions, présentent à l'Office des assurances sociales, avant que ne débute le cours, une demande accompagnée d'un programme complet et d'un budget détaillé. Les dépenses donnant droit à une subvention sont principalement les honoraires, les frais de voyage, les frais de nourriture et de logement, la location de places ou de locaux et, pour les cours sportifs, le contrôle médical et les assurances-accidents et responsabilité civile collectives. Si l'examen de la demande permet de conclure qu'il s'agit d'un cours, les organisateurs sont avisés qu'une subvention peut en principe être accordée et le taux de la subvention est fixé. Le cours terminé, un compte final est envoyé à l'Office fédéral avec toutes les pièces originales acquittées ou munies d'une preuve de paiement, un rapport de cours détaillé et une liste des participants. La subvention définitive est déterminée et payée sur la base de ces pièces. Par principe, cette subvention ne doit en aucun cas dépasser le déficit pris en considération pour le cours.

On peut diviser les cours en quatre catégories:

- Cours généraux pour les invalides et leurs proches (cours pour développer l'habileté des invalides, tels que cours de lecture labiale et d'entraînement de l'ouïe, enseignement manuel et cours de langues; en outre, cours pour conseiller les invalides, par exemple pour les aveugles sur l'hygiène et l'habillement, pour les sourds sur l'utilisation de formules officielles et les rapports avec les autorités ou sur la politique, l'histoire, la géographie; enfin, cours pour conseiller les proches d'invalides, par exemple pour les parents d'enfants atteints de déficience mentale);
- Cours généraux de formation de spécialistes (par ex. formation de thérapeutes spécialisées dans le traitement des infirmes moteurs cérébraux, formation et perfectionnement de maîtres pour les sourds, perfectionnement d'assistantes sociales);
- Cours de sport pour invalides (cours de natation, cours de gymnastique dirigés en partie par des maîtres de gymnastique médicale, basketball, roll-ball, tir à l'arc, par exemple pour des invalides attachés à un fauteuil roulant). Les cours de gymnastique et une partie des cours de natation — dans les endroits disposant de piscines couvertes — durent en général toute l'année;
- Cours de formation de maîtres de sport pour invalides (ces cours sont pour la plupart centralisés, à Macolin par exemple).

Le tableau suivant donne un aperçu des demandes déposées de 1960 à 1962:

Genre de cours	Demandes déposées				Demandes écartées	Cours subventionnés
	1960	1961	1962	Total		
Cours généraux pour les invalides et leurs proches . . .	54	98	73	225	10	215
Cours généraux de formation de spécialistes	8	22	19	49	3	46
Cours de sport pour invalides	22	49	24	95	1	94
Cours de formation de maîtres de sport pour invalides . .	1	4	6	11	—	11
Total	85	173	122	380	14	366

Les demandes écartées concernaient des assemblées d'associations, un concours et des manifestations pour la détente et le divertissement des invalides.

En 1960, aucune demande ne put être traitée, puisque le règlement d'exécution n'est entré en vigueur que le 1^{er} janvier 1961. Ces demandes furent liquidées avec celles de 1961. A la fin de l'exercice 1961, les subventions payées représentaient 99 000 francs, tandis que pour 1962 les paiements ont atteint la somme de 128 467 francs.

On peut estimer qu'environ 4100 invalides ou proches d'invalides et 900 spécialistes de l'aide aux invalides ont participé ou ont été formés aux cours reconnus subventionnables, en 1961 et 1962, dans toute la Suisse, à l'exception du Tessin.

Problèmes d'application divers

La supputation des délais comprenant un samedi

La loi fédérale sur la supputation des délais comprenant un samedi, du 21 juin 1963, est entrée en vigueur le 3 octobre 1963. Elle contient la disposition suivante (art. 1^{er}): « Pour les délais légaux de droit fédéral et pour les délais fixés par des autorités conformément au droit fédéral, le samedi est assimilé à un jour férié reconnu officiellement ».

Cette règle confère une signification nouvelle à l'article 96 LAVS (aussi applicable en matière d'AI, d'APG et au régime fédéral des allocations familiales) et touche en particulier les délais de dépôt de la demande, de recours et d'appel. *Désormais, si le délai expire un samedi, l'échéance est reportée au premier jour ouvrable suivant.*

PETITES INFORMATIONS

Nouvelles interventions parlementaires

Question écrite
Glarner,
du 2 octobre 1963

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

« Dans le message concernant la sixième révision de l'AVS (p. 50), il est écrit que trois économistes de renom ont été consultés au sujet des effets économiques de cette révision.

Etant donné la façon rapide dont les conseils législatifs devront traiter le projet de révision, le Conseil fédéral n'estime-t-il pas rationnel de remettre sans délai l'avis des économistes à tous les membres des conseils, et non pas seulement aux membres des commissions, pour leur permettre de se faire plus aisément une opinion? »

Question écrite
Pradervand,
du 2 octobre 1963

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

« Parmi les personnes âgées qui bénéficient de l'AVS fédérale se trouvent, en particulier, de nombreux agriculteurs, artisans et petits commerçants qui sont déchirés entre le devoir moral de remettre, entre les mains de leur fils, une exploitation peu chargée financièrement et le besoin dans lequel ils se trouvent de continuer à tirer de cette exploitation un revenu indispensable pour compléter leur rente de vieillesse fédérale. Certaines professions ont déjà fait face à ce besoin en instituant une assurance-vieillesse complémentaire privée. L'agriculture n'a cependant pas encore été en mesure de le faire, bien qu'elle soit certainement l'une des professions dans lesquelles ce besoin se fait le plus sentir, puisque la reprise du domaine agricole familial par le fils de l'exploitant se heurte souvent aujourd'hui, en raison de l'endettement dû à la mécanisation et à la hausse du prix des terres, à des difficultés financières presque insurmontables.

C'est pourquoi nous demandons au Conseil fédéral s'il ne pense pas qu'il serait judicieux:

1. de subventionner désormais dans une mesure beaucoup plus grande que jusqu'ici l'aide instituée par les cantons pour compléter l'AVS et l'AI et

2. de recommander aux cantons d'aménager cette aide à la vieillesse, comme c'est déjà le cas depuis peu dans le canton de Vaud, de façon que les personnes âgées de condition indépendante et modeste soient mises en mesure de remettre l'exploitation familiale à leur fils à des conditions financières saines. »

**Nouvelles
personnelles**

Le gérant de la caisse de compensation «Commerce de transit», M. *Walter E. Meyer*, a démissionné. Son successeur est M. *Max Holliger*.

**Allocations familiales
dans le canton
de Soleure**

Lors de la votation populaire du 29 septembre 1963, le projet de modification de la loi sur les allocations familiales aux salariés a été accepté par 15 105 voix contre 5681 (voir RCC 1963, p. 401).

**Projet de loi AVS
(sixième révision)**

Erratum RCC N° 9/10: au bas de la page 382, dernière ligne, il faut lire *rentes complètes* et non *rentes complémentaires*.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

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

L'article 3, 1^{er} alinéa, de la convention germano-suisse d'assurances sociales n'est pas applicable aux personnes qui exercent une activité lucrative indépendante. (Considérant 1.)

Article 4 LAVS. L'exploitation systématique de droits tirés de brevets constitue l'exercice d'une activité lucrative. (Considérant 2a.)

Article 1^{er}, 1^{er} alinéa, lettre b, LAVS. L'associé indéfiniment responsable, domicilié à l'étranger, d'une société en commandite qui a son siège et qui est inscrite au registre du commerce en Suisse est réputé exercer une activité lucrative en Suisse, lors même qu'il déploie cette activité essentiellement à l'étranger. (Considérant 2b.)

Article 39 RAVS. Vu le principe de la légalité des actes administratifs, les caisses de compensation sont tenues de réclamer le paiement de cotisations arriérées non versées. Une caisse de compensation qui réclame des cotisations qu'elle a d'abord considérées comme n'étant pas dues n'agit pas d'une manière contraire aux règles de la bonne foi. (Considérant 3b.)

L'articolo 3, capoverso 1, della convenzione tra la Confederazione Svizzera e la Repubblica federale di Germania relativa alle assicurazioni sociali non è applicabile alle persone che esercitano un'attività lucrativa indipendente. (Considerando 1.)

Articolo 4 LAVS. Lo sfruttamento sistematico dei diritti sui brevetti costituisce un'attività lucrativa. (Considerando 2a.)

Articolo 1, capoverso 1, lettera b, LAVS. Il socio illimitatamente responsabile, domiciliato all'estero, di una società in accomandita, che ha la sua sede e che è iscritta nel registro di commercio in Svizzera, è considerato esercitante un'attività lucrativa in Svizzera, anche se svolge questa attività in modo preponderante all'estero. (Considerando 2b.)

Articolo 39 OAVS. In base al principio di legittimità, le casse di compensazione devono ordinare il pagamento dei contributi arretrati. Una cassa di compensazione che ordina il pagamento di contributi che dapprima considerava come non dovuti, non agisce contro i principi della buona fede. (Considerando 3b.)

L'intimé, qui réside en Allemagne, est de nationalité allemande et a la qualité d'associé indéfiniment responsable d'une société en commandite qui a son siège en Suisse. Cette

société est inscrite depuis le 13 avril 1957 dans le registre du commerce du canton de Y; son but est l'exploitation d'un brevet d'invention, et le gain qui en est tiré consiste en indemnités de licence.

La caisse de compensation a pris en date du 5 février 1962 une décision invitant l'associé à payer, pour la période allant du 1^{er} mai 1957 au 31 décembre 1961, des cotisations personnelles s'élevant au total à 60 232 fr. 60. L'associé a formé recours et a déclaré que le revenu tiré par lui de la société devait être considéré comme le rendement d'un capital et n'était par conséquent pas soumis à cotisations. L'administration de l'AVS aurait, elle aussi, admis cette opinion à l'époque et n'aurait alors perçu que les cotisations paritaires pour les employés de la société sans réclamer des cotisations personnelles; sa décision doit être considérée comme réglant définitivement la question de l'obligation de l'associé lui-même de payer des cotisations. La décision de cotisations arriérées, malgré tout rendue par la caisse, et qui a un effet rétroactif, est incompatible avec les règles de la bonne foi. S'il fallait toutefois admettre que des cotisations personnelles sont dues, le calcul de ces cotisations devrait être revu et l'intérêt du capital propre déduit conformément à la loi.

L'autorité juridictionnelle cantonale a fait droit aux conclusions du recourant. Le TFA a, pour sa part, admis l'appel que l'OFAS avait interjeté de cette décision. Son arrêt est motivé par les considérants suivants:

1. Le point en litige est celui de savoir si l'intimé doit les cotisations sur le revenu qu'il a acquis du 1^{er} mai 1957 au 31 décembre 1961 comme associé indéfiniment responsable de la société.

Du moment que l'intimé est un ressortissant allemand domicilié en Allemagne, une question préjudicielle se pose, celle du droit applicable. La caisse de compensation a affilié l'intimé comme une personne exerçant une activité lucrative indépendante. L'article 3, 1^{er} alinéa, de l'accord d'assurances sociales conclu entre la Suisse et la République fédérale d'Allemagne ne règle la compétence des Etats contractants qu'en ce qui concerne l'assurance des salariés. Cette compétence n'est en revanche pas précisée pour ce qui touche à l'assurance des personnes exerçant une activité lucrative indépendante (arrêt du 31 décembre 1958 en la cause A. F., ATFA 1959, p. 17 = RCC 1959, p. 440). Le litige doit être par conséquent examiné à la lumière du droit suisse, c'est-à-dire d'après la loi sur l'AVS.

2. Aux termes de l'article 3, 1^{er} alinéa, LAVS, tous les assurés du sexe masculin sont tenus de payer des cotisations, dès le moment où ils exercent une activité lucrative, et en tout cas dès le 1^{er} janvier de l'année qui suit celle durant laquelle ils accomplissent leur 20^e année, jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel ils accomplissent leur 65^e année.

Sont assurées d'après l'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, lettre b, LAVS toutes les personnes physiques qui exercent une activité lucrative en Suisse. Il y a lieu de se demander si l'intéressé, qui est né en 1907, satisfait à ces conditions légales.

a. L'intimé est seul associé indéfiniment responsable de la société en commandite. Vu les articles 17, lettre c, et 20, 3^e alinéa, RAVS, il y a lieu de présumer qu'une société en commandite est une entreprise exploitée à des fins lucratives (arrêt du 14 mars 1959 en la cause B. G., ATFA 1959, p. 39, RCC 1959, p. 188). L'intimé allègue cependant que sa société pour l'exploitation d'un brevet doit être considérée comme une société en commandite non commerciale. Ce point de vue n'est toutefois pas pertinent, vu les hauts bénéfices (en moyenne 300 000 francs par an) obtenus par la société. Il contredit le but de la société, défini comme étant « l'exploitation de brevets et

l'octroi de conseils en matière de brevets » (voir Commentaire du Code des obligations par Siegwart, notes 16 et 17 ad art. 552). D'ailleurs, point n'est besoin, pour acquérir un gain de l'activité lucrative, d'exercer une activité en la forme commerciale, industrielle ou artisanale (arrêt du 14 mars 1959 en la cause B. G., cité plus haut).

La présomption légale est encore confirmée ici par le fait que les brevets apportés à l'entreprise sont systématiquement exploités, ce qu'il y a lieu de considérer comme l'exercice d'une activité lucrative et de mettre sur le même pied que l'activité d'un inventeur professionnel (arrêt du 18 septembre 1954 en la cause D., ATFA 1954, p. 176 et RCC 1954, p. 413). Certes, l'intéressé prétend que le revenu tiré de la société ne constitue que le rendement d'un capital; le TFA a cependant statué, en se fondant sur l'expérience acquise, que des indemnités de licence ne peuvent qu'exceptionnellement être considérées comme le rendement d'un capital (arrêt du 17 juin 1957 en la cause D. H. S. A., ATFA 1957, p. 174 et RCC 1958, p. 26). Il en va par exemple ainsi lorsque le titulaire d'une invention, en octroyant une licence exclusive de celle-ci à un tiers, se dessaisit à tel point de ses droits qu'il n'a plus aucune influence sur l'exploitation et sur le développement de l'invention. En pareil cas, la royauté de licence est un revenu que le donneur de licence obtient au montant fixé contractuellement et sans autre activité. C'est alors le rendement d'un capital. En l'espèce, l'intimé utilise les brevets, qu'il a achetés au prix de 300 000 marks à une maison allemande, pour exercer une activité commerciale avec le concours de salariés et en tirant un bénéfice annuel de cette activité. A lui seul, le montant de ce bénéfice interdit d'admettre qu'il y a seulement rendement d'un capital. Bien plus qu'à l'administration non commerciale d'un immeuble, à laquelle l'intimé voudrait voir son activité comparée, l'entreprise de l'intimé s'apparente au commerce immobilier professionnel pratiqué par un architecte, commerce considéré comme une activité indépendante au sens de la loi (voir arrêt du 14 mars 1959 en la cause B. G. déjà cité plus haut).

b. Dès l'instant que la société exploitant les brevets est considérée comme agissant à des fins lucratives, il y a lieu de se demander si l'activité exercée par l'associé l'a bien été « en Suisse », c'est-à-dire si la deuxième condition prévue par l'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, lettre b, LAVS est réalisée. Du point de vue de l'AVS, il suffit pour cela qu'une personne physique participe à une société de personnes domiciliées en Suisse, pour autant qu'elle encourt le risque de l'entrepreneur au sens des articles 17, lettre c, et 20, 3^e alinéa, RAVS (voir ATFA 1949, p. 143; RCC 1950, p. 70).

La société en commandite a son siège en Suisse et se trouve inscrite au registre du commerce du canton de Y. Elle a été imposée en Suisse sans avoir protesté contre cette imposition. (Cf. à ce sujet Blumenstein, System des Steuerrechts, tome 1, 2^e éd., p. 44 et 84; Känzig, Commentaire de l'IDN, note 196 ad art. 3, chiffre 3, lettres b et c, AIN). Le fondé de pouvoirs de cette société, domicilié en Suisse, signe les contrats pour elle, accuse réception des prestations contractuelles dues à la société à son siège juridique, contrôle les rapports établis avec les preneurs de licences, verse les honoraires aux ingénieurs-conseil, utilise, comme les pièces du dossier l'indiquent, un papier à lettres mentionnant le domicile de la société en Suisse et tient dans ce pays les comptes de l'affaire. De ce qui précède, il ressort clairement que l'activité de la société se déroule depuis la Suisse, c'est-à-dire depuis le pays dans lequel la société a son siège. Le revenu de la société doit dès lors être considéré comme ayant été acquis en Suisse. Autant que ce revenu lui échoit en sa qualité d'associé indéfiniment responsable, l'intimé doit en principe payer des cotisations sur ce revenu (art. 1^{er}, 1^{er} al., lettre b, LAVS en liaison avec l'art. 3, 1^{er} al., LAVS et l'art. 20, 3^e al., RAVS).

3. Il convient enfin d'examiner s'il est pertinent d'objecter que la manière dont la caisse de compensation a agi est contraire aux règles de la bonne foi et revient à tolérer un changement rétroactif inadmissible de la pratique.

a. ...

b. On ne peut pas dire que les règles de la bonne foi aient été ici violées. Conformément à l'article 39 RAVS, toutes les caisses de compensation sont tenues de réclamer le paiement des cotisations arriérées. Cette obligation s'inspire du principe de la légalité des actes administratifs. La seule limitation apportée à la décision de cotisations arriérées est la norme de l'article 16, 1^{er} alinéa, LAVS qui statue la prescription. Si une caisse, pour des motifs de fait ou de droit, parvient à la conclusion qu'une personne non assujettie par elle jusqu'ici doit désormais être tenue de payer des cotisations, cette caisse doit rendre la décision de cotisations arriérées qui s'impose. Les règles de la bonne foi ne pourraient, comme le tribunal en a déjà décidé, limiter une telle réclamation de cotisations arriérées que si des des circonstances tout à fait spéciales faisaient apparaître le rétablissement de la légalité comme inéquitable ou comme incompatible avec le principe de la sécurité du droit (arrêt du 17 juin 1957 en la cause D. H. S. A. déjà cité plus haut). Or, de telles circonstances n'existent pas en l'espèce.

L'intimé reproche à l'administration d'avoir tardé à rendre sa décision dans une intention dolosive. Le dossier ne fournit toutefois aucun indice à cet égard. Dès lors, la question de savoir ce qu'il y aurait lieu de trancher en pareil cas peut rester indécise.

Le TFA a statué de la même manière dans un autre arrêt rendu le même jour en la cause W. E. H. L'état des faits dans cette affaire est le même, dans l'essentiel, que celui de la cause K. P. Il s'en écarte seulement du fait que W. E. H. était titulaire en Suisse d'une raison individuelle inscrite au registre du commerce et que les liens entre la Suisse et cette raison individuelle étaient encore moins étroits qu'ils ne le sont dans l'affaire K. P. En effet, dans le cas W. E. H., on ne trouvait en Suisse que le siège juridique de l'affaire, tandis que la gestion était effectuée exclusivement à l'étranger; C'est ainsi que le courrier parvenant au domicile de l'affaire en Suisse était acheminé à l'étranger sans être préalablement ouvert.

Arrêt du TFA, du 30 avril 1963, en la cause M. T.

Article 20, 3^e alinéa, RAVS. Vu le droit de jouissance des parents sur les biens de l'enfant, les parts aux bénéfices revenant, en leur qualité d'héritiers d'un associé en nom collectif, aux enfants mineurs dispensés du versement des cotisations font partie du gain de l'activité indépendante de celui des parents qui a survécu. (Considérant 2.)

Toutefois, si l'enfant mineur et dispensé du versement des cotisations est inscrit au registre du commerce comme associé en nom collectif, les parts aux bénéfices lui revenant ne font, en dépit du droit de jouissance des parents, plus partie du gain de l'activité indépendante de ceux-ci, mais doivent être affranchies des cotisations conformément à l'article 3, 2^e alinéa, lettre a, LAVS. (Considérant 3.)

Articolo 20, capoverso 3, OAVS. In virtù del diritto di godimento della sostanza dei figli, le partecipazioni agli utili dei figli minorenni non soggetti all'obbligo contributivo, loro spettanti quali eredi di socio d'una società in

nome collettivo, fanno parte del reddito proveniente da un'attività indipendente del genitore superstite. (Considerando 2.)

Tuttavia, se il figlio minorenne non soggetto all'obbligo contributivo è iscritto nel registro di commercio come socio di società in nome collettivo, le partecipazioni agli utili spettantigli, non fanno più parte, malgrado il diritto di godimento dei genitori, del reddito proveniente dall'attività indipendente di quest'ultimi, ma sono esenti dall'obbligo contributivo conformemente all'articolo 3, capoverso 2, lettera a, LAVS. (Considerando 3.)

La recourante est devenue veuve le 24 janvier 1957. Le mari avait été, avec son frère, à la tête d'une société en nom collectif. Après le décès, la société vit son exploitation continuée sans changement. Le 30 juin 1961, le frère reprit l'affaire avec actif et passif. La caisse de compensation rendit une décision selon laquelle la veuve était tenue, pour la période allant du 1^{er} février 1957 à fin juin 1961, de payer les cotisations sur le revenu tiré par elle de la société en nom collectif. La veuve recourut, déclarant que ce revenu était le produit d'un capital, car elle n'avait jamais travaillé dans l'entreprise. Dans tous les cas, elle ne devait pas de cotisations sur les parts revenant à ses fils.

La commission de recours a partiellement admis le pourvoi de la veuve en statuant que celle-ci n'avait pas à payer des cotisations sur les parts au bénéfice revenant à ses deux fils. (Les fils eux-mêmes n'étaient pas encore en âge de payer des cotisations.)

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

1. Est litigieux le point de savoir si la veuve doit les cotisations sur la totalité de la part au bénéfice correspondant à la part du défunt à la société en nom collectif, pour la période allant du 1^{er} février 1957 au 30 juin 1961. Il importe donc de déterminer si ce bénéfice doit ou non être considéré comme un revenu de l'activité lucrative de la veuve au sens des articles 9, 1^{er} alinéa, LAVS et 20, 1^{er} alinéa, RAVS.

2. Au décès du mari, la société en nom collectif fut dissoute et entra en liquidation (voir le Commentaire Hartmann des dispositions sur la société en nom collectif et en commandite, en particulier les notes 10 et 11 à l'article 574 CO (Code des obligations) et la note 1 à l'article 584 CO). D'après l'acte de recours, la décision n'a pas été prise de continuer la société en nom collectif avec les héritiers. En tout cas, aux yeux des tiers, c'est-à-dire du seul point de vue qui est décisif en matière d'AVS, on ne peut pas dire qu'il y ait eu continuation de la société. Dans la période transitoire, la veuve, grâce à la situation qui lui était faite par le droit successoral et par le droit de famille, a eu la jouissance de l'ensemble de la part sociale laissée par son mari défunt. Dans cette mesure, la veuve avait également le droit de disposer dans la société en nom collectif jusqu'au terme de la liquidation (30 juin 1961). Peu importe, à cet égard, la mesure dans laquelle la veuve a, durant ce temps, effectivement exercé ses droits (cf. notamment le Commentaire Hartmann, note 11, alinéa 2, art. 574 CO). Ces éléments sont décisifs pour l'AVS, et c'est pourquoi la veuve doit payer les cotisations sur la totalité de la part aux bénéfices lui revenant dans la liquidation de la société. Elle a cette obligation conformément aux articles 8, 1^{er} alinéa, LAVS et 20, 1^{er} alinéa, RAVS. L'article 3, 2^e alinéa, lettre a, LAVS ne s'y oppose pas; en effet, d'après les données économiques du cas, qui sont décisives, l'activité lucrative n'a pas été exercée par les enfants mineurs, qui ne l'ont pas non plus exercée par l'intermédiaire de leur mère en sa qualité de représentant légal de ces enfants. La veuve a eu la jouissance de la part sociale du fait qu'elle était elle-même héritière et, pour le surplus, en vertu des droits qui sont reconnus aux parents sur les revenus de leurs enfants.

3. L'OFAS paraît partir de l'idée que, dans son arrêt R. et fils du 17 janvier 1955 (RCC 1955, p. 107), le Tribunal s'en serait tenu à une solution différente. Tel n'est toutefois pas le cas, en ce sens que dans l'affaire précitée, la société en nom collectif n'avait pas été dissoute, mais continuée, et que les héritiers avaient contractuellement fixé leurs droits de propriété et leurs responsabilités en se faisant inscrire comme associés au registre du commerce. Ainsi, aux yeux des tiers, seul point de vue ici décisif, l'enfant mineur apparaissait-il lui aussi comme un associé exerçant une activité lucrative et cela en concours avec celui des parents qui avait survécu.

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 19 juin 1963, en la cause J. E.

Articles 12, 1^{er} alinéa, LAI et 2, 1^{er} alinéa, RAI. Les cures de bains qui sont nécessaires chaque année, pour une période indéterminée, dans les cas de séquelles de poliomyélite ne constituent pas une mesure de nature à améliorer ou à préserver de façon durable et importante la capacité de gain.

Articoli 12, capoverso 1, LAI e 2, capoverso 1, OAI. La balneoterapia necessaria ogni anno per un periodo indeterminato nei casi di postumi della poliomyelitis, non costituisce un provvedimento atto a migliorare in modo duraturo e sostanziale la capacità al guadagno o a evitare una diminuzione sostanziale di tale capacità.

L'assurée, née en 1931, infirmière de son métier, a été atteinte en octobre 1955 d'une poliomyélite qui lui a laissé de graves séquelles. Portant un appareil de cuisse à gauche, une articulation du genou à verrou, une ceinture pelvienne et un appareil à extension élastique continue du tibia, un corset en lamelles d'acier et des supports plantaires, elle ne peut marcher qu'à l'aide de cannes-béquilles. Après sa maladie, l'assurée a d'abord été employée au service téléphonique et à la réception d'une clinique; par la suite, elle a fréquenté une école de commerce et travaille depuis le 1^{er} mars 1960 dans une administration publique. L'AI a assumé les frais de deux cures de bains faites en 1960 et en 1961; elle a payé en outre les frais occasionnés depuis le 1^{er} janvier 1960 par le reclassement à l'école de commerce. Par lettre du 15 avril 1962, l'assurée a demandé à l'AI, en se référant à un certificat médical, de prendre en charge une nouvelle cure de bains en juin-juillet 1962; elle a précisé entre autres qu'une cure annuelle était indispensable, dans son cas, pour prévenir de nouvelles contractures et conserver les forces acquises.

La caisse de compensation informa l'assurée que la commission AI avait refusé de prendre en charge les cures de bains requises, vu qu'il ne s'agissait plus d'une mesure de réadaptation. Un recours formé par l'assurée contre cette décision fut rejeté.

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

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. 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 ». Le TFA a confirmé dans son arrêt F. J. (ATFA 1961, p. 318 = RCC 1962, p. 72) que cette précision ne sort pas du cadre de la définition générale donnée par l'article 12 LAI. Seul l'examen des circonstances d'un cas particulier permet d'établir si un acte n'est répété que dans une « période limitée » (ATFA 1962, p. 322 = RCC 1963, p. 164).

La cure de bains effectuée par l'assurée en 1962 n'appartient pas au traitement de l'affection comme telle, en tout cas pas à un traitement qui relègue à l'arrière-plan les desseins éventuellement présents de la réadaptation professionnelle; elle ne servait pas à soulager ou à guérir un état pathologique labile, puisqu'on est en présence d'un état stabilisé, avec séquelles d'une poliomyélite (cf. ATFA 1962, p. 308 = RCC 1963, p. 120). En revanche, peut-on encore compter la cure de bains susmentionnée au nombre des actes médicaux répétés dans une période limitée au sens de l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI? Non. En effet, l'assurée ayant fait précédemment plusieurs cures de bains, déjà avant 1960, les chances de pouvoir limiter cette mesure dans le temps, ainsi que l'exige ledit article 2, n'étaient plus suffisantes en 1962. Il fallait plutôt admettre, sur la base des expériences faites et de l'état de l'assurée, qu'une cure de bains annuelle serait nécessaire pendant une période indéterminée. Ceci ressort d'ailleurs des dires de l'assurée elle-même. Dans ces conditions, l'AI ne peut pas assumer les frais de la cure de bains de l'année 1962, car même si cette mesure était indiquée du point de vue médical, elle ne constituait pas un élément propre à améliorer ou à préserver la capacité de gain de façon durable et importante.

Arrêt du TFA, du 30 mai 1963, en la cause C. V.

Article 16 LAI. L'assuré invalide, recevant une formation professionnelle initiale, a droit au remboursement des frais supplémentaires qu'elle lui occasionne par rapport aux dépenses qu'il devrait supporter, n'étant pas invalide, pour atteindre le même but professionnel. (Considérant 2.)

Article 16 LAI. L'AI prend en charge tous les frais d'une formation professionnelle initiale si le but professionnel visé peut être atteint sans aucune formation par un non-invalide. (Considérant 2.)

Articolo 16 LAI. L'assicurato invalido che riceve una prima formazione professionale ha diritto alla rifusione delle spese suppletive che questa gli cagiona in confronto di quelle che egli dovrebbe sostenere, se non fosse invalido, per una formazione analoga. (Considerando 2.)

Articolo 16 LAI. L'AI si assume tutte le spese della prima formazione professionale se lo scopo professionale prefisso potrebbe essere raggiunto da un non invalido senza alcuna formazione. (Considerando 2.)

L'assuré, né en 1943, est débile mental depuis la naissance, mais apte à recevoir une formation professionnelle manuelle. La commission AI décida donc de prendre en charge les frais d'un séjour d'observation du 1^{er} mars au 31 mai 1962 dans un home-

atelier pour infirmes. On arriva à la conclusion, après ce séjour, que le mineur était apte à recevoir une formation accélérée d'employé de maison. On dut prévoir une période de formation d'une année, particulièrement parce qu'il était nécessaire de « stimuler son ardeur au travail ». Aussi la commission AI décida-t-elle de prendre en charge les frais supplémentaires dus à l'invalidité pendant la période de formation professionnelle initiale, dans le home en question, du 22 juin 1962 au 21 juin 1963. Elle calcula les frais supplémentaires de la façon suivante:

	<i>Francs</i>
Coût global de l'apprentissage d'une année, selon convention tarifaire (7 francs par jour pour repas et logement, 3 fr. 40 par jour pour formation, en tout pour 360 jours)	3744.—
Déduction des frais de repas et logement que l'assuré aurait eu si, sans invalidité, il avait fait un apprentissage de mécanicien de 3 ans et demi au lieu de domicile de ses parents (1 fr. 50 pendant 1260 jours)	1890.—
Frais supplémentaires à la charge de l'AI	1854.—

Le représentant légal de l'assuré recourut, déclarant qu'il ne convenait pas de calculer les frais supplémentaires en comparant les frais effectifs d'une formation accélérée d'une année aux frais hypothétiques d'un apprentissage de mécanicien de trois ans et demi. Le Tribunal cantonal admit le recours pour les motifs suivants: les frais auraient dû être comparés « pro rata temporis » de la formation accélérée, sans établir un parallèle entre un apprentissage hypothétique plus long et une formation accélérée plus courte. On aurait dû comparer le coût *mensuel* de la formation accélérée effective (312 francs) à la part *mensuelle* des frais d'entretien que les parents auraient dû supporter pendant l'apprentissage de leur fils si celui-ci n'avait pas été invalide (cette part, fixée à 3 francs par jour, se monte donc à 90 francs), de sorte que les frais supplémentaires à prendre en charge par l'AI s'élèvent à 222 francs par mois.

Le TFA rejeta, pour les motifs suivants, l'appel interjeté par la caisse de compensation contre ce jugement cantonal:

1. Le tribunal d'appel estime inexacte la méthode appliquée par la commission AI pour le calcul des frais supplémentaires. Il est vrai que ladite commission se réfère à l'article 5, 2^e alinéa, 2^e phrase, RAI qui, notamment, prévoit que lorsqu'un assuré, n'étant pas invalide, aurait vraisemblablement reçu une formation moins coûteuse, le coût de cette formation doit être pris comme terme de comparaison. Dans le cas présent, cette condition serait remplie, vu que, selon le calcul de la commission AI, un apprentissage de mécanicien de trois ans et demi aurait été beaucoup moins coûteux que la formation accélérée de 12 mois à l'institut. Cependant l'OFAS estime, sans dire clairement pour quels motifs, que cette disposition d'exception n'est pas applicable à l'état de fait en question. Ce point peut toutefois être laissé de côté, car la solution du présent litige se trouve dans la loi elle-même, à savoir à l'article 16 LAI.

2. L'article 16 LAI traite de la formation professionnelle initiale que reçoit l'invalide *en tant que tel*. Conformément à cet article, l'assuré a droit au remboursement des frais supplémentaires occasionnés par cette formation par rapport aux dépenses qui seraient nécessaires, si l'assuré n'était pas invalide, pour atteindre le même but professionnel. En principe, l'OFAS est aussi de cet avis. Il en conclut à juste titre que les frais d'une certaine mise au courant professionnelle peuvent constituer *en totalité* « des frais supplémentaires » au sens de l'article 16 LAI, si le but professionnel visé peut être

atteint sans aucune formation par un non-invalide. Ce qui précède s'applique certainement au cas présent. En effet, l'apprentissage consiste ici en une formation accélérée d'employé de maison, pour laquelle on n'exige de l'assuré que des fonctions très simples qui, en soi, ne requièrent aucune dextérité particulière. Selon les renseignements obtenus de l'institut, cette formation vise surtout à développer la capacité de concentration de l'assuré, qui a particulièrement besoin d'être stimulé au travail. Il s'agit en l'occurrence, d'un but professionnel qu'un non-invalide aurait atteint sans mesures spéciales.

3. Il ne reste qu'à examiner si les frais supplémentaires à rembourser par l'AI doivent englober l'ensemble des frais d'entretien de l'assuré à l'institut ou si les frais d'entretien, qui auraient également existé sans « formation », doivent en être déduits. Le TFA estime qu'une telle déduction est fondamentalement juste, vu que le droit de l'assuré s'étend uniquement aux frais supplémentaires occasionnés par la formation proprement dite, qui ne comprend pas les frais d'entretien toujours nécessaires, donc indépendants de ladite formation. En effet, même un non-invalide, apte à exercer immédiatement l'activité lucrative correspondante, devrait subvenir lui-même à son entretien (par un salaire en nature également). En outre, par son travail à l'institut, l'assuré subvient, du moins en partie, à son entretien: la direction de l'établissement affirme être en mesure de lui accorder une prime de 70 francs par mois pour son travail.

Les considérations susmentionnées conduisent, bien que pour des motifs différents, aux mêmes conclusions que le jugement de première instance. Il s'ensuit que, dans le cas présent, les « frais supplémentaires », remboursables par l'AI, englobent les frais résultant d'une période de formation d'une année à l'institut, à raison de 312 francs par mois, moins les frais d'entretien qui, sans invalidité, seraient à la charge de l'assuré ou de ses parents. La commission cantonale de recours a fixé ces frais à 90 francs par mois; il n'y a pas lieu de s'écarter de cette estimation, d'autant moins que, comme la direction du home le déclare dans le mémoire de recours, la part des frais d'entretien et de logement à la maison varie dans des cas semblables — selon les organes cantonaux compétents — de 60 à 100 francs par mois. Le montant des frais supplémentaires à prendre en charge par l'AI est donc de 222 francs par mois. Le calcul qui conduit à ce résultat s'avère tout à fait fondé, de sorte qu'il est superflu de renvoyer le cas à la commission AI pour fixer un montant.

Arrêt du TFA, du 14 juillet 1962, en la cause P. J.

Articles 16 et 17 LAI. Lorsqu'une formation professionnelle est effectuée, il y a lieu de déterminer dans chaque cas, eu égard à l'étendue plus ou moins grande des prestations à fournir par l'AI, s'il s'agit d'une formation professionnelle initiale, d'une part, ou bien d'un reclassement ou d'une rééducation, d'autre part.

Articoli 16 e 17 LAI. Qualora si proceda ad una formazione professionale, si dovrà in ogni caso chiarire se trattasi di una prima formazione oppure di una riforma professionale, rispettivamente nuova formazione nella professione esercitata anteriormente, data la diversità delle prestazioni AI nei singoli casi.

L'assurée souffre d'une hémiplégie spastique périnatale, fortement améliorée par des interventions orthopédiques, mais compliquée à la puberté par une épilepsie jackso-

nienne qui, depuis lors, a été bien contrôlée par la médication mise en œuvre. L'intéressée a fréquenté l'école primaire de 1942 à 1949, avec quelques interruptions dues à la maladie. En 1954, un professeur de l'Institut des sciences pédagogiques proposa qu'elle reçoive une formation de relieuse-brocheuse; la jeune fille, qui voulait s'occuper d'enfants, refusa. Après avoir été employée à de petits travaux de bureau dans l'imprimerie paternelle, l'assurée fit dès 1957 des stages comme aide-jardinière d'enfants dans plusieurs institutions publiques et privées, encouragée en cela par les résultats d'examens de réadaptation, et suivit aussi certains cours.

En 1960, l'assurée a requis des prestations de l'AI. Vu les rapports du médecin traitant, de Pro Infirmis et de l'office régional de réadaptation professionnelle, ainsi que les certificats des institutions ayant employé la requérante, la commission AI a fait procéder à un examen psychotechnique par le professeur de l'Institut sus-mentionné. Dans son rapport, cet expert a relevé que l'obstination de l'intéressée à vouloir s'occuper d'enfants ne permettait pas d'envisager d'autre orientation que celle d'aide-monitrice dans une crèche ou un home d'enfants; il valait la peine de l'aider à tenter sa chance dans cette voie, malgré les doutes qu'on pouvait avoir quant à ses possibilités d'y obtenir un gain suffisant. L'office régional de réadaptation a proposé pour sa part une formation accélérée d'aide-jardinière d'enfants dans un institut situé dans une autre ville. La commission AI a estimé cependant ne pouvoir envisager une réadaptation professionnelle conforme au désir de la requérante et, celle-ci n'en acceptant aucune autre, a refusé les prestations demandées. La caisse de compensation a notifié ce prononcé à l'assurée par décision du 8 mai 1961.

L'assurée a recouru. Elle faisait valoir qu'elle avait eu, de tout temps, un penchant marqué pour les enfants; les attestations produites établissaient que la formation requise répondait à ses aptitudes, qu'elle n'avait jamais refusé d'autres possibilités mais que, lasse d'attendre, elle avait décidé de suivre les cours de l'institut recommandé par l'office régional AI, dès le 17 avril 1961.

La commission cantonale de recours, après complément d'instruction, a estimé que l'assurée avait les qualités nécessaires pour devenir jardinière d'enfants et pourrait assurer par là son existence, que des mesures de réadaptation étaient indéniablement de nature à améliorer la capacité de gain ou à en favoriser l'usage, que la question de l'octroi de ces mesures au titre de formation professionnelle initiale (art. 16 LAI) souffrait de rester en suspens, le droit à un reclassement professionnel (art. 17 LAI) étant en tout cas donné. Elle a dès lors admis le recours, reconnu à l'assurée le droit à des mesures de réadaptation selon l'article 17 LAI et renvoyé la cause à la commission AI pour nouveau prononcé dans le sens de ces considérants.

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

1. Aux termes de l'article 9 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation, prévues par la loi «qui sont nécessaires et de nature à améliorer leur capacité de gain, à la rétablir, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage». Sur le plan professionnel, ces mesures consistent en l'orientation professionnelle (art. 15 LAI), la formation professionnelle initiale (art. 16 LAI), le reclassement dans la propre profession ou dans une profession nouvelle (art. 17 LAI) et le placement ou l'octroi d'une aide en capital (art. 18 LAI).

Dans l'espèce, après un examen psychotechnique représentant une mesure d'orientation professionnelle, s'est posée la question de la formation professionnelle. Le droit de l'assurée à de telles mesures de formation, contesté en première instance, ne l'est plus en appel. De même que le juge cantonal, l'OFAS admet en effet que les cours suivis à l'institut recommandé par l'office régional AI étaient nécessaires et de nature à améliorer

la capacité de gain. Le TFA partage cet avis, nonobstant les doutes à nouveau suscités par le fait que l'assurée se trouvait encore sans emploi deux mois après la fin des mesures de réadaptation et l'obtention du diplôme de gouvernante d'enfants. Or, ce diplôme doit permettre à l'intimée d'exercer maintenant une activité lucrative répondant à sa formation, et les organes de l'AI doivent veiller à l'utilisation des connaissances acquises et prendre toutes dispositions pour que le résultat des mesures de réadaptation ne soit pas réduit à néant par un défaut de volonté au travail ou par des influences familiales défavorables.

2. Le droit aux mesures de réadaptation professionnelle étant reconnu, la seule question litigieuse est celle de savoir si ces mesures représentaient une formation professionnelle initiale ou un reclassement.

L'article 16 LAI dispose que 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-invalidé a droit au remboursement de ses frais supplémentaires si la formation répond à ses aptitudes. Selon l'article 5, 2^e alinéa, RAI, les frais de formation professionnelle initiale sont réputés beaucoup plus élevés s'ils dépassent de plus de 240 francs par année ceux que l'assuré aurait pour une formation de même nature s'il n'était pas invalide; lorsque, non invalide, l'assuré aurait reçu manifestement une formation moins coûteuse, les frais de cette formation sont pris comme terme de comparaison.

Aux termes de l'article 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable; la rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement. Selon l'article 6 RAI, l'assuré qui a droit au reclassement est défrayé par l'AI de ses frais de formation, ainsi que — selon qu'il est ou non logé et nourri dans l'établissement de formation professionnelle — de tout ou partie de ses frais de nourriture et de logement.

Le TFA ne saurait suivre le juge cantonal, qui a laissé indécise la question de l'existence d'une formation professionnelle initiale et renvoyé la cause à la commission AI pour nouveau prononcé selon l'article 17 LAI. D'une part, en effet, l'ampleur des prestations de l'AI est fort différente selon qu'il s'agit de formation initiale ou de reclassement, et la question de la nature des mesures de réadaptation ne peut donc rester en suspens. D'autre part, l'examen des circonstances de l'espèce amène à la conclusion que les mesures de réadaptation représentent dans le cas présent une formation professionnelle initiale, ouvrant droit à des prestations selon l'article 16 LAI.

3. Il n'y aurait reclassement dans une nouvelle profession ou rééducation dans la même profession, au sens de l'article 17 LAI, que si l'assurée avait exercé précédemment une activité lucrative, qualifiée ou non (voir arrêt du 30 avril 1962 en la cause A. H., RCC 1962, p. 348). Or, tel n'est pas le cas dans l'espèce. Depuis sa sortie de l'école primaire, l'assurée a sans doute été employée notamment à de petits travaux de bureau dans l'imprimerie paternelle; mais ce n'était là manifestement qu'une occupation, non une activité lucrative. Quant aux stages effectués dès 1957 comme aide-jardinière d'enfants dans plusieurs institutions publiques et privées — en général à titre entièrement volontaire, exceptionnellement avec un modeste argent de poche — ils avaient pour but de préparer l'intéressée à une activité lucrative, mais ne signifiaient pas par eux-mêmes l'exercice d'une telle activité. Le temps écoulé depuis la fin de la scolarité obligatoire ne joue en soi aucun rôle pour déterminer la nature des mesures de réadaptation, et les cours suivis à l'institut représentent ainsi l'achèvement d'une formation professionnelle initiale, dont les stages antérieurs n'étaient que la préparation.

L'intimée a droit par conséquent au remboursement des frais supplémentaires occasionnés par sa formation professionnelle initiale, du fait de son invalidité, au sens de l'article 16 LAI; mais les pièces versées au dossier ne permettent pas d'établir quels auraient été les frais de formation si l'assurée n'avait pas été invalide, ni par conséquent de déterminer l'ampleur d'éventuels frais supplémentaires dus à l'invalidité. Aussi la cause doit-elle être renvoyée à la commission AI pour examen et nouveau prononcé dans le sens des considérants.

Arrêt du TFA, du 29 juin 1963, en la cause R. G.

Articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 15, 1^{er} alinéa, RAI. Un moyen auxiliaire nécessaire à la réadaptation d'un assuré à la vie professionnelle est pris en charge par l'AI, même s'il sert également au soulagement d'une affection dont le traitement ne peut pas être assumé par cette assurance en vertu des articles 12 ou 13 LAI. (Considérant 1.)

Article 21, 1^{er} alinéa, LAI. L'AI prend en charge l'attelle de Thomas dont l'assuré souffrant d'épiphyséolyse (décollement de l'extrémité supérieure du fémur, dont le traitement conservateur n'est pas à la charge de l'AI) a besoin pour fréquenter l'école. (Considérant 2.)

Article 11 RAI. Les frais de transport que l'AI doit rembourser dans les limites prévues par cette disposition doivent être calculés d'après une indemnité kilométrique de 11 centimes, pour des trajets à motocyclette, et d'après les dépenses effectives, pour des trajets en taxi. (Considérant 3.)

Articoli 21, capoverso 1, LAI e 15, capoverso 1, OAI. Le spese per un mezzo ausiliario necessario all'integrazione nella vita professionale di un assicurato sono assunte dall'AI, anche se esso serve nel contempo a lenire un'affezione la cui cura non può essere assunta da questa assicurazione giusta gli articoli 12 e 13 LAI. (Considerando 1.)

Articolo 21, capoverso 1, LAI. L'AI si assume le spese della stecca Thomas di cui l'assicurato sofferente d'epifisiolisi (distacco dell'estremità superiore del femore, il cui trattamento conservativo non è assunto dall'AI) ne abbisogna per poter frequentare la scuola. (Considerando 2.)

Articolo 11 OAI. Le spese di trasporto che l'AI deve rifondere, nei limiti previsti da questa disposizione, devono essere calcolate in base ad un'indennità chilometrica di 11 centesimi per trasporti in motocicletta e in base alle spese effettive per trasporti in taxi. (Considerando 3.)

L'assurée, née en 1948, souffre d'une « épiphyséolyse du fémur droit avec glissement de la tête en arrière et en bas ». Pour cette raison, elle a dû se soumettre à un traitement par extension pendant trois mois à l'hôpital, à partir du 6 janvier 1960. Après le traitement, on lui a remis une attelle de Thomas qui lui permettait de marcher. Elle ne pouvait toutefois se rendre à l'école (à 3 kilomètres) que si son père l'y conduisait et la reprenait en motocyclette. Lorsque le père ne pouvait pas le faire, des courses en taxi étaient nécessaires.

La caisse de compensation a informé le père de l'assurée que la commission AI avait refusé de mettre à la charge de l'AI les mesures médicales et les frais de transport permettant à l'assurée de fréquenter l'école. L'autorité cantonale de recours admit le

recours formé contre cette décision et chargea la caisse de compensation d'assumer les frais des appareils de soutien pour les hanches acquis en 1960 et de verser, dès le 1^{er} janvier 1960, une contribution de 7 francs par semaine d'école aux frais de transport dus à l'invalidité.

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

1. Conformément à l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires qui sont nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle et qui figurent dans une liste dressée par le Conseil fédéral. L'article 14, 1^{er} alinéa, RAI donne la liste officielle des diverses catégories de moyens auxiliaires (a. membres artificiels y compris leurs accessoires; b. appareils de soutien et de marche; c. moyens auxiliaires pour les affections crâniennes, etc.). En outre, la liste indique, à titre d'exemple, des objets qui appartiennent aux différents groupes (a. membres artificiels « tels que pieds, jambes, mains et bras », y compris leurs accessoires, etc.).

Il ressort tout d'abord de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI que le moyen auxiliaire doit, de par sa construction, être de nature à servir à la réadaptation de l'assuré à la vie professionnelle. Les objets qui ne peuvent servir à cette fin (par exemple simples appareils extenseurs, lits plâtrés) ne correspondent pas à la notion de moyen auxiliaire. La liste figurant à l'article 14, 1^{er} alinéa, RAI confirme ensuite qu'il faut comprendre par moyen auxiliaire — conformément à l'usage général — un objet que l'invalidé peut quitter et employer à nouveau sans qu'il faille en modifier la structure. Dès lors, les bandages enroulés ou moulés autour du corps (bandages de gaze, plâtres de marche, corsets plâtrés) ne sont pas des moyens auxiliaires.

Lorsqu'un objet correspond à la notion de moyen auxiliaire, il doit être remis par l'AI s'il est nécessaire à la réadaptation de l'assuré à la vie professionnelle au sens de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI. L'article 15, 1^{er} alinéa, RAI explique cette condition en précisant notamment que l'assuré doit avoir besoin du moyen auxiliaire pour exercer une activité lucrative ou pour étudier. Peu importe, en principe, de savoir si et dans quelle mesure un moyen auxiliaire vise aussi d'autres buts que la réadaptation. Pour appliquer l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, il n'est pas nécessaire de préciser d'abord à quoi le moyen auxiliaire prévu sert avant tout, comme c'est le cas pour l'article 12 LAI à propos des actes médicaux. C'est ainsi qu'un moyen auxiliaire, qui remplit le but susmentionné de la réadaptation, est à la charge de l'AI s'il sert également à atténuer une affection dont le traitement ne peut être pris en charge en vertu des articles 12 et 13 LAI. Ainsi, par exemple, les lombostats, qui font partie des appareils de soutien et de marche de l'article 14, 1^{er} alinéa, lettre b, RAI, sont pris en charge par l'AI même s'ils servent aussi à atténuer les séquelles d'affections du dos ou des hanches, dont le traitement ne représente pas une mesure médicale de réadaptation; il doit suffire qu'ils soient nécessaires à l'exercice d'une activité lucrative (ou des fonctions de ménagère, cf. article 5, 1^{er} alinéa, LAI).

Il n'est pas nécessaire de juger aujourd'hui, d'une manière définitive, dans quelle mesure il faut admettre des exceptions à la règle selon laquelle seule la nécessité d'un moyen auxiliaire à la réadaptation professionnelle importe. Tout d'abord, la seconde phrase de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, dispose que certains moyens auxiliaires (prothèses dentaires, lunettes, supports plantaires) ne sont remis que comme complément important des mesures médicales. En outre, il est concevable que des objets ayant le caractère de moyens auxiliaires doivent être remis s'ils représentent la seule mesure possible et nécessaire pour atteindre un résultat notable, visé par la loi, même s'ils ne servent pas directement à la réadaptation ou ne sont pas non plus le complément

important de mesures médicales (sur ce dernier point, citons l'exemple des lunettes remises dans les cas d'anomalies congénitales très prononcées de la réfraction au sens de l'article 2, chiffre 158, OIC). Ces exceptions ne peuvent cependant pas toucher le principe du droit aux moyens auxiliaires nécessaires à la réadaptation professionnelle.

2. En l'espèce, il a été remis à l'assurée — souffrant d'épiphyséolyse — une attelle de Thomas qui lui a rendu la marche possible. Cette attelle est un moyen auxiliaire. Elle est de nature à permettre l'exercice d'une activité lucrative ou une formation scolaire et fait partie des appareils de soutien et de marche, au sens de l'article 14, 1^{er} alinéa, lettre b, RAI, qui peuvent être déposés et employés à nouveau sans que leur structure soit modifiée.

L'assurée, née en 1948, a manifestement besoin d'une attelle de Thomas pour pouvoir fréquenter l'école. Au sens de l'article 15, 1^{er} alinéa, RAI, elle ne peut davantage se passer de ce moyen auxiliaire pour sa formation scolaire que des courses qui lui ont déjà été accordées. On ne saurait octroyer seulement les courses et laisser à l'assurée le soin de se rendre apte à la marche. L'autorité de première instance a donc, avec raison, mis à la charge de l'AI les frais de l'attelle de Thomas. Ainsi qu'il est exposé plus haut, le fait que le traitement conservateur de l'épiphyséolyse appliqué à l'assurée ne constitue pas une mesure de réadaptation (cf. arrêt du TFA, du 16 avril 1963, en la cause J. S., RCC 1963, p. 410) et que l'attelle de Thomas est aussi utile à ce traitement ne peut rien changer à l'issue de la procédure.

3. Il est incontesté à l'heure actuelle que l'AI doit aussi assumer, à partir du 1^{er} janvier 1960, les frais de transport nécessaires à l'assurée pour fréquenter l'école. En revanche, la commission AI doit fixer les frais occasionnés par les trajets à motocyclette, conformément aux indications de l'OFAS, sur la base d'une indemnité kilométrique de 11 centimes. Quant aux trajets en taxi qui sont nécessaires à l'assurée pour fréquenter l'école, l'AI doit en rembourser les frais effectifs conformément à la circulaire de l'OFAS concernant le remboursement des frais de voyage. Le père de l'assurée fournira, autant que possible, les pièces nécessaires au calcul approximatif de ces frais pour le passé; pour l'avenir, il devra produire les pièces justificatives relatives aux trajets en taxi, pour autant que de tels trajets soient encore nécessaires. L'indemnité totale ne doit cependant pas dépasser 50 francs par mois (article 11 RAI).

4. ...

Arrêt du TFA, du 6 juin 1963, en la cause F. Z.

Articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 15, 2^e alinéa, RAI. Un véhicule à moteur ne représente pas, pour un assuré domicilié chez son employeur, un moyen auxiliaire nécessaire à la réadaptation professionnelle et au parcours du chemin du travail.

Articoli 21, capoverso 1, LAI e 15, capoverso 2, OAI. Un veicolo a motore non costituisce per un assicurato che abita presso il suo datore di lavoro un mezzo ausiliario necessario per l'integrazione professionale e per recarsi al posto di lavoro.

L'assuré, né en 1907, célibataire, souffre de graves séquelles d'une poliomyélite qu'il a eue comme enfant. Il a appris le métier de tailleur et travaille depuis 1953 chez un maître tailleur. En 1960 et 1961, il a touché chaque année un salaire de 2700 francs en espèces et de 1800 francs en nature (nourriture et logement). Il possède un tricycle

motorisé depuis 1954. Le médecin a attesté ce qui suit: La faculté de se déplacer est considérablement réduite (fort raccourcissement de la jambe droite; enraidissement du genou et de la cheville droits; déformation de la jambe gauche, du bassin et de la colonne vertébrale). L'état est stationnaire, mais pourrait s'aggraver avec le temps par arthrose des articulations des hanches. Le fauteuil roulant motorisé de l'assuré est usé et devra être remplacé occasionnellement par un modèle neuf. L'assuré a déclaré en outre qu'il avait dépensé, jusque là, environ trois fois plus pour des souliers orthopédiques qu'une « personne avec des pieds normaux ».

Se fondant sur le prononcé de la commission AI, la caisse de compensation décida la prise en charge des frais d'achat et de réparation des souliers orthopédiques. La commission AI fit appel à Pro Infirmis pour examiner si un nouveau fauteuil roulant était nécessaire. Cette institution lui communiqua que l'assuré marchait très péniblement à l'aide de deux cannes-béquilles. En 1954, elle avait financé l'acquisition du tricycle de marche avec béquilles que l'assuré avait acheté d'occasion. Comme ce véhicule aurait bientôt fini de servir, Pro Infirmis demandait à l'AI de remettre un tricycle motorisé moderne (prix environ 1600 francs) à l'assuré. Elle ajouta que l'assuré n'avait pas de chemin à parcourir pour se rendre à son travail, vu qu'il était nourri et logé chez son employeur, mais qu'il avait besoin d'un tricycle pour pouvoir se rendre de temps en temps chez d'autres personnes. Conformément au prononcé de la commission AI, la caisse de compensation notifia à l'assuré que l'AI ne lui octroyait pas de véhicule à moteur, vu qu'il n'avait pas de trajet à faire pour se rendre à son travail (art. 15, 2^e al., RAI).

L'assuré recourut contre cette décision et écrivit que son ancien tricycle n'était plus bon à rien. Il en demandait un nouveau pour pouvoir quitter de temps à autre son lieu de travail. Le tribunal cantonal rejeta son recours, déclarant lui aussi que l'AI n'était pas tenue d'allouer des prestations, puisque l'assuré n'avait pas de trajet à faire pour se rendre à son travail; il conseilla au recourant d'adresser sa demande à des institutions d'assistance privées.

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

1. Conformément à l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, l'AI fournit à l'invalidé les moyens auxiliaires qui sont nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle. Des véhicules comme par exemple les fauteuils roulants pour la rue, les tricycles de marche avec béquilles et certains véhicules à moteur entrent en considération aux termes de l'article 14, 1^{er} alinéa, lettre g, RAI. Le droit à la remise d'un moyen auxiliaire prend naissance dès qu'un invalide en a besoin pour exercer une activité lucrative, pour étudier ou pour apprendre un métier, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle (art. 15, 1^{er} alinéa, RAI). Des véhicules à moteur ne sont remis 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, parce que leur faculté de se déplacer est considérablement réduite (art. 15, 2^e al., RAI).

2. L'assuré est nourri et logé à son lieu de travail par son employeur. Pour se rendre à son travail, il n'a dès lors, à l'heure actuelle, pas à effectuer un trajet pour lequel il aurait besoin d'un véhicule. Pro Infirmis et lui l'admettent d'emblée et constatent simplement qu'un véhicule lui est indispensable pour quitter de temps en temps son lieu de travail et voir du monde. Cette objection ne peut pas être retenue; l'AI, en effet, ne doit fournir un moyen auxiliaire, selon le droit en vigueur, que dans la mesure où il

est nécessaire à la réadaptation professionnelle de l'assuré (cf. considérant 1 ci-dessus; ATFA 1961, p. 52 et 1962, p. 73; RCC 1961, p. 428 et 1962, p. 211). L'AI ne peut pas remettre de véhicule à moteur à l'appelant tant que cette nécessité fait défaut en l'espèce. Cependant, si Pro Infirmis lui procure prochainement un nouveau véhicule, l'AI allouera les prestations légales dès que toutes les conditions de l'article 15 RAI seront remplies...

RENTES ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Arrêt du TFA, du 12 février 1963, en la cause J. C.

Articles 22, 3^e alinéa, LAI et 18 RAI. Si le prononcé ordonnant une mesure de réadaptation a été retardé indûment, une indemnité journalière peut être allouée rétroactivement pour le délai d'attente qui l'a précédé. Tel est le cas lorsque ce prononcé n'est rendu que 18 mois après le dépôt de la demande.

Articoli 22, capoverso 3, LAI e 18 OAI. Nel caso in cui la deliberazione che prescrive un provvedimento d'integrazione è stata emanata con eccessivo ritardo, si può assegnare retroattivamente un'indennità giornaliera per il periodo d'attesa che l'ha preceduta. Ciò è il caso, quando la deliberazione è stata emanata 18 mesi dopo la presentazione della richiesta.

L'assuré, magasinier de son métier, souffre d'hydrophtalmie congénitale droite et, à la suite d'un accident subi en 1946, d'abulbie (perte du globe oculaire) gauche. Malgré de nombreux traitements, son état s'est aggravé; son acuité visuelle à droite est très faible. Comme sa cécité est devenue presque totale, il a été licencié par son employeur le 14 juillet 1961. L'assuré présenta une demande le 15 mars 1960 aux fins d'obtenir des prestations de l'AI, notamment un reclassement. Il a pu être placé par les soins de l'office régional à partir du 2 novembre 1961.

Par prononcé du 4 octobre 1961, la commission AI a reconnu que l'assuré avait droit aux mesures de reclassement et à l'octroi d'indemnités journalières pour la période d'attente allant du 16 juillet 1961 au début de l'exécution des mesures. La caisse de compensation a notifié ce prononcé par décision du 1^{er} novembre 1961 en faisant commencer, toutefois, le droit aux indemnités journalières à la date de cette décision.

Sur recours de l'assuré, l'autorité de première instance, estimant que la décision du 1^{er} novembre 1961 avait été prise avec un retard indû, lui accorda des indemnités journalières à partir du 1^{er} août 1961, conformément à sa demande, soit depuis le jour où il n'avait plus travaillé.

Contre ce jugement, l'OFAS interjeta un appel qui fut rejeté par le TFA pour les motifs suivants:

1. Aux termes de l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI l'« assuré a droit à une indemnité journalière pendant la réadaptation si, durant trois jours consécutifs au moins, il est empêché par les mesures de réadaptation d'exercer une activité lucrative ou présente une incapacité de travail d'au moins 50 pour cent ». Le droit aux indemnités est donc lié en principe à la période d'exécution de mesures de réadaptation d'une certaine durée, dont ces indemnités sont une prestation accessoire. L'article 22, 3^e alinéa, LAI prévoit

toutefois que « le Conseil fédéral fixera les conditions auxquelles des indemnités journalières pourront être allouées pour des jours isolés, ainsi que pour la durée de l'instruction du cas, le temps précédant l'exécution de la réadaptation et le temps de mise au courant dans un emploi ». En vertu de ce mandat, le Conseil fédéral a édicté les articles 17 à 20 RAI qui, entrés en vigueur le 1^{er} janvier 1961, sont applicables également aux demandes de prestations présentées antérieurement, mais non encore liquidées à cette date (art. 117, 1^{er} al., RAI).

L'article 18, 1^{er} alinéa, RAI dispose ainsi 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 une indemnité journalière pour chaque jour entier du délai d'attente ». Le deuxième alinéa du même article précise que « l'indemnité journalière est allouée au plus tôt dès le prononcé ordonnant les mesures de réadaptation et au plus pour 120 jours en tout ». Cette réglementation reprend une solution adoptée déjà dans les directives administratives applicables jusqu'à l'entrée en vigueur du RAI, à la seule différence que la naissance du droit à indemnité est fixée à la date du prononcé de la commission et non plus à celle de la décision de la caisse notifiant ce prononcé.

2. Le TFA avait constaté, à propos des directives administratives susmentionnées, qu'il n'existait aucun motif de nier leur conformité avec la loi (voir RCC 1961, p. 119). La même constatation vaut de toute évidence pour la réglementation que connaît l'article 18 RAI; mais le Tribunal avait relevé à cette occasion que la question de l'octroi possible d'indemnités journalières pour une période d'attente antérieure à la décision — actuellement au prononcé — concernant les mesures de réadaptation restait en suspens lorsque, par exemple, la décision avait été retardée indûment. La question doit être résolue aujourd'hui de manière affirmative.

L'article 18 RAI règle exhaustivement, ainsi que le Conseil fédéral en avait eu la compétence à défaut de toute clause légale restrictive, les conditions auxquelles des indemnités journalières peuvent être accordées pour le temps précédant l'exécution de la réadaptation. Il exige en particulier que les mesures de réadaptation aient été ordonnées et fait naître le droit à l'indemnité au plus tôt à la date du prononcé de la commission AI. Le prononcé est cependant en étroite corrélation avec la demande de prestations. L'exigence et le point de départ fixés à l'article 18 RAI présupposent de par leur nature même que cette corrélation — inhérente au système légal, et qu'il était donc superflu de formuler dans le RAI en termes exprès — n'ait pas été troublée, c'est-à-dire que le cours de la procédure administrative ait été normal. Or, si le temps écoulé entre la demande de prestations et le prononcé dépasse toutes les limites objectivement admissibles, ce cours cesse d'être normal. Faire dépendre, dans de tels cas, le début du droit à indemnités de la date tardive du prononcé serait alors pur hasard et arbitraire. Aussi la date du prononcé, au sens de l'article 18 RAI, ne saurait-elle être celle du prononcé tardif; elle doit être, en cas de tardiveté manifeste, celle à laquelle le prononcé aurait dû être rendu dans le cours normal de la procédure administrative. Il ne s'agit pas, ce faisant, de rechercher si le retard est ou non imputable à faute aux organes de l'assurance; le cours normal de la procédure administrative est une notion objective, découlant de l'appréciation de l'ensemble des circonstances du cas donné.

3. Dans l'espèce, il n'est pas contesté que l'assuré a droit à des indemnités journalières pendant la durée de l'exécution des mesures de réadaptation ordonnées par prononcé de la commission AI du 4 octobre 1961. L'OFAS ne nie pas davantage ce droit pour la période d'attente dès l'ordonnance de ces mesures. Le litige porte uniquement sur la période s'étendant de la cessation de l'activité lucrative au prononcé de la commission. Tandis que le juge cantonal a considéré que l'ordonnance des mesures avait

été retardée indûment et que l'assuré pouvait prétendre à indemnités dès le 1^{er} août 1961 déjà, l'OFAS conteste tout retard fautif et dénie à l'assuré tout droit à indemnités pour la période litigieuse.

Il ne fait aucun doute que, dès son licenciement de l'emploi occupé durant plus de 4 ans, l'assuré présentait une incapacité de travail d'au moins 50 pour cent. Il est de même évident que son état aurait permis dès cette date l'exécution de mesures de réadaptation (voir RCC 1963, p. 35). Le droit à indemnités journalières serait donc manifestement donné, si les mesures de réadaptation avaient été déjà ordonnées. Or le juge cantonal n'a pas outrepassé son pouvoir d'appréciation en estimant que cette ordonnance avait été dans l'espèce retardée indûment. L'assuré, en effet, a présenté le 15 mars 1960 sa demande de prestations; et c'est le 2 décembre 1960 que la commission AI, après avoir obtenu les éclaircissements médicaux nécessaires, a chargé l'office régional de réadaptation professionnelle d'examiner les possibilités de placement. Aussi compréhensible que soit l'attitude de cet office, en présence d'un assuré ayant encore un emploi, il n'en demeure pas moins objectivement hors du cours normal que le prononcé soit intervenu le 4 octobre 1961 seulement, soit dix mois après le mandat de placement et plus de dix-huit mois après la demande de l'assuré.

La Cour de céans n'a dès lors pas de raison suffisante de se départir de la solution retenue par le juge cantonal, dont l'arrêt est confirmé. L'assuré ayant droit à indemnités journalières dès le 1^{er} août 1961, il n'est pas besoin d'examiner si et à quelles conditions il aurait éventuellement pu, dans le cas contraire, bénéficier d'une rente d'invalidité pour cette période précédant l'exécution de la réadaptation.

Arrêt du TFA, du 11 mai 1963, en la cause H. S.

Article 26 RAI. Il n'y a pas lieu d'admettre, sans indices précis, qu'une assurée partiellement invalide, qui a effectué un apprentissage de couturière, serait devenue maîtresse d'école enfantine si elle n'était pas invalide et pourrait obtenir un revenu plus élevé.

Articolo 26 OAI. Non si può ammettere, senza precisi indizi, che un'assicurata, parzialmente invalida, la quale ha compiuto il tirocinio di sarta, sarebbe diventata maestra d'asilo infantile se non fosse stata invalida e avrebbe potuto in tal modo conseguire un reddito più elevato.

L'assurée, née en 1910, est souffrante depuis plusieurs années, notamment en raison de malformation d'un pied, de polyarthrite et des suites d'une tuberculose pulmonaire. Elle apprend le métier de couturière, mais ne l'a jamais exercé; depuis janvier 1959, elle travaille à la demi-journée dans le bureau d'un organe d'assistance et touche un salaire annuel de 4116 francs.

Se fondant sur le prononcé de la commission AI, la caisse de compensation a refusé de lui accorder une rente AI. Sur recours de l'intéressée, l'autorité de première instance confirma la décision attaquée. L'appel de l'assurée fut rejeté par le TFA pour les motifs suivants:

1. Vu la situation de faits, on peut admettre qu'au moment où la décision de la caisse de compensation a été rendue (31 janvier 1962), l'assurée était, dans la mesure du possible, réadaptée à la vie professionnelle; elle travaillait alors depuis trois ans comme auxiliaire au service d'un organe d'assistance et, selon le médecin traitant, son

état de santé était stationnaire. L'octroi d'une rente n'aurait dès lors été possible que si le degré d'invalidité avait été de 50 pour cent au moins (art. 28, 2^e al., et 29, 1^{er} al., LAI).

2. ...

3. Pour évaluer l'invalidité, il faut en principe comparer deux revenus hypothétiques, tels que les définit l'article 28, 2^e alinéa, LAI:

a. Il est incontestable qu'en l'espèce, le revenu que l'invalidé pourrait obtenir en travaillant dans les conditions décrites par ladite disposition peut être calculé d'après le revenu effectif de l'intéressée, bien qu'il s'agisse seulement d'une place à la demi-journée. Le revenu réalisable par l'invalidé doit donc être pris en compte pour un montant de 4116 francs.

b. Est litigieuse, en revanche, la question du revenu que l'assurée pourrait réaliser si elle n'était pas invalide. Se référant à l'article 26 RAI, l'autorité de première instance a pris pour base le revenu moyen d'une ouvrière qualifiée. L'assurée, elle, fait valoir dans son appel que, sans son invalidité, elle pourrait gagner sa vie comme maîtresse d'école enfantine ou pour le moins comme couturière qualifiée.

L'article 26 RAI prévoit qu'en règle générale, il faut considérer le salaire moyen d'ouvriers qualifiés et semi-qualifiés lorsque, par son invalidité, l'assuré n'a pu acquérir des connaissances professionnelles suffisantes. Il n'interdit donc pas de se fonder, dans un cas particulier, sur le revenu que procure une certaine profession, lorsque des indices sérieux permettent de croire que l'assuré aurait appris cette profession (cf. arrêt du TFA, du 12 octobre 1962, en la cause F. M., RCC 1963, p. 220). En l'espèce, cette condition est remplie en ce qui concerne la profession de couturière, mais non pas en ce qui concerne celle de maîtresse d'école enfantine. En effet, l'assurée a terminé son apprentissage de couturière avec succès; en revanche, il n'existe aucun indice précis permettant d'admettre que, sans son invalidité, elle serait devenue maîtresse d'école enfantine. On ne saurait, selon la jurisprudence du TFA, tenir compte de simples possibilités théoriques.

L'assurée déclare que, comme couturière qualifiée, elle pourrait, sans son invalidité, obtenir un revenu annuel de 8500 à 9000 francs. Le tribunal de céans ne saurait toutefois adopter cette estimation. Le principe de l'égalité de droit exige que pour fixer des revenus hypothétiques, on prenne en compte — sous réserve de cas spéciaux bien déterminés — le revenu moyen et non pas les taux maximums appliqués dans une profession déterminée (arrêt F. M., déjà cité). C'est pourquoi on ne peut, comme le voudrait l'assurée, se fonder sur le revenu d'une employée qualifiée travaillant de façon indépendante dans une région urbaine. Il faut au contraire considérer les salaires valables en 1962 dans toute la Suisse. Selon les renseignements fournis par l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail, le salaire horaire de couturières qualifiées est, pour l'ensemble du pays, de 2 fr. 73. Etant donné que les contrats collectifs prévoient une durée de travail hebdomadaire de 45 heures, le revenu annuel doit être fixé, ainsi que le relève à juste titre l'OFAS, à 6388 francs.

L'assurée prétend enfin que sans son invalidité, elle réaliserait le double du revenu qu'elle obtient actuellement par son travail exercé à la demi-journée. Cette affirmation n'est nullement étayée par les pièces du dossier, de sorte qu'elle ne saurait être retenue.

c. Comme le revenu réalisable sans invalidité peut être fixé à 6388 francs, il résulte de la comparaison avec le revenu que peut encore réaliser l'invalidé (4116 francs) une perte de revenu de 36 pour cent.

4. Dès lors, les conditions mises à l'octroi d'une rente d'invalidité font actuellement défaut; l'appel doit par conséquent être rejeté. Si la capacité de gain devait sensiblement diminuer, l'assurée aurait alors la possibilité de présenter une nouvelle demande de rente (art. 87 RAI).

Arrêt du TFA, du 17 mai 1963, en la cause N. F.

Articles 41 et 69 LAI. Le juge doit examiner au fond le recours interjeté contre une décision consécutive à une procédure en revision de la rente, même si cette décision ne fait que constater que l'état de santé du recourant n'a pas changé, en sorte qu'il n'y a pas lieu de modifier la rente.

Articoli 41 e 69 LAI. Il giudice deve esaminare nel merito il ricorso interposto contro una decisione emanata consecutivamente alla revisione della rendita, anche se in tale decisione si constata solo che lo stato di salute del ricorrente non è mutato e che pertanto la rendita non può essere modificata.

L'assuré, né en 1907, souffre des suites de la fracture d'une vertèbre, subie en janvier 1959, et des séquelles de la maladie de Scheuermann. En février 1960, il présente une demande de prestations de l'AI. La commission AI évalua son invalidité à 70 pour cent et fixa une revision de la rente pour le 31 décembre 1960. Se fondant sur ce prononcé, la caisse accorda à l'assuré une rente entière avec rentes complémentaires pour enfants; les décisions qu'elle rendit les 20 et 22 septembre 1960 passèrent en force.

A partir du 1^{er} janvier 1961, la commission AI ramena à 50 pour cent le degré d'invalidité révisé, et une nouvelle revision fut fixée au 31 décembre 1961. Par décision du 10 avril 1961, la caisse alloua donc, dès le 1^{er} janvier 1961, une demi-rente avec les rentes complémentaires correspondantes; cette décision passa également en force.

A la fin de l'année 1961, la commission AI réexamina le degré d'invalidité et conclut que, faute d'un motif de revision, le degré d'invalidité de 50 pour cent continuait à être valable; une nouvelle revision était prévue pour le 31 décembre 1964. La caisse notifia ce prononcé à l'assuré, par décision du 20 mars 1962, en précisant qu'elle continuait à lui servir une demi-rente avec les rentes complémentaires correspondantes.

L'assuré recourut contre cette décision pour obtenir une rente entière.

Le 8 octobre 1962, la commission de recours rejeta le recours « pour des raisons de forme ». Ses considérants peuvent être résumés comme suit: La décision attaquée porte sur la prolongation du droit à une rente déjà accordée et sur l'ajournement de la prochaine revision au 31 décembre 1964. Or, le montant de la rente a été l'objet d'une décision le 10 avril 1961, décision qui aurait dû être attaquée alors dans le délai de recours légal. Le simple ajournement de la revision ne change rien à cette situation, et c'est pourquoi la cause ne peut être examinée au fond. En revanche, l'assuré a la possibilité de demander une revision de la rente.

L'assuré a porté ce jugement devant le TFA en demandant que la rente entière lui soit allouée depuis le 1^{er} janvier 1962, avec les rentes complémentaires calculées en conséquence. Le TFA a admis cet appel et renvoyé la cause, pour jugement matériel, au tribunal de première instance, pour les motifs suivants:

1. Aux termes de l'article 41, 1^{er} alinéa, LAI, la rente AI doit être augmentée, réduite ou supprimée pour l'avenir si l'invalidité du bénéficiaire se modifie de manière à influencer le droit à la rente. La revision a lieu d'office ou sur demande. Elle a lieu

d'office lorsqu'un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du degré d'invalidité (art. 87, 1^{er} et 2^e al., RAI). La révision d'office suppose toujours un examen matériel du droit à la rente. En revanche, une demande de révision présentée par un assuré peut — comme le prévoit l'OFAS dans la circulaire du 26 novembre 1962 — être liquidée par une décision administrative de refus d'entrée en matière, si un examen préalable révèle que cette demande ne suffit pas à justifier la mise en train d'une procédure en révision à proprement parler.

2. En l'espèce, la commission AI a examiné d'office, par voie de révision, le droit de l'assuré à une rente, selon le terme prévu (31 décembre 1961). Le résultat de cet examen, qui a abouti en l'occurrence à la prolongation du droit à la rente — mais qui aurait pu être aussi la suppression de la rente ou son augmentation — a été notifié à l'assuré par une décision de la caisse. Le juge de première instance aurait dû trancher quant au fond le recours formé contre cette décision. La décision rendue ayant prolongé le droit à la rente, il aurait fallu examiner si le degré d'invalidité s'était sensiblement modifié le 31 décembre 1961. Le fait que l'assuré avait la possibilité de recourir contre la première décision de révision du 10 avril 1961, comme le relève le juge cantonal, est à cet égard sans importance; en effet, un recours contre cette décision aurait seulement permis d'examiner si le degré d'invalidité fixé à partir du 1^{er} janvier 1961 était conforme à la réalité, jusqu'à la survenance éventuelle d'un nouveau motif de révision (ce que l'assuré ne conteste pas).

De tout ceci, il appert également que la décision attaquée n'a pas différé la révision, comme l'admet le tribunal de première instance. La commission AI s'est bien plutôt prononcée sur le droit à la rente au moment de la révision prévue, tout en fixant un nouveau terme pour une révision future. Le jugement de première instance prive l'assuré de son droit de recours contre l'examen matériel du droit à la rente, effectué à la fin de l'année 1961. La faculté pour l'assuré de demander à la commission AI de revoir son cas n'y change rien; car celle-ci refuserait d'examiner une demande tendant à reviser la rente à la fin de l'année 1961, ce point ayant déjà été l'objet de la décision rendue le 20 mars 1962.

3. Le jugement cantonal doit dès lors être annulé et la cause renvoyée au tribunal de première instance, qui examinera le recours quant au fond...

CHRONIQUE MENSUELLE

Le 29 octobre, la *commission du Conseil national*, présidée par M. Meyer-Boller (Zurich), conseiller national, a examiné le projet de loi concernant la *revision du régime des APG*. MM. Tschudi, conseiller fédéral, et Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, assistaient à la séance. La commission a décidé à l'unanimité d'entrer en matière et a approuvé, en principe, le projet dans la teneur adoptée par le Conseil des Etats; toutefois, elle a estimé dans sa majorité qu'il fallait garantir aux militaires ayant des enfants au moins trois allocations pour enfants, au lieu de deux seulement, comme cela avait été proposé. En outre, une minorité proposera l'augmentation de l'allocation minimum pour personne seule et de l'allocation pour recrue.



Du 4 au 8 novembre se sont déroulés à Paris des *pourparlers d'experts franco-suisse*s au sujet de différents problèmes de la sécurité sociale intéressant les deux pays.

La délégation suisse, qui comprenait également des représentants des cantons de Vaud et de Genève, était présidée par M. Motta, sous-directeur de l'Office fédéral des assurances sociales. Les délibérations ont porté principalement sur les *allocations familiales*, notamment sur les problèmes soulevés par l'application des conventions franco-suissees relatives aux pacagers vaudois et aux frontaliers venant à Genève ou s'y rendant.

Par ailleurs, on a examiné des questions que pose l'application de l'*assurance-maladie*, plus particulièrement lorsque le médecin traitant pratique de part et d'autre de la frontière. En outre, on a envisagé une simplification des mesures d'exemption dont bénéficient les envoyés temporaires conformément à la convention sur l'AVS du 9 juillet 1949. Cette rencontre permet finalement de procéder à un premier échange de vues sur les problèmes qui se poseront lors d'une prochaine revision de la convention susmentionnée.



La *Commission du Conseil national* chargée d'examiner la *sixième révision de l'AVS* a siégé les 6 et 7 novembre sous la présidence de M. Bratschi (Berne) et en présence de M. Tschudi, conseiller fédéral, et de MM. Frauenfelder et Kaiser, respectivement directeur et vice-directeur de l'Office fédéral des assurances sociales.

Après avoir examiné à fond les diverses conséquences sociales, financières et conjoncturelles du projet de révision de l'AVS, au cours d'un débat général qui a duré plusieurs heures, la Commission a décidé à l'unanimité l'entrée en matière. Lors de l'examen des dispositions particulières, elle a ensuite accepté les propositions du Conseil fédéral relatives à l'amélioration des rentes. Afin de faire face aux charges financières nouvelles de l'AVS, elle a prévu d'augmenter les contributions des pouvoirs publics, ainsi que les charges fiscales grevant le tabac, comme le proposait le Conseil fédéral. En revanche, elle a renoncé à l'unanimité à augmenter d'un huitième les cotisations des assurés et des employeurs pour les cinq prochaines années.

En ce qui concerne l'entrée en vigueur de la révision, la Commission propose en principe de lui donner effet à partir du 1^{er} janvier 1964. Ce faisant, elle est consciente du fait que les nouvelles rentes ne pourront pas être versées avant l'expiration du délai référendaire, soit, selon toute probabilité, avant avril 1964, alors que le supplément pour le premier trimestre de 1964 ne pourra être payé que plus tard encore, du fait que ce supplément, qui touche près de 800 000 rentiers, doit être calculé séparément.



La *commission mixte de liaison entre organes de l'AVS et autorités fiscales* a tenu sa trente et unième séance en date du 14 et du 15 novembre. Elle a examiné un projet remaniant le mode de détermination du revenu et de fixation des cotisations des assurés exerçant une activité indépendante. En outre, la commission a été informée au sujet de la sixième révision de l'AVS et des problèmes qu'elle pose aux autorités fiscales.



Les 19 et 20 novembre, les gérants des *offices régionaux AI* et les directeurs de divers *centres de réadaptation* se sont réunis, sur l'invitation de l'Office fédéral des assurances sociales, pour un échange de vues au sujet de la réadaptation professionnelle. Ils visitèrent les ateliers de la maison Landis et Gyr, à Zoug, et furent mis au courant des problèmes que pose, dans cette entreprise, la réadaptation des invalides, particulièrement des aveugles.



La *commission du Conseil des Etats* chargée d'examiner la *sixième révision de*

L'AVS a siégé le 20 novembre sous la présidence de M. Dietschi (Bâle), en présence de M. Tschudi, conseiller fédéral, et de MM. Frauenfelder et Kaiser, de l'Office fédéral des assurances sociales. A la suite d'une discussion approfondie, la commission a décidé à l'unanimité d'entrer en matière. Une première lecture des dispositions particulières a permis de constater qu'elle était d'accord avec les décisions de principe prises par la commission du Conseil national. La commission du Conseil des Etats se réunira à nouveau pour mettre au point ses propositions définitives après que le projet de loi aura passé devant le Conseil national.



La *commission des rentes élargie* a tenu une deuxième séance le 22 novembre sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales, pour discuter l'exécution de la sixième révision de l'AVS. Elle a établi le calendrier des travaux futurs et étudié les problèmes administratifs et techniques que posera l'entrée en vigueur, probablement rétroactive, de la nouvelle loi. Elle recommande en outre une information détaillée de l'opinion publique et des bénéficiaires de rentes sur la mise en pratique de la sixième révision.

Fin d'année

Fidèle à sa tradition, la RCC profite du prochain changement d'année pour jeter un coup d'œil sur la période qui s'achève et pour annoncer aux organes de l'AVS, de l'AI et du régime des APG, dans leurs grandes lignes, les innovations probables que l'an nouveau apportera dans leur champ d'activité.

L'année 1963 a été caractérisée par les travaux législatifs préparant la seconde révision du régime des APG et la sixième révision de l'AVS, ainsi que par les discussions parlementaires qui leur ont été consacrées. Ces travaux se déroulent à un rythme extrêmement rapide. Ainsi, par exemple, pour la révision des APG, il a fallu concentrer en cinq mois (de janvier à mai 1963) les délibérations de la sous-commission des APG de la Commission fédérale AVS/AI, l'enquête auprès des cantons et des associations et la rédaction du message. Le projet a été discuté en septembre par le Conseil des Etats; il sera probablement traité par le Conseil national dans la session de décembre.

Quant à la sixième révision de l'AVS, elle a été étudiée au cours du premier semestre de l'année, dans deux séances de la Commission fédérale AVS/AI et dans trois séances d'une sous-commission spéciale. Le message du Conseil fédéral

proposant la modification de la LAVS a paru le 16 septembre. Les Chambres fédérales discuteront de cette revision dans la seule session de décembre; on peut s'attendre que la nouvelle loi sera approuvée encore avant Noël. En outre, les travaux préliminaires en vue de l'application pratique de la sixième revision ont commencé de bonne heure; l'OFAS a créé à cet effet une commission spéciale où sont représentées, principalement, les caisses et la Centrale de compensation. Enfin, les préparatifs du projet de loi concernant les prestations complémentaires aux rentiers de l'AVS et de l'AI ont été poursuivis; le projet doit être « mûr pour la discussion parlementaire » au cours du premier semestre de 1964.

Tous ces travaux ont énormément accaparé l'OFAS, qui a dû remettre à plus tard ou ne réaliser qu'en partie quelques autres projets. Il n'a pas été possible, notamment, d'achever la mise au point des instructions administratives sur l'AI.



Du point de vue des organes d'exécution de l'AVS, de l'AI et du régime des APG, l'année écoulée pourrait être considérée comme une année assez tranquille si elle n'avait pas apporté, une fois de plus, des difficultés multiples, notamment dans le recrutement de personnel et dans l'accroissement du volume de travail. Ce dernier phénomène résulte de la prospérité économique actuelle et du développement constant de la sécurité sociale (régimes cantonaux d'allocations familiales, aides et assurances complémentaires pour la vieillesse, les survivants, etc.). Dans l'AVS, ce ne sont pas seulement les cotisations des assurés et des employeurs, mais aussi les prestations d'assurance qui dépasseront, en 1963, la somme d'un milliard.

Il convient de remarquer en particulier que le volume de travail de l'AI ne semble pas diminuer. Les commissions AI et leurs secrétariats, notamment, mais aussi les offices régionaux ont à liquider un pensum bien plus considérable qu'on ne le prévoyait: en moyenne mensuelle, plus de 7000 cas doivent être traités par les commissions AI. Les membres de ces dernières, les collaborateurs des caisses de compensation et de leurs agences, ceux des offices régionaux, méritent d'être remerciés du travail qu'ils ont fourni.



La seconde revision du régime des APG et la sixième revision de l'AVS, s'ajoutant aux travaux courants, représenteront, l'année prochaine, une lourde charge pour l'autorité de surveillance, mais surtout pour les caisses de compensation et la Centrale; ceci d'autant plus que, selon toute probabilité, les deux revisions entreront en vigueur, à l'expiration du délai référendaire, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1964, ce qui bien entendu ne fera que compliquer la besogne. Cependant, les expériences faites lors de la cinquième revision de l'AVS per-

mettent d'espérer que les caisses parviendront cette fois encore, grâce aux installations modernes de la Centrale de compensation, à reviser toutes les rentes avec autant de précision que de rapidité.

L'introduction d'un nouveau régime de prestations complémentaires en faveur des bénéficiaires de rentes AVS et AI, qui constituera l'un des éléments de la sixième révision, mais qui ne pourra, pour diverses raisons, être mis sur pieds que dans une seconde phase, inscrira sans doute de nouvelles tâches au programme de nombreuses caisses cantonales de compensation. Au préalable, il faudra soumettre un projet de loi aux cantons, qui auront à se prononcer à ce sujet; puis le Conseil fédéral et les chambres prendront leurs décisions. On ne peut donc prédire la date à laquelle ce nouveau régime entrera en vigueur, ni faire des pronostics sur la révision de l'AI également envisagée par le Conseil fédéral.



L'autorité de surveillance, comme les organes d'exécution, doivent donc s'attendre à recevoir, l'année prochaine, une pleine ration de nouvelle besogne. A tous ceux qui travaillent pour l'AVS, l'AI et le régime des APG, à tous les collaborateurs qui joindront leurs efforts aux nôtres pour mener à bonne fin les tâches de 1964, nous disons: Courage et santé! et nous leur présentons, ainsi qu'à tous les lecteurs de la RCC, nos meilleurs vœux.

*Pour la rédaction de la RCC
et ses collaborateurs
de la subdivision AVS/AI/APG*

Albert Granacher

La statistique des rentes de l'AI et des allocations pour impotents en 1962

On trouvera dans les tableaux ci-après les principaux résultats de l'enquête qui a été effectuée sur les rentes et les allocations pour impotents versées en Suisse par l'AI en 1962.

Sont comprises dans la présente statistique toutes les personnes qui ont bénéficié une fois ou l'autre d'une prestation au cours de l'année considérée, de même que les sommes qui leur ont été versées à titre de rente ou d'allocation. On a donc affaire ici à une *statistique s'étendant sur l'ensemble de l'année*, dont les résultats ne sauraient être comparés à ceux de l'exercice 1961 qui, eux, provenaient d'une enquête faite à date fixe.

La récapitulation des données se trouve au tableau 1. Les tableaux 3, 4 et 5 fournissent respectivement la répartition par cantons des rentes ordinaires, des rentes extraordinaires et des allocations pour impotents. Quant aux données du tableau 2, afférentes aux rentes d'invalidité, elles sont groupées selon le degré et les causes de l'invalidité. Le degré de l'invalidité permet de savoir si la rente versée était entière ou réduite de moitié, cela cependant à *une restriction* près. Ainsi, parmi les couples, l'homme était invalide pour moins de deux tiers dans 778 cas. Or, dans 66 cas seulement, la rente d'invalidité fut réduite de moitié, alors que dans les 712 autres cas la rente entière fut allouée, du fait que l'épouse avait au moins 60 ans révolus ou était elle-même invalide pour les deux tiers au moins.

Rentes ordinaires et extraordinaires

Bénéficiaires et sommes versées selon le genre et la catégorie des rentes

Tableau 1

Genre des rentes	Bénéficiaires			Sommes versées, en francs		
	Rentes ordinaires	Rentes extraordinaires	Ensemble	Rentes ordinaires	Rentes extraordinaires	Ensemble
Rentes simples d'invalidité	51 372	10 319	61 691	57 266 726	9 456 547	66 723 273
Rentes d'invalidité pour couples . .	6 151	159	6 310	14 306 805	238 824	14 545 629
Rentes d'invalidité	57 523	10 478	68 001	71 573 531	9 695 371	81 268 902
Rentes complémentaires pour épouses	12 455	382	12 837	6 713 674	133 049	6 846 723
Rentes simples pour enfants	15 526	4 007	19 533	7 084 697	1 238 600	8 323 297
Rentes doubles pour enfants	930	90	1 020	645 971	49 745	695 716
Rentes complémentaires	28 911	4 479	33 390	14 444 342	1 421 394	15 865 736
Total général	86 434	14 957	101 391	86 017 873	11 116 765	97 134 638

Rentes ordinaires et extraordinaires

Bénéficiaires et sommes versées selon le degré et la cause de l'invalidité et selon le genre des rentes

Tableau 2

Degré d'invalidité, en pour cent Causes de l'invalidité	Bénéficiaires			Sommes versées, en francs		
	Rentes simples	Rentes pour couples ¹	Ensemble	Rentes simples	Rentes pour couples ¹	Ensemble
	Degrés d'invalidité					
Moins de 50	161 ²	14	175	103 851	26 942	130 793
De 50 à moins de 66 2/3	10 298	764	11 062	6 406 794	1 578 286	7 985 080
66 2/3 et plus . .	51 232	5 532	56 764	60 212 628	12 940 401	73 153 029
Total	61 691	6 310	68 001	66 723 273	14 545 629	81 268 902
	Causes de l'invalidité					
Infirmité congé- nitale	14 112	64	14 176	14 298 686	124 616	14 423 302
Maladie	44 303	5 748	50 051	48 981 818	13 376 039	62 357 857
Accident	3 276	498	3 774	3 442 769	1 044 974	4 487 743
Total	61 691	6 310	68 001	66 723 273	14 545 629	81 268 902
¹ Degré de l'invalidité de l'époux. ² Cas pénibles.						

Rentes ordinaires

Bénéficiaires et sommes versées par cantons

Tableau 3

Cantons	Bénéficiaires			Sommes versées, en francs		
	Rentes d'invalidité	Rentes complémentaires	Ensemble	Rentes d'invalidité	Rentes complémentaires	Ensemble
Zurich	7 667	2 899	10 566	10 135 497	1 612 901	11 748 398
Berne	10 855	5 100	15 955	12 861 800	2 332 351	15 194 151
Lucerne	2 641	1 337	3 978	3 077 788	675 013	3 752 801
Uri	496	274	770	598 381	127 214	725 595
Schwyz	988	649	1 637	1 103 534	284 686	1 388 220
Unterwald-le-H. .	294	199	493	297 058	81 072	378 130
Unterwald-le-B. .	205	177	382	230 998	82 619	313 617
Glaris	412	155	567	494 577	77 344	571 921
Zoug	341	221	562	376 793	106 004	482 797
Fribourg	2 106	1 117	3 223	2 404 974	507 466	2 912 440
Soleure	1 769	1 001	2 770	2 304 288	541 044	2 845 332
Bâle-Ville	2 443	891	3 334	3 605 232	528 996	4 134 228
Bâle-Campagne .	1 145	648	1 793	1 557 577	357 867	1 915 444
Schaffhouse . . .	673	265	938	882 509	154 063	1 036 572
Appenzell Rh.-E.	614	187	801	698 132	87 998	786 130
Appenzell Rh.-I.	334	193	527	330 043	72 035	402 078
Saint-Gall	3 442	1 634	5 076	3 955 900	809 202	4 765 102
Grisons	1 957	1 038	2 995	2 221 295	468 627	2 689 922
Argovie	2 977	1 350	4 327	3 685 747	705 435	4 391 182
Thurgovie	1 678	660	2 338	1 977 222	317 141	2 294 363
Tessin	3 106	1 844	4 950	4 086 429	1 007 739	5 094 168
Vaud	5 157	2 580	7 737	6 853 867	1 345 860	8 199 727
Valais	3 033	3 051	6 084	3 397 161	1 344 776	4 741 937
Neuchâtel	1 237	540	1 777	1 678 048	307 377	1 985 425
Genève	1 953	901	2 854	2 758 681	509 512	3 268 193
Suisse	57 523	28 911	86 434	71 573 531	14 444 342	86 017 873

Rentes extraordinaires

Bénéficiaires et sommes versées par cantons

Tableau 4

Cantons	Bénéficiaires			Sommes versées, en francs		
	Rentes d'invalidité	Rentes complé- mentaires	Ensemble	Rentes d'invalidité	Rentes complé- mentaires	Ensemble
Zurich	1 112	346	1 458	1 044 738	118 116	1 162 854
Berne	1 549	750	2 299	1 388 484	214 497	1 602 981
Lucerne	556	341	897	518 535	110 196	628 731
Uri	58	40	98	56 088	14 166	70 254
Schwyz	185	102	287	175 770	31 194	206 964
Unterwald-le-H. .	75	45	120	68 598	14 652	83 250
Unterwald-le-B. .	58	33	91	56 052	13 500	69 552
Glaris	45	29	74	41 400	10 476	51 876
Zoug	72	56	128	60 339	13 721	74 060
Fribourg	633	239	872	628 353	80 424	708 777
Soleure	325	164	489	309 717	54 090	363 807
Bâle-Ville	392	76	468	366 566	25 880	392 446
Bâle-Campagne .	223	99	322	200 034	29 874	229 908
Schaffhouse . . .	93	37	130	85 905	12 600	98 505
Appenzell Rh.-E.	98	26	124	96 570	8 208	104 778
Appenzell Rh.-I.	41	31	72	37 692	13 104	50 796
Saint-Gall	624	235	859	580 866	78 844	659 710
Grisons	399	232	631	366 972	70 938	437 910
Argovie	528	214	742	493 130	65 178	558 308
Thurgovie	289	97	386	272 934	32 130	305 064
Tessin	608	216	824	576 582	73 644	650 226
Vaud	994	322	1 316	902 106	106 560	1 008 666
Valais	817	571	1 388	680 598	163 114	843 712
Neuchâtel	254	67	321	243 891	23 184	267 075
Genève	450	111	561	443 451	43 104	486 555
Suisse	10 478	4 479	14 957	9 695 371	1 421 394	11 116 765

Allocations pour impotents selon les cantons et le sexe

Tableau 5

Cantons	Bénéficiaires			Allocations versées, en francs		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Zurich	310	313	623	227 310	231 120	458 430
Berne	279	344	623	178 440	234 240	412 680
Lucerne	81	96	177	59 610	60 312	119 922
Uri	27	29	56	19 200	21 600	40 800
Schwyz	46	74	120	31 830	50 760	82 590
Unterwald-le-H. .	12	29	41	9 360	23 220	32 580
Unterwald-le-B. .	17	26	43	10 290	18 570	28 860
Glaris	—	8	8	—	5 700	5 700
Zoug	9	19	28	6 480	12 810	19 290
Fribourg	122	136	258	84 660	95 790	180 450
Soleure	112	123	235	74 400	85 560	159 960
Bâle-Ville	65	104	169	51 390	80 850	132 240
Bâle-Campagne . .	62	71	133	38 640	48 990	87 630
Schaffhouse . . .	24	33	57	20 130	22 260	42 390
Appenzell Rh.-E.	34	28	62	25 470	21 660	47 130
Appenzell Rh.-I.	22	20	42	15 480	11 100	26 580
Saint-Gall	142	143	285	88 470	85 080	173 550
Grisons	103	131	234	72 420	96 630	169 050
Argovie	148	195	343	90 300	133 260	223 560
Thurgovie	48	78	126	33 240	53 850	87 090
Tessin	136	119	255	84 540	84 630	169 170
Vaud	145	156	301	105 090	110 160	215 250
Valais	80	109	189	57 120	85 890	143 010
Neuchâtel	23	33	56	19 230	26 340	45 570
Genève	111	130	241	79 890	94 110	174 000
Suisse	2 158	2 547	4 705	1 482 990	1 794 492	3 277 482

Problèmes d'application de l'AI

Infirmités congénitales:

Malformations de la denture et des mâchoires ¹

Les anomalies connues sous les noms de *macroglossie* (langue trop grosse), *micrognathie* (petitesse anormale de la mâchoire inférieure), *mordex apertus gravis* (forme grave de non-occlusion dentaire) et *prognathia inferior gravis* (saillie antérieure grave de la mâchoire inférieure), énumérées dans la liste de l'OIC aux chiffres 61, 62, 63 et 65, ne sont pas toujours congénitales. En médecine dentaire, ces termes désignent bien plus souvent des anomalies qui, dans les cas prononcés, peuvent se présenter d'une manière analogue à des infirmités congénitales, mais qui, en fait, se produisent longtemps après la naissance: elles résultent d'une maladie, d'une dysfonction ou de troubles de la croissance, et ne sont pas des infirmités congénitales.

Si une telle infirmité n'est constatée que lorsque le patient a atteint ou dépassé l'âge de deux ans, seul un spécialiste expérimenté pourra déterminer s'il s'agit d'une infirmité congénitale ou d'une anomalie dont les causes sont postérieures à la naissance. Pour que tous les cas soient traités d'une manière uniforme et objective, les commissions AI demanderont une expertise à la division d'orthopédie d'un institut dentaire universitaire (Bâle, Berne, Genève, Zurich). Les documents suivants sont nécessaires: rapport médical, modèles sur socle avec marques d'occlusion, radiographie à distance du profil du crâne et photographie de profil et de face. Dans un petit nombre de cas, seulement, un examen du patient par le médecin chargé de l'expertise est nécessaire.

Infirmités congénitales:

reconnaissance de cas d'espèce ¹

Par décision du 21 août 1963, le Département fédéral de l'intérieur, se fondant sur l'article 3, 2^e alinéa, OIC, a reconnu comme infirmité congénitale dans un cas d'espèce *l'embryopathie diabétique*. (L'embryopathie diabétique est due à un trouble du métabolisme du nouveau-né consécutif à la maladie diabétique de la mère pendant la grossesse.)

Les demandes de reconnaissance de cette affection comme infirmité congénitale doivent être adressées à l'OFAS, avec le dossier complet, pour tout nouveau cas à traiter.

¹ Extraits du « Bulletin de l'AI » n° 48.

Cumul de rente et d'indemnité journalière au début et à la fin de l'application de mesures de réadaptation ¹

Lorsqu'un bénéficiaire de rente se révèle, après coup, susceptible d'être réadapté, et que par conséquent le versement de la rente est suspendu dans une procédure en revision ordonnée par la commission AI, il est possible et admissible que, jusqu'à la fin du mois au cours duquel les mesures de réadaptation commencent à être appliquées, l'assuré touche simultanément la rente et l'indemnité journalière. D'une part, en effet, selon l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI, l'indemnité journalière est accordée dès le premier jour de la réadaptation déjà; d'autre part, conformément à l'article 30, 2^e alinéa, LAI, la rente est allouée pour tout le mois au cours duquel le droit s'éteint. Si, par exemple, les mesures de réadaptation ont débuté le 3 avril, l'assuré auquel une rente était accordée jusqu'ici touche encore toute sa rente pour le mois d'avril, bien qu'il ait aussi droit, depuis le 3 avril, à l'indemnité journalière de l'AI.

Une situation analogue peut également se produire lorsque les mesures de réadaptation prennent fin, étant donné que selon 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. Si la réadaptation n'a pas été couronnée de succès ou ne l'a été qu'en partie, la rente doit, le cas échéant, être intégralement versée pour tout le mois au cours duquel les mesures de réadaptation ont pris fin ou ont dû être arrêtées prématurément. Lorsque, par exemple, après l'application de mesures de réadaptation qui ont pris fin le 12 août, l'assuré présente encore une incapacité de gain de 50 pour cent, la demi-rente AI pour le mois d'août doit lui être versée intégralement, bien qu'il ait encore touché l'indemnité journalière jusqu'au 12 de ce mois.

Pour éviter, dans la mesure du possible, de tels cumuls de rentes AI et d'indemnités journalières lors de l'application de mesures de réadaptation, il convient — pour autant que cela puisse se justifier du point de vue de la réadaptation — de fixer le terme des mesures de réadaptation à la fin d'un mois; une éventuelle rente serait ensuite versée dès le premier jour du mois suivant.

Nouveau calcul de l'indemnité journalière revenant à des assurés de condition indépendante qui se soumettent à des mesures de réadaptation ¹

Dans les cas où des assurés de condition indépendante se soumettent à des mesures de réadaptation, il arrive fréquemment qu'une nouvelle décision de cotisations soit rendue après que la décision concernant la réadaptation a été notifiée, mais avant que les mesures y relatives aient débuté ou avant que l'indemnité journalière pour délai d'attente ait été fixée. Lorsque, en vertu des articles 24,

¹ Extrait du « Bulletin de l'AI » n° 48.

1^{er} alinéa, LAI, et 21, 1^{er} alinéa, RAI, l'indemnité journalière doit être calculée d'après le revenu obtenu immédiatement avant le début de la réadaptation, la question se pose de savoir si, avant de fixer le montant de l'indemnité journalière, la caisse de compensation doit d'office examiner l'existence d'une éventuelle décision de cotisations qui aurait été rendue entre-temps.

L'article 21, 1^{er} alinéa, RAI dispose que les articles 1 à 12 RAPG sont applicables, par analogie, au calcul de l'indemnité journalière, sous réserve de l'article 24, 2^e alinéa, LAI. Or, l'article 5 RAPG prévoit que dans les cas où, après l'entrée au service, une nouvelle décision de cotisations est rendue pour l'année au cours de laquelle le service militaire a été accompli, le militaire peut exiger, dans les trois mois à compter du moment où la nouvelle décision est entrée en force, que son allocation soit calculée à nouveau. Appliquée par analogie aux indemnités journalières de l'AI, cette réglementation signifie que les caisses de compensation doivent examiner d'office, avant le début des mesures de réadaptation ou avant de fixer l'indemnité journalière pour le délai d'attente, si, depuis que la décision concernant la réadaptation a été notifiée, une nouvelle décision de cotisations a été rendue.

En revanche, ce n'est que sur demande de l'assuré qu'une nouvelle décision de cotisations prise après le début des mesures de réadaptation donnera lieu à un nouveau calcul de l'indemnité journalière.

Infirmités congénitales :

Amblyopie, anomalie de la réfraction, strabismus concomitans ²

Les directives concernant le traitement du strabisme concomitant et sa délimitation en tant qu'infirmité congénitale ont été légèrement modifiées d'entente avec le comité de la Société suisse d'ophtalmologie et la Fédération des médecins suisses. Le communiqué publié à ce sujet dans la RCC 1961, page 455, est donc annulé et remplacé par la réglementation suivante.

1. Article 2, chiffre 139, OIC, amblyopia congenita (faiblesse grave de la vue)

L'amblyopie congénitale n'est reconnue infirmité congénitale au sens de l'AI et conformément à l'article 2, chiffre 139, OIC que lorsque l'acuité visuelle est de 0,2 ou moins malgré la correction de l'anomalie de la réfraction. Dans ce cas, les frais du traitement, des leçons de pléoptique et d'orthoptique et d'un verre mat destiné à masquer le bon œil sont à la charge de l'AI.

En revanche, l'AI n'assume pas les frais de lunettes ou de verres de lunettes s'il n'y a pas en même temps une anomalie très prononcée de la réfraction

² Extrait du « Bulletin de l'AI » n° 49, version corrigée.

(voir chiffre 2 ci-dessous et arrêt du TFA, du 5 juillet 1963, en la cause B. et M. W., RCC 1963, p. 504).

2. Article 2, chiffre 158, OIC, anomalies congénitales très prononcées de la réfraction (troubles de la vision dus à une forme très anormale du globe oculaire).

Sont réputées anomalies de la réfraction très prononcées:

- a. la *myopie*, si elle atteint 6 dioptries et plus jusqu'à l'âge de 7 ans révolus, si elle présente une forte tendance à l'aggravation et, en particulier, si l'on décelé des altérations myopiques typiques du fond de l'œil;
- b. l'*hypermétropie*, si elle atteint 6 dioptries et plus;
- c. l'*astigmatisme*, s'il atteint 3 dioptries et plus et qu'il a été décelé jusqu'à l'âge de 7 ans révolus;
- d. l'*astigmatisme composé*, s'il augmente l'amétropie de base dans un axe jusqu'à 6 dioptries et qu'il a été décelé jusqu'à l'âge de 7 ans révolus.

Si l'une de ces conditions est remplie, et alors seulement, l'AI peut prendre en charge, en cas d'anomalies de la réfraction, le traitement médical et la remise de lunettes.

3. Article 2, chiffre 161 *, OIC, *strabismus concomitans* (strabisme non paralytique)

- a. Tout strabisme n'est pas une infirmité congénitale au sens de l'article 2, chiffre 161 *, OIC. Sont exclus d'avance les cas de strabisme concomitant avec fixation centrale bilatérale manifestement acquis
- b. En cas de *strabisme congénital unilatéral* (*strabismus concomitans unilateralis congenitalis*) accompagné de l'amblyopie figurant à l'article 2, chiffre 139, OIC, l'AI prend à sa charge le traitement nécessaire, sans restrictions.
- c. Dans les cas de *strabisme alternant* (*strabismus concomitans alternans*), l'AI ne peut accorder de mesures médicales conformément à l'article premier, 2^e alinéa, OIC que si le strabisme altère l'*expression* du visage, l'infirmité pouvant manifestement influencer la capacité de gain de l'assuré. Il en est en général ainsi lorsque l'*angle de strabisme* atteint ou excède 30 degrés.
- d. Les mesures médicales à accorder peuvent comprendre:
 - les examens et contrôles médicaux nécessaires;
 - les exercices orthoptiques et pléoptiques (ambulatoires ou hospitaliers);
 - les opérations nécessaires, le cas échéant avec hospitalisation.
- e. Les lunettes ne sont prises en charge par l'AI en cas de strabisme que s'il y a, en même temps, une anomalie très prononcée de la réfraction (cf. le chiffre 2 ci-dessus et l'arrêt du TFA déjà cité). En revanche, l'AI peut assumer les frais d'une monture de lunettes avec un verre mat si le traitement de l'amblyopie conformément à l'article 2, chiffre 139, OIC ou de la correspondance anormale exige l'utilisation d'une telle monture.

BIBLIOGRAPHIE

C. Augsbourger et J. Troger: **Intégration professionnelle et sociale des débilés mentaux**. 103 pages, polycopiées. Travail de diplôme de l'Ecole d'études sociales de Genève, 1963.

PETITES INFORMATIONS

Interventions parlementaires traitées

Question écrite
Glarner,
du 2 octobre 1963

En date du 1^{er} novembre, le Conseil fédéral a répondu de la manière suivante à la question écrite Glarner (RCC 1963, p. 453):

« Le Conseil fédéral a décidé, le 4 octobre, de distribuer à tous les membres de l'Assemblée fédérale, ainsi qu'à la presse, le texte de l'avis des trois économistes sur la revision de l'AVS. Ce qui a été fait. »

Allocations familiales dans le canton de Genève

Le 1^{er} novembre 1963, le Conseil d'Etat a édicté un règlement modifiant le règlement d'exécution du 25 novembre 1955 de la loi sur les allocations familiales aux agriculteurs indépendants. Par cette revision, les notions d'apprentissage et d'études, déterminantes pour l'octroi de l'allocation de formation professionnelle, ont été adaptées à celles du nouveau règlement d'exécution, du 11 juin 1963, de la loi sur les allocations familiales en faveur des salariés. Les nouvelles dispositions sont entrées en vigueur avec effet rétroactif au 16 juin 1963.

Nouvelles personnelles

M. *Nicola Gaudenz*, docteur en droit, chef de l'administration fiscale du canton des Grisons, est décédé subitement, après une brève maladie, le 7 octobre 1963. Le défunt était membre depuis 1947 de la Commission mixte de liaison entre les organes de l'AVS et les autorités fiscales.

**Nouvelles
personnelles**

M^e *Alfred Vouilloz*, avocat et notaire à Martigny-Bourg, est décédé subitement le 4 décembre. Il présidait la commission AI du Valais depuis l'introduction de l'AI en 1960.

**Répertoire d'adresses
AVS/AI/APG**

Page 11, Caisse de compensation 39, Grands magasins.
Nouvelle adresse dès le 8 janvier 1964:
Zurich 2, Bleicherweg 33.
La case postale ne change pas.

Page 28, Kantonale Rekursbehörde Schwyz.
Nouvelle adresse: Regierungsgebäude, Schwyz.

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

	<i>Nouvelles publications:</i>	Prix
318.104 d	Wegleitung über die Renten	5.50 *
318.104 f	Directives concernant les rentes	5.50 *
318.105 d	Wegleitung über die Stellung der Ausländer und Staatenlosen in der AHV und IV	<i>demande</i>
318.105 f	Directives sur le statut des étrangers et des apatrides dans l'AVS et l'AI	<i>à la CFIM</i>
318.300 d	Textausgabe AHVG/AHVV (Stand 1. Juli 63)	3.70 * C
318.520.01 d	Geburtsgebühren (Separatdruck aus ZAK 1963, Nr. 8)	— .80 *
318.520.01 f	Les infirmités congénitales (Tirage à part de la RCC 1963, n° 8)	— .80 *
318.808 dfis	Merkblatt für ausländische landwirtschaftliche Arbeitnehmer mit Kindern im Ausland Instructions aux travailleurs agricoles étrangers dont les enfants vivent hors de Suisse (en 4 langues: allemand, français, italien, espagnol)	4.—

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 19 avril 1963, en la cause W. S.

Article 23, lettre b, RAVS. Cette disposition est applicable aussi, exceptionnellement, à un associé en nom collectif qui, gérant de la société, abandonne cette activité et subit de ce fait une perte importante de revenu, mais reste associé en nom collectif. (Considéranrs 2 et 3.)

Articolo 23, lettera b, OAVS. Questa disposizione è, a titolo eccezionale, parimente applicabile ad un socio in nome collettivo, il quale, abbandonando l'attività di gerente della società, pur restando associato in nome collettivo, subisce in tal modo un importante perdita di reddito. (Considerandi 2 e 3.)

La caisse de compensation a réclamé à l'assuré ses cotisations pour 1960, calculées sur la base de son revenu de 1957 et 1958. L'assuré recourut, déclarant que les bases de son revenu avaient subi une modification profonde depuis le 1^{er} octobre 1959, et que par conséquent ses cotisations devaient être calculées en vertu de l'article 23, lettre b, RAVS. La commission de recours rejeta ce recours. L'assuré porta la cause devant le TFA, qui admit l'appel pour les motifs suivants:

1. Selon la règle énoncée aux articles 22 et 24 RAVS, les cotisations des personnes qui exercent une activité indépendante sont calculées sur la base du revenu de l'activité déterminé par la plus récente taxation, passée en force, de l'IDN. Selon l'article 23, lettre b, le revenu de l'activité doit néanmoins être déterminé par la caisse de compensation elle-même si les bases du revenu de l'assuré ont subi une modification profonde par suite d'un début d'activité indépendante, d'un changement de profession ou d'établissement professionnel, de la disparition ou de l'apparition durable d'une source importante de revenu ou d'une répartition nouvelle du revenu de l'exploitation. Comme le TFA l'a déclaré à plusieurs reprises, l'article 23, lettre b, RAVS constitue une disposition d'exception qui ne doit pas être interprétée trop largement. La diminution du revenu ne suffit pas, en soi, à justifier son application; il faut, bien plutôt, que les bases du revenu aient subi une modification profonde ayant entraîné une diminution du revenu d'au moins 25 pour cent (voir notamment l'arrêt du 13 décembre 1951 en la cause H. P., ATFA 1951, p. 254 = RCC 1952, p. 48).

2. La juridiction de première instance nie que l'article 23, lettre b, RAVS soit applicable en l'espèce, alléguant notamment que l'assuré est resté associé en nom collectif; en réduisant l'intensité de son activité dans la société, l'assuré a seulement souffert une diminution de son revenu, la source du gain (société en nom collectif) étant restée la même. En règle générale, il est vrai, les associés en nom collectif doivent,

comme l'expose l'autorité de première instance, payer des cotisations tout comme les titulaires d'une raison individuelle; l'AVS ne fait pas de distinction entre un travailleur indépendant qui obtient son revenu dans sa propre exploitation et celui qui l'obtient comme associé en nom collectif. Ainsi, dans l'un et dans l'autre cas, s'il n'y a que simple diminution du revenu — due par exemple à une réduction de la collaboration ou à l'engagement d'un remplaçant — la source de revenu (de l'exploitation) étant maintenue, les périodes ordinaires de cotisations prévues à l'article 24 RAVS continuent à courir et il n'y a pas lieu d'appliquer la disposition exceptionnelle de l'article 23, lettre b, RAVS. Cette règle doit être observée d'autant plus qu'il existe des cas où l'associé en nom collectif peut être assimilé pratiquement au titulaire d'une raison individuelle, car l'administration n'a pas à examiner les rapports internes des associés.

Ceci ne signifie pas, toutefois, que dans des circonstances spéciales on ne puisse faire une exception. Il y a des cas où une application stricte de la règle contredirait le système des cotisations. Une telle exception a pu être faite dans le cas d'un agriculteur amputé des deux jambes, exploitant un domaine de moyenne grandeur (arrêté du TFA en la cause A. B., ATFA 1961, p. 280 = RCC 1962, p. 386). Le tribunal a admis, dans ce cas, que l'assuré gagnait essentiellement en dirigeant son exploitation et par l'activité physique qu'il déployait lui-même en effectuant une partie des travaux; la cessation, probablement définitive, de cette activité physique était un facteur si important que les conditions posées par l'article 23, lettre b, RAVS étaient remplies.

3. On pourrait avancer les mêmes arguments dans le cas présent. A ceci s'ajoute le fait que l'assuré — ainsi qu'il l'expose, avec vraisemblance, dans son mémoire d'appel — n'était tout d'abord que gérant, lié par un contrat de travail, avant de devenir associé; il touchait, en sa qualité de gérant, un salaire de 51 000 francs, alors que sa participation et sa qualité de membre du conseil d'administration ne lui rapportent plus que 20 500 francs. Ceci montre que la structure donnée à son affaire par l'appelant — voir aussi le mémoire d'appel — rappelle celle d'une société de capitaux. En tout cas, il est établi que l'assuré n'a pas tiré un revenu global de la société, mais que ce revenu s'est toujours composé de deux éléments, savoir: la part du bénéficiaire et l'honoraire de gestion, honoraire qui doit être considéré, selon l'article 558, 3^e alinéa, CO, comme une dette de la société. Le rapport juridique particulier établi entre la société et son gérant a pour effet — même si le gérant est associé — de créer une nette distinction entre l'activité du gérant et le sociétariat comme tel (cf. commentaire Hartmann, N. 7 et 16 a ad art. 557 et N. 15 et suiv. ad art. 558 CO).

Dans de telles circonstances, on ne peut pas, pour les cotisations AVS, traiter la société comme on le ferait d'une raison individuelle, car on ne pourrait alors comparer que la raison individuelle et la participation à la société. En tant que source de revenu, la continuation de la société n'a pas nécessairement la même portée que le maintien d'une raison individuelle; l'élément décisif, c'est bien plutôt le changement qui s'est ici opéré dans la source du revenu. Ce changement réside dans le fait que l'assuré a définitivement abandonné son activité de gérant, ce qui a entraîné pour lui une perte sensible de gain; en outre, cette perte est survenue immédiatement avant la fin de l'obligation de cotiser, si bien qu'une compensation n'est plus possible. Enfin, on peut signaler encore que le RAVS (art. 17, lettre c, et 20, 3^e al.) ne parle que de « la part qui revient aux membres de sociétés en nom collectif »; on peut donc se demander si les honoraires de gestion ne devraient pas être l'objet d'un jugement distinct.

4. Il incombe à la caisse de compensation de déterminer le revenu du travail selon l'article 23, lettre b, RAVS, et de fixer les cotisations dues. Le dossier lui est donc renvoyé à cette fin.

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 18 juillet 1963, en la cause U. W.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Une greffe de la cornée (kératoplastie) en cas de modification cicatricielle de celle-ci par suite d'inflammation ne constitue pas un traitement proprement dit de l'affection. Cette opération sert principalement à la réadaptation professionnelle si elle est en mesure d'améliorer l'acuité visuelle d'une ouvrière de fabrique, âgée de 38 ans, de telle sorte que cette dernière puisse de nouveau remplir entièrement son emploi. (Considérant 2.)

Article 78, 2^e alinéa, RAI. L'ordonnance du médecin prescrivant l'application de mesures médicales sans prononcé de la commission AI peut être réputée « motif valable ». (Considérant 3.)

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Un trapianto corneale (cheratoplastica), in caso di modificazione cicatriziale della cornea a causa d'inflammatione, non è considerato cura vera e propria del male. Quest'operazione serve principalmente all'integrazione professionale, se è atta a migliorare l'acuità visiva di un'operaia di fabbrica 38enne, mettendola in grado di riprendere interamente il suo lavoro. (Considerando 2.)

Articolo 78, capoverso 2, OAI. La prescrizione del medico che ordina l'esecuzione di un provvedimento sanitario prima d'essere prescritto dalla Commissione AI può essere considerata « motivo importante ». (Considerando 3.)

L'assurée, née en 1925, est ouvrière de fabrique. En janvier 1961, elle a présenté une demande de prestations à l'AI, revendiquant des mesures médicales pour une affection des yeux. Elle indiqua qu'elle devait se soumettre à une opération consistant en une greffe de la cornée afin de prévenir une perte de la vue. Un oculiste communiqua le diagnostic suivant à la commission AI: état après kérate (inflammation de la cornée); leucome (cicatrice blanche de la cornée) aux deux yeux. Il l'informa en outre qu'on avait procédé à une kératoplastie (greffe de la cornée) à l'œil gauche de l'assurée pendant un séjour qu'elle fit à l'hôpital (du 10 avril au 31 mai 1961). L'assurée avait été en effet fortement gênée dans l'exercice de son activité par la diminution de l'acuité visuelle des deux yeux. La caisse de compensation notifia à l'assurée que la commission AI avait refusé d'allouer des prestations, vu qu'on n'était pas en présence d'une invalidité donnant droit à une rente et qu'il fallait considérer la mesure médicale en question comme traitement de l'affection comme telle.

L'assurée recourut contre cette décision et demanda que l'AI assume tous les frais médicaux et thérapeutiques de l'opération, les frais de transport et ceux d'une nouvelle paire de lunettes, et qu'elle lui alloue en plus une indemnité journalière appropriée. Pour motiver ce recours, elle fit valoir notamment que l'affection des yeux provenait d'une infirmité congénitale. Le président de la commission cantonale de recours rejeta le recours.

L'assurée a porté le jugement de l'autorité de recours devant le TFA en renouvelant les demandes formulées dans son recours. Elle affirme qu'il s'agit en l'espèce d'une infirmité congénitale et demande un nouvel examen de cette question; elle ajoute que l'opération était urgente et doit être considérée comme une mesure de réadaptation. Dans son préavis, l'OFAS propose l'admission de l'appel et décrit comme suit l'affection de l'assurée, ainsi que la nature et la fonction de la kératoplastie:

« Il ressort incontestablement du dossier qu'il ne s'agit pas en l'espèce d'une infirmité congénitale au sens de l'article 2 OIC, mais de l'état final d'une inflammation de la cornée des deux yeux à l'âge de onze ans, laquelle s'est guérie en laissant comme séquelles une grave atteinte à l'acuité visuelle. Le processus s'explique de cette façon: En raison de l'inflammation, des cellules et des vaisseaux sanguins s'infiltrèrent dans la cornée claire et transparente et laissèrent après la guérison une cicatrice blanche de tissu conjonctif. Suivant l'étendue, la localisation et l'épaisseur de la cicatrice, l'acuité visuelle est et reste plus ou moins diminuée; ce phénomène peut atteindre un degré tel que seule la distinction entre clair et foncé est encore possible.

Au cours des vingt dernières années, la greffe de la cornée a fait de tels progrès que l'acuité visuelle des patients peut être améliorée aujourd'hui très sensiblement et avec de bonnes chances de succès. Un fragment circulaire est prélevé de la cornée cicatrisée et opaque et remplacé par un fragment correspondant de cornée saine (d'une personne qui vient de décéder). Il en résulte pour ainsi dire une nouvelle fenêtre. On ne peut pas parler davantage d'un traitement proprement dit de l'affection, au sens pathologique et biologique du terme, que lors de l'opération de la cataracte, bien que l'on ait observé que d'autres phénomènes inflammatoires de la cornée peuvent encore être favorablement influencés par le greffon. Le but principal de cette opération, c'est de remplacer par une cornée transparente et saine la cornée altérée par la cicatrice. »

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

1. Selon l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit aux mesures médicales qui sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle, mais n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable.

L'expérience nous apprend qu'un acte médical peut présenter en même temps les caractéristiques du traitement de l'affection comme telle et celles d'une mesure de réadaptation. Dès lors, s'il n'est pas établi d'emblée qu'une prescription ou une intervention médicale doit être considérée soit comme le traitement de l'affection comme telle, soit comme une mesure de réadaptation, il faut voir quelles en sont les caractéristiques. Il s'agit d'examiner si l'acte médical vise principalement la guérison ou le soulagement d'un état pathologique labile ou d'autres buts étrangers à la réadaptation, ou s'il est au contraire destiné en premier lieu à la réadaptation professionnelle dans la mesure requise par l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, la situation professionnelle de l'assuré étant déterminante (ATFA 1962, p. 308 et 312, RCC 1963, p. 120 et 126).

2. Ainsi que l'OFAS l'expose clairement dans son préavis, l'opération en question avait pour objet un état essentiellement stationnaire, une guérison avec séquelles. L'intervention ne peut dès lors pas être considérée comme un moyen de guérison ou de soulagement d'un état pathologique labile.

Il faut donc examiner si la mesure visait en premier lieu la réadaptation au sens de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI ou d'autres buts.

L'appelante est dans sa trente-huitième année et a encore une partie considérable de sa période d'activité devant elle. Selon les renseignements obtenus auprès du bureau communal des impôts et de l'employeur qui occupe l'assurée depuis 1950 comme lami-

neuse, elle apporte une contribution importante au revenu conjugal. Avant l'opération, elle ne pouvait plus exécuter que « certains travaux grossiers » et était « très gênée dans son activité professionnelle par la diminution de la vue des deux yeux ». Grâce à l'intervention, elle travaille de nouveau à plein rendement dans son poste habituel depuis le milieu d'août 1961. L'acuité de l'œil gauche, corrigée par des lunettes, s'est élevée à 0,4 alors qu'elle était auparavant de 0,1 sans pouvoir être corrigée.

Vu ces circonstances, il est justifié d'admettre que l'acte médical en question a servi principalement à la réadaptation de l'assurée au sens de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI.

Dès lors, il n'est pas nécessaire d'examiner plus en détail s'il s'agit d'une infirmité congénitale au sens de l'article 13 LAI; en effet, même si l'on devait répondre à cette question par l'affirmative, l'assurée n'aurait pas en l'espèce un droit plus étendu que celui dont elle bénéficie en vertu de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI.

3. L'autorité de première instance déclare qu'un droit éventuel fondé sur l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI serait éteint en vertu de l'article 78, 2^e alinéa, RAI, car l'opération, non urgente, a été exécutée avant que la commission AI se soit prononcée.

On peut s'abstenir d'examiner la question de la péremption du droit de l'assurée selon l'ancienne teneur de l'article 78, 2^e alinéa, RAI, encore en vigueur au moment où l'autorité de première instance a rendu son jugement. En effet, la nouvelle teneur, entrée en vigueur le 15 juin 1963, est également applicable aux demandes de prestations non encore liquidées à cette date. Conformément à cette teneur, l'AI prend à sa charge, outre les mesures de réadaptation qu'elle a prescrites avant leur exécution « les mesures qui, pour des motifs valables, ont dû être exécutées avant que la commission se soit prononcée, à condition toutefois que l'assuré ait déposé sa demande au plus tard six mois après le début de leur application. »

Certes, la nouvelle teneur est dans un certain sens un peu plus étendue que l'ancienne, qui n'admettait pas d'exception, sinon lorsque l'intérêt de l'assuré l'exigeait. Quant à savoir si l'on peut aller aussi loin que l'OFAS le pense (l'OFAS se réfère au supplément du 26 juin 1963 de sa « circulaire concernant le paiement des mesures de réadaptation dans l'AI »), en admettant que « l'ordonnance du médecin prescrivant l'application de mesures médicales constitue sans autre un motif valable », c'est une question qui reste encore à examiner. Il faut certes apprécier la valeur du motif par rapport à la personne de l'assuré, mais cette appréciation doit avoir un caractère *objectif*. De ce point de vue, l'ordonnance du médecin aux soins duquel l'assuré s'est confié et dont il dépend *peut* avoir une valeur décisive pour l'assuré, en particulier parce que celui-ci n'a pas les connaissances nécessaires pour juger lui-même à quel moment les mesures de réadaptation devraient être appliquées. Cependant, comme c'est à l'assuré qu'il incombe juridiquement de remplir les conditions légales envers l'AI, on peut se demander s'il n'a pas le devoir, en l'absence d'un prononcé de la commission AI, de demander des informations à son médecin sur la portée de sa prescription; il saurait alors si l'application de la mesure médicale envisagée peut être remise à plus tard, pour autant que d'autres motifs valables ne s'y opposent pas.

En l'espèce, cependant, l'opération avait déjà été recommandée par le médecin en avril 1959. Il est établi en outre que l'assurée était considérablement gênée par son infirmité dans l'exercice de sa profession et que cette infirmité risquait de s'aggraver, du moins au dire de l'assurée. De plus, les cliniques sont souvent si chargées qu'on peut être obligé, suivant les circonstances, de saisir la première occasion qui s'offre pour y faire entrer un malade. Enfin, on ne saurait oublier que, si l'opération a eu lieu avant le prononcé de la commission AI, la portée juridique de ce fait est atténuée par le temps considérable qui s'est écoulé jusqu'au moment du prononcé (l'assurée a présenté

sa demande environ trois mois avant l'opération; la décision de la caisse de compensation n'a été notifiée qu'environ seize mois après le dépôt de la demande); au surplus, ledit prononcé s'est traduit par un refus, si bien que l'assurée n'aurait de toute façon pas dû attendre le jugement de l'autorité de dernière instance pour se faire opérer (ATFA 1962, p. 316, RCC 1963, p. 122).

Vu cet état de fait, on peut admettre avec l'OFAS qu'il existait des motifs valables au sens de la nouvelle teneur de l'article 78, 2^e alinéa, RAI et que le droit de l'assurée n'est dès lors pas périmé.

4. L'appel est donc fondé. La cause est renvoyée à la commission AI pour qu'elle fixe les prestations dues (frais des mesures et indemnité journalière); la commission AI devra aussi décider si la paire de lunettes requise est un « complément important » de la mesure médicale au sens de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI.

5. ...

Arrêt du TFA, du 15 juillet 1963, en la cause F. S.

Article 13 LAI. Lorsqu'une mère qui collabore comme auxiliaire au traitement médical de son enfant atteint de grave paralysie cérébrale est empêchée pour des raisons valables de le soigner, l'AI assume les frais d'une hospitalisation temporaire de l'enfant si celle-ci peut lui éviter une aggravation de son état.

Articolo 13 LAI. Qualora una madre che collabora come persona ausiliare alla cura medica del suo bambino affetto da grave paralisi cerebrale è impedita di curarlo, per motivi importanti, l'AI assume le spese d'ospedalizzazione provvisoria del bambino, se con questa si può evitare un peggioramento del suo stato di salute.

Le développement de l'assurée, née en 1956, est fortement entravé en raison d'une paralysie cérébrale due à un traumatisme obstétrical. L'assurée souffre notamment d'une grave athétose (mouvements involontaires ondoyants, spécialement des doigts et des oreilles) et d'importants troubles de la parole. Après que la commission AI eut accordé à l'assurée, pour la période allant du 1^{er} janvier 1960 au 30 avril 1964, des contrôles et traitements médicaux, des leçons de gymnastique médicale chez une thérapeute domiciliée dans une autre localité (y compris le remboursement des frais de voyage), ainsi qu'une contribution à la formation scolaire spéciale, et lui eut remis une voiture d'invalidité en prêt, la mère de l'assurée demanda dans quelle mesure l'AI pourrait assumer, pour sa fille, les frais d'un séjour prescrit par le médecin dans une station balnéaire pour enfants. La commission AI décida d'assumer pendant ce séjour (c'est-à-dire deux à trois mois) les frais — selon le tarif en vigueur — de la gymnastique médicale appliquée dans la station; en revanche, elle refusa d'assumer les frais du séjour lui-même et les frais de voyage, vu qu'il s'agissait de vacances.

Le père de l'assurée recourut contre cette décision, mais son recours fut rejeté par l'autorité cantonale de recours, essentiellement pour les motifs suivants: Ainsi que cela ressort d'une pièce figurant au dossier, la doctoresse qui traite l'enfant a prescrit ce séjour pour décharger la mère de celle-ci; ce fait montre qu'il n'est pas question ici d'une mesure médicale nécessaire au traitement de l'infirmité congénitale, ce qui est d'ailleurs confirmé par d'autres documents; il s'agit uniquement de vacances qui ne peuvent pas être prises en charge par l'AI.

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

1. Conformément à 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.

La question litigieuse en l'espèce est de savoir si le séjour de l'appelante dans la station balnéaire pour enfants doit être considéré comme une mesure médicale nécessaire au traitement de l'infirmité congénitale.

2. Par lettre du 27 mai 1963 à la commission AI, la doctoresse qui traite l'enfant constate que celle-ci est « l'un des enfants les plus gravement handicapés » qu'elle connaisse; le traitement et les soins sont une lourde charge pour la mère. Il ressort en outre du rapport d'un autre médecin, du 17 août 1961, que la mère de l'assurée participe très bien à ce traitement et qu'elle est en particulier instruite dans la physiothérapie spéciale qui est appliquée deux fois par semaine. Elle collabore ainsi comme auxiliaire dans le cadre du programme thérapeutique. Lorsqu'elle en est empêchée par la maladie ou d'autres raisons valables, il faut la remplacer, par exemple en hospitalisant temporairement l'enfant.

La doctoresse, estimant qu'il fallait décharger la mère, prescrit un séjour limité dans un home d'enfants où l'assurée pourrait être sous le contrôle d'un spécialiste et recevoir un traitement de gymnastique médicale. Il importe, dit-elle, de continuer à appliquer les mesures thérapeutiques quand la mère ne peut pas le faire, afin que l'état de l'assurée ne s'aggrave pas, ce qui anéantirait tous les efforts accomplis jusqu'à présent.

Il apparaît dès lors que le but du séjour litigieux est d'appliquer à l'assurée des mesures de gymnastique médicale — qui seraient de toute façon assumées selon la décision attaquée de l'AI — et d'éviter une aggravation de son état, causé par une infirmité congénitale. Dans ces conditions, on peut admettre avec l'OFAS que l'hospitalisation est une mesure adéquate et médicalement nécessaire au sens de l'article 13 LAI.

3. Ce résultat n'est pas en contradiction avec les considérants émis par le TFA dans son arrêt du 8 mai 1962 en la cause R. R. (RCC 1962, p. 395). Dans cet arrêt-là, le séjour dans un home d'enfants n'a pas été considéré comme une mesure médicale nécessaire, parce que seules les conditions défavorables régnant dans la famille de l'assurée déterminaient son envoi dans ce home — les parents n'étaient pas à la hauteur des exigences accrues posées par l'éducation de leur enfant — et parce que le séjour ne pouvait pas être considéré médicalement comme le traitement spécifique de l'infirmité congénitale en question. Dans le cas présent, en revanche, l'état de fait est sensiblement différent. Ce n'est pas un manque de soins des parents qui oblige à placer l'enfant, mais au contraire le fait que l'assurée reçoit à la maison — outre les soins usuels — des soins particuliers qui atténuent les suites de l'infirmité congénitale, mais ne peuvent pas être donnés sans interruption, vu que cela représenterait pour la mère une tâche trop lourde. En outre, le lieu de séjour envisagé n'est pas un home d'enfants habituel, mais une station balnéaire pour enfants sous contrôle médical, avec laquelle l'OFAS a conclu une convention tarifaire pour la gymnastique médicale et la formation scolaire spéciale et où les médecins comptent que l'état de l'assurée pourra être préservé d'une aggravation notable.

4. L'appel est dès lors admis. Le TFA ne s'exprime cependant pas sur la durée et la nature des droits, fondés sur l'article 13 LAI, de cet enfant gravement handicapé. Il appartiendra à la commission AI de se prononcer sur l'étendue des prestations auxquelles l'assurée a droit actuellement.

Arrêt du TFA, du 18 septembre 1963, en la cause D. B.

Articles 13 LAI et 2, chiffre 161 *, OIC. Il faut admettre que le strabisme concomitant qui apparaît dans la première enfance est une infirmité congénitale au sens de l'AI, pour autant que cette présomption n'est pas réfutée par des motifs suffisants.

*Articoli 13 LAI e 2, cifra 161 *, OIC. Bisogna riconoscere che lo strabismo concomitante che si manifesta nella prima infanzia è un'infirmità congenita ai sensi della LAI, in quanto questa presunzione non viene infirmata da sufficienti motivi.*

L'assurée, née en 1954, souffre d'un fort strabisme (strabisme concomitant convergent à forte composante accommodative) par suite de la faiblesse des muscles oculomoteurs externes. Cette anomalie et une « amblyopie menaçante » se sont manifestées au cours de sa deuxième ou troisième année. Le traitement pléoptique et orthoptique, l'occlusion d'un œil et l'opération du strabisme en 1961 permirent d'améliorer sensiblement l'état de l'assurée. En mars 1962, un oculiste envisagea de continuer les exercices orthoptiques et pléoptiques et de procéder à des contrôles périodiques. Il recommanda à l'AI d'assumer les frais du traitement en vertu du chiffre 151 de la liste des infirmités congénitales établie par le Conseil fédéral (« Musculi oculi externi: paralysie isolée ou totale »); toutefois, il considéra que l'existence d'une telle infirmité congénitale n'était pas tout à fait certaine. La commission AI refusa d'assumer les frais des mesures médicales (y compris l'orthoptique), « vu que l'existence d'une infirmité congénitale n'était pas prouvée ». La commission cantonale de recours rejeta le recours formé contre cette décision.

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

1. En principe, l'AI doit assumer, chez les assurés mineurs, le traitement des infirmités congénitales qui figurent dans la liste établie par le Conseil fédéral (sous réserve des conditions exprimées par l'astérisque). Il est indifférent que les causes de l'infirmité figurent ou non dans la liste en tant qu'affections congénitales. En l'espèce, la faiblesse du muscle oculomoteur, cause du strabisme concomitant, ne constitue pas, selon l'autorité de première instance, une infirmité congénitale conformément au chiffre 151 de la liste; mais ceci ne s'oppose donc pas à la reconnaissance du strabisme concomitant comme infirmité congénitale (chiffre 161 *).

2. En ce qui concerne le strabisme concomitant lui-même, le professeur Verrey a dit, dans son expertise en la cause B. et M. W. (arrêt du 5 juillet 1963, RCC 1963, p. 504), que l'on n'a pas, actuellement, de critères applicables en pratique et permettant d'apprécier, d'une manière générale, si cette infirmité existait comme telle ou comme simple prédisposition à la naissance accomplie de l'enfant. (Le professeur Verrey est d'avis que le strabisme concomitant n'existe pas et ne peut pas exister à la naissance accomplie de l'enfant, car la vue binoculaire n'est pas encore développée à ce moment-là). La Société suisse d'ophtalmologie, dont le professeur Verrey est président, a toutefois émis les recommandations suivantes au sujet du strabisme concomitant:

1. Tout strabisme n'est pas nécessairement une infirmité congénitale au sens de l'AI. Sont exclus d'avance les cas de strabisme concomitant avec fixation centrale bilatérale manifestement acquis.

2. En cas de strabisme « congénital » unilatéral (strabismus concomitans unilateralis congenitalis) accompagné d'amblyopie, l'AI doit, en principe, prendre à sa charge le traitement nécessaire.
3. Dans les cas de strabisme « congénital » alternant (strabismus concomitans alternans), l'AI ne peut accorder de mesures médicales que si le strabisme altère l'expression du visage. Il en est en général ainsi lorsque l'angle de strabisme atteint ou excède 30 degrés.

Dans la pratique administrative, on s'en tient à ces recommandations et, partant d'une présomption réfutable, on admet qu'il faut considérer comme congénital le strabisme concomitant découvert dans la première enfance.

Le TFA ne voit aucun motif d'intervenir dans la pratique administrative, tant en ce qui concerne la remise de lunettes dans les cas de strabisme concomitant et d'anomalies de la réfraction (cf. arrêt précité en la cause B. et M. W., RCC 1963, p. 504), que pour la reconnaissance du strabisme concomitant comme infirmité congénitale au sens du chiffre 161 * de la liste établie par le Conseil fédéral.

3. Dans les circonstances du cas présent, il n'existe pas de motifs suffisants pour réfuter la présomption selon laquelle le strabisme concomitant constitue une infirmité congénitale au sens du chiffre 161 * de la liste de l'OIC. Dès lors, l'assurée mineure a droit au traitement de cette infirmité conformément à la proposition de l'OFAS.

Cependant, l'étendue des mesures doit être encore examinée en l'espèce. Il s'agit surtout de savoir si la suite du traitement par occlusion, envisagée par l'oculiste en mars 1962 pour éliminer la « petite déviation de l'œil droit de deux degrés », est encore à la charge de l'AI, vu l'astérisque qui marque le chiffre 161 de l'article 2 OIC. La commission AI devra encore se prononcer sur l'étendue des mesures à accorder. L'assurée ne semble pas demander de lunettes (elle en possédait déjà avant sa demande de prestations). On peut toutefois relever que les lunettes qui corrigent une légère anomalie de la réfraction dans les cas de strabisme ne sont pas prises en charge par l'AI; en revanche, cette assurance doit assumer les frais d'une monture de lunettes et d'un dispositif destiné à masquer un œil si le traitement par occlusion est à sa charge (cf. arrêt précité en la cause B. et M. W.).

Arrêt du TFA, du 18 septembre 1963, en la cause H. B.

Article 13 LAI; article premier, 2^e alinéa, OIC. Les mineurs inaptes à recevoir une instruction n'ont pas droit à la prise en charge par l'AI du traitement des infirmités congénitales désignées par un astérisque (*) dans la liste de l'OIC.

Articoli 13 LAI e 1, capoverso 2, OIC. I minorenni inetti a ricevere un'istruzione non hanno diritto all'assunzione delle spese da parte dell'AI per la cura delle infermità congenite che nell'OIC sono contrassegnate con un asterisco ().*

L'assurée, née en 1951, souffre d'idiotie éréthique grave accompagnée de microcéphalie (petitesse anormale de la tête) et d'anencéphalie (absence des lobes du cerveau), ainsi que de pieds bots et de réflexes spastiques. Le médecin a constaté qu'elle était tout à

fait inapte à recevoir une instruction; elle ne peut ni s'asseoir, ni se lever, n'est pas propre et déchire les objets qui lui tombent entre les mains. Sa mère la soigne d'une manière exemplaire. Depuis le 1^{er} janvier 1960, l'AI lui verse une contribution de 3 francs par jour aux frais de soins spéciaux. A la demande des parents, l'AI fit examiner si une opération des pieds bots était indiquée. Le chef de la division orthopédique d'un hôpital cantonal déclara que, du point de vue médical, la dépense n'en valait pas la peine. « La malade n'a aucune des facultés psychiques qui permettraient d'obtenir un résultat quelconque par l'amélioration de ses pieds », a-t-il déclaré. Ce médecin recommanda toutefois de requérir l'avis d'un « orthopédiste plus compétent » si les parents devaient insister. La caisse de compensation informa le père de l'assurée que la commission AI, sur la base du rapport d'un spécialiste, avait refusé d'assumer l'opération des pieds bots.

Le père de l'assurée recourut contre la décision de la caisse. Un spécialiste, consulté pendant la procédure de recours, se prononça en faveur d'une correction de la position des pieds, notamment pour faciliter les soins à donner à l'assurée, qui pourrait ainsi être mise sur ses pieds. Il n'est pas certain, en revanche, a-t-il ajouté, que des exercices de marche aient du succès, car les membres supérieurs font des mouvements athétoïdes, mais pas de mouvements de préhension. Il est donc fort douteux que l'enfant puisse être amenée à se servir des cannes ou béquilles indispensables. De toute façon, l'assurée n'a pas les facultés mentales nécessaires pour être réadaptée. L'autorité cantonale de recours rejeta le recours, estimant que, pour les infirmités congénitales aussi, l'octroi de mesures médicales dépend de leur influence positive sur la réadaptation professionnelle; le seul fait de faciliter les soins ne saurait créer un droit à des mesures médicales.

Le TFA a rejeté, pour les motifs suivants, l'appel interjeté par le représentant légal de l'assurée contre le jugement de l'autorité de recours:

1. Dans la liste de l'OIC, établie par le Conseil fédéral en vertu de l'article 13 LAI, certaines infirmités sont désignées par un astérisque (*). L'article premier, 2^e alinéa, OIC 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. Ainsi que le relève pertinemment l'OFAS, le TFA ne s'est encore jamais prononcé expressément sur le droit que des mineurs, inaptes à recevoir une instruction, ont à l'octroi des mesures médicales prévues à l'article 13 LAI. Certes, le TFA s'est déjà fondé à plusieurs reprises simplement sur le fait que les organes chargés de l'application de la loi avaient reconnu, en principe, le droit d'un tel mineur au traitement d'une infirmité déterminée; mais le tribunal s'est borné à examiner l'importance juridique du rapport existant entre des infirmités reconnues et leurs suites, comme par exemple dans l'arrêt invoqué par le père de l'assurée (ATFA 1962, p. 213 = RCC 1963, p. 76). La question du droit desdits mineurs au traitement d'infirmités congénitales n'a pas été tranchée. En revanche, le TFA a déclaré, dans un arrêt non publié du 7 mai 1963, que de telles mesures ne peuvent pas être accordées aux mineurs inaptes à recevoir une instruction pour traiter les infirmités désignées par un astérisque (*); ce faisant, le tribunal s'est fondé sur la teneur même de l'article premier, 2^e alinéa, OIC qui exclut le traitement des infirmités désignées par un astérisque, lorsque *dans la cas particulier* ce traitement ne peut pas influencer l'infirmité de l'assuré.

3. Vu l'arrêt du 7 mai 1963, auquel il y a lieu de se tenir, le présent appel n'est pas fondé. Les pieds bots de l'assurée, qui doivent être opérés, constituent bien une des

infirmités congénitales mentionnées à l'article premier, 2^e alinéa, OIC (chiffre 43 *); mais comme l'assuré est manifestement inapte à recevoir une instruction, selon la teneur même de cet article, la prise en charge de l'opération n'entre pas en considération.

On peut se demander en outre si les mesures médicales relatives au traitement d'infirmités congénitales chez les mineurs incaptes ne sont pas exclues d'une manière générale en vertu de l'article 13 LAI. Même s'il n'y a pas lieu de trancher cette question ici, voici pourtant quelques arguments qui parlent en faveur d'une telle interprétation de cet article. Les mesures relatives au traitement des infirmités congénitales font partie des mesures de réadaptation qui sont régies par l'article 9 LAI. Selon le premier alinéa de cet article, les assurés ont droit aux mesures de réadaptation « qui sont nécessaires et de nature à améliorer leur capacité de gain, à la rétablir, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage ». Des prestations plus étendues sont certes accordées par l'article 20 LAI, qui figure également sous la rubrique « Réadaptation » et qui traite des contributions aux frais de pension des mineurs incaptes; mais on ne saurait dire d'emblée que l'article 13, tout comme l'article 20 LAI, donnent droit à des prestations qui n'ont pas le caractère de mesures de réadaptation. Le rapport de la commission fédérale d'experts pour l'introduction de l'AI déclare qu'en cas d'infirmités congénitales aussi, seules doivent être prises en charge par l'AI les mesures médicales nécessaires pour atteindre le but recherché et celles qui sont de nature à améliorer de façon substantielle et durable la capacité de gain (p. 61). Le message du Conseil fédéral relatif au projet de la LAI semble adopter en principe le même point de vue. Ainsi, à la page 42: « Par conséquent, les fonds de l'assurance employés pour supprimer une infirmité congénitale ne sont rien d'autre que la contre-valeur de prestations auxquelles l'assuré aurait droit plus tard sous une forme quelconque ». Un peu plus loin, il est vrai, après avoir promis que la liste prévue des infirmités congénitales comprendrait seulement les infirmités qui, par leur nature, peuvent avoir pour conséquence une diminution de la capacité de gain future, le message expose ce qui suit: « La liste aura l'avantage de libérer les organes d'exécution de l'obligation de rechercher dans chaque cas d'espèce si la future capacité de gain risque d'être diminuée ».

En fait, cela signifie simplement que, lorsqu'une infirmité congénitale figure dans l'OIC, il est présumé qu'elle diminuera la capacité de gain future de l'intéressé. Toutefois, bien que le renversement de cette présomption soit soumis à des conditions strictes, on ne saurait déduire des observations qui précèdent que nous nous trouvions en présence d'une présomption *juris et de jure* qui lierait les organes de l'assurance, même s'il était établi scientifiquement que l'enfant infirme n'exercera de toute façon jamais d'activité lucrative. Il ressort finalement de l'ensemble des travaux préparatoires que la modification du texte de l'article 13 LAI pendant les discussions parlementaires n'a fait que préciser les considérations du Conseil fédéral à la page 126 du message (il s'agit vraisemblablement des considérations relatives à l'article 13 aux pages 125 et 126 du message). Le Conseil fédéral remarque cependant à la page 125 du message que la différence entre la réglementation spéciale pour les infirmités congénitales et les prestations prévues à l'article 12 réside avant tout dans le fait « que le traitement de l'affection comme telle y est également compris » (cf. aussi les procès-verbaux de la commission du Conseil national, première session, p. 59; Bulletin sténographique du Conseil national, mars 1959, p. 109, et du Conseil des Etats, avril 1959, p. 138).

Arrêt du TFA, du 5 juillet 1963, en la cause B. et M. W.

Articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 14, 2^e alinéa, RAI. La remise de lunettes dans les cas de strabisme, d'amblyopie (affaiblissement de la vue) et d'anomalie légère ou moyenne de la réfraction ne représente pas un complément important de mesures médicales de réadaptation. (Considérant 2.)

Articles 21, 1^{er} alinéa, LAI et 2, chiffre 158, OIC. L'AI assume les frais des lunettes qui corrigent une anomalie congénitale très prononcée de la réfraction, même lorsqu'elles ne sont pas le complément important de mesures médicales de réadaptation. De même, un appareillage pour masquer un œil est à la charge de l'AI s'il est nécessaire à la réadaptation de l'assuré à la vie professionnelle. (Considérant 3.)

Articoli 21, capoverso 1, LAI e 14, capoverso 2, OAI. La consegna di occhiali nel caso di strabismo, ambliopia (debolezza della vista) e di anomalia lieve o media della rifrazione non è considerata complemento importante dei provvedimenti d'integrazione. (Considerando 2.)

Articoli 21, capoverso 1, LAI e 2, cifra 158, OIC. L'AI assume le spese degli occhiali che servono a correggere un'anomalia congenita assai pronunziata della rifrazione, anche se essi non costituiscono un complemento importante dei provvedimenti sanitari d'integrazione. Parimente, le spese di un dispositivo per coprire un occhio vanno a carico dell'AI, se esso è necessario all'integrazione dell'assicurato nell'attività produttiva. (Considerando 3.)

L'assurée B. W., née en 1950, est atteinte de strabisme convergent et d'amblyopie de l'œil gauche. L'acuité visuelle est, à cet œil, de 0,2 à 0,3 avec et sans correction de la légère anomalie de la réfraction. L'œil droit a une acuité visuelle de 0,9 avec et sans correction de la légère anomalie de la réfraction. L'assurée, opérée en 1955, a été en traitement à la clinique ophtalmologique d'un hôpital cantonal de 1955 à 1959 pour le strabisme. La première paire de lunettes a été prescrite en 1953.

L'assuré M. W., né en 1952, dont la première paire de lunettes a été prescrite en 1955, est atteint d'un strabisme convergent de l'œil droit de 10 degrés environ et d'hyperfonction du petit oblique droit. Cet œil présente en plus un léger nystagmus et une amblyopie moyenne de 0,5 qui peut être corrigée à 0,8-0,9 par un verre approprié. Il a été possible d'améliorer sensiblement la position des yeux et l'amblyopie par un traitement opératoire et orthoptique appliqué en 1959 dans une clinique ophtalmologique.

En octobre 1960, le père de ces deux enfants présenta une demande de prestations à l'AI en leur faveur. La commission AI décida d'assumer les frais des contrôles ophtalmologiques à partir du 1^{er} janvier 1960 et constata que d'autres mesures médicales et des moyens auxiliaires n'étaient pas nécessaires pour le moment. Le père recourut contre la décision, déclarant que ses deux enfants avaient besoin en permanence non seulement de contrôles ophtalmologiques, mais aussi de lunettes, et que l'AI devait aussi assumer les frais de ces dernières. La commission cantonale de recours admit le recours en mettant à la charge de l'AI les frais des lunettes dont les assurés avaient besoin.

L'OFAS porta ce jugement devant le TFA. Après l'échange des mémoires entre les parties, le TFA demanda au professeur Verrey, président du comité de la Société suisse d'ophtalmologie, une expertise qui fournit les données suivantes:

Il n'y a pas, pour le moment, de critères applicables en pratique et permettant d'apprécier, d'une manière générale, si l'anomalie de la réfraction, le strabisme concomitant et l'amblyopie existaient comme tels ou comme simple prédisposition à la naissance accomplie de l'enfant. La Société suisse d'ophtalmologie a dû, puisque ces critères manquaient, établir des normes valables pour la plupart des cas. Bien entendu, ces normes, que les spécialistes ont établies en leur âme et conscience, ne représentent qu'un compromis et devront être adaptées peu à peu aux progrès de la science.

Sont réputées anomalies de la réfraction très prononcées:

- a) la myopie, si elle atteint 6 dioptries et plus jusqu'à l'âge de 7 ans révolus, si elle présente une forte tendance à l'aggravation et, en particulier, si l'on décèle des altérations myopiques typiques du fond de l'œil;
- b) l'hypermétropie, si elle atteint 6 dioptries et plus;
- c) l'astigmatisme, s'il atteint 3 dioptries et plus, et aussi l'astigmatisme composé s'il augmente l'amétropie de base dans un axe jusqu'à 6 dioptries, pour autant que ces anomalies soient décelées jusqu'à l'âge de 7 ans révolus.

Le point de vue de l'OFAS, selon lequel l'anomalie de la réfraction est l'une des causes du strabisme, est universellement reconnu; il va de soi que cette anomalie doit être corrigée, et c'est la première mesure prise chez un enfant atteint de strabisme. Il suffit parfois, dans les cas légers de *strabismus accomodativus*, de corriger une anomalie de la réfraction qui n'est pas prononcée en soi pour éliminer le strabisme tant que des lunettes sont portées. La correction d'une anomalie éventuelle de la réfraction ne suffit pas dans les cas de strabisme combiné à de l'amblyopie et ceux de strabisme à grand angle. Cependant, on lutte toujours contre cette anomalie, car le rôle qu'elle joue dans les cas de strabisme ne peut être apprécié à l'avance et sa correction peut être utile. Les anomalies très légères de la réfraction ne jouent qu'un rôle très minime ou pas de rôle du tout dans les cas de strabisme, bien que certaines écoles les corrigent néanmoins par des verres appropriés.

A part les verres destinés à corriger les anomalies de la réfraction, il n'est pas rare qu'une monture de lunettes porte un verre mat ou un autre dispositif pour masquer un œil, en particulier lorsqu'il s'agit de prévenir ou de traiter l'amblyopie ou de supprimer une correspondance anormale des images de la rétine.

Dans la suite de son exposé, le professeur Verrey est d'avis (et cet avis est conforme à la pratique de l'OFAS) que les verres de lunettes ne doivent pas être considérés comme le complément important de mesures médicales dans les cas de strabisme concomitant et d'anomalies légères ou moyennes de la réfraction, et qu'ils ne doivent pas être pris en charge par l'AI; il en va autrement, en revanche, des anomalies très prononcées de la réfraction selon l'article 2, chiffre 158, OIC. La monture et l'appareillage nécessaires pour masquer un œil doivent aussi être payés par l'AI lors du traitement pléoptique et orthoptique et pour la prophylaxie de l'amblyopie. Le professeur Verrey relève que la plupart de ses collègues partagent ces opinions; une minorité cependant est d'un autre avis. Pour conclure, l'expert établit que les deux assurés B. et M. W. n'appartiennent pas à la catégorie de ceux qui ont obtenu, jusqu'à présent, des lunettes aux frais de l'AI.

Le TFA a admis par la suite l'appel de l'OFAS pour les motifs suivants:

1. Conformément à l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires qui sont nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle et qui figurent dans une liste dressée par le Conseil fédéral. L'article 14, 1^{er} alinéa, RAI, qui contient la liste des moyens auxiliaires, donne les lunettes en exemple dans le groupe « moyens

auxiliaires pour les organes sensoriels » (lettre d). Toutefois, les frais de lunettes ne sont pris en charge par l'AI que si ces moyens auxiliaires sont le complément important de mesures médicales de réadaptation (2^e phrase de l'art. 21, 1^{er} al., LAI).

2. Conformément à la pratique administrative qui se fonde sur les instructions de l'OFAS, les lunettes ne sont pas le complément important de mesures médicales lorsqu'elles sont remises dans les cas de strabisme et d'anomalie légère ou moyenne de la réfraction. On peut alléguer des arguments valables en faveur de cette pratique administrative, qui se fonde sur les propositions du comité de la Société suisse d'ophtalmologie et a été approuvée par la majorité des ophtalmologistes. Les lunettes servent, aussi dans les cas de strabisme, à la correction d'anomalies de la réfraction; de telles anomalies sont corrigées par des lunettes chez les personnes qui sont atteintes de strabisme et chez celles qui ne le sont pas. Pour les personnes atteintes de strabisme, cette correction est en règle générale une condition indispensable au traitement du strabisme, et non un complément de ce traitement. En outre, la correction de l'anomalie de la réfraction, par la remise d'une paire de lunettes, doit être poursuivie après le traitement du strabisme (et de l'amblyopie qui y est liée), parfois même pendant toute la vie. En revanche, selon le professeur Verrey, le traitement du strabisme et de l'amblyopie n'est plus efficace après l'âge de 12 ou 13 ans. Les anomalies très légères de la réfraction ne jouent qu'un rôle très minime ou pas de rôle du tout dans le strabisme; certaines écoles les corrigent cependant par des lunettes adéquates. Si, dans certains cas, le strabisme est éliminé par le port d'une paire de lunettes, cela signifie seulement qu'il peut se développer à partir d'une anomalie de la réfraction et qu'il disparaît dès que l'anomalie est corrigée par des verres appropriés.

Dans ces conditions, le TFA ne voit aucun motif d'intervenir dans la pratique administrative qui a été approuvée par la majorité des ophtalmologistes; d'autant moins qu'il est très difficile d'apprécier si et dans quelle mesure il faut reconnaître et traiter le strabisme en tant qu'infirmité congénitale (le professeur Verrey est d'avis que le strabisme concomitant n'existe pas à la naissance accomplie de l'enfant).

3. Il y a lieu d'approuver aussi la pratique administrative quand elle met à la charge de l'AI les frais de lunettes, dans tous les cas où celles-ci servent à corriger une anomalie congénitale très prononcée de la réfraction au sens de l'article 2, chiffre 158, OIC. Il n'est pas nécessaire de se demander si les lunettes sont, dans de tels cas, le complément important du traitement d'un strabisme reconnu comme infirmité congénitale (ou du traitement d'une amblyopie congénitale). En présence d'anomalies congénitales très prononcées de la réfraction, les lunettes constituent la seule mesure possible et nécessaire permettant d'atteindre un résultat notable reconnu par la loi. Ainsi qu'il a déjà été exposé dans l'arrêt du 29 juin 1963 en la cause R. G. (RCC 1963, p. 466), il se justifie, dans ces conditions, de remettre un moyen auxiliaire même s'il ne sert pas directement à la réadaptation (1^{re} phrase de l'art. 21, 1^{er} al., LAI) et qu'il n'est pas non plus le complément important de mesures médicales (2^e phrase du même alinéa).

Enfin, conformément à la proposition du professeur Verrey, l'AI doit remettre un dispositif pour masquer un œil, avec la monture qui le porte, dans tous les cas où cet appareil est nécessaire à la réadaptation de l'assuré à la vie professionnelle au sens de la première phrase de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI. Qu'un tel appareil complète également ou non des mesures médicales d'une façon importante, cela ne joue, juridiquement, aucun rôle. Il fait certes partie du groupe des « moyens auxiliaires pour les organes sensoriels » de l'article 14, 1^{er} alinéa, lettre d, RAI; mais ni sa conception, ni ses fonctions ne sont celles de lunettes. En effet, on entend par lunettes un moyen auxiliaire qui permet de voir, tandis qu'une monture avec un dispositif pour masquer un œil doit

empêcher provisoirement cet œil de voir. Le fait que l'assuré peut transformer cet appareil en une paire de lunettes proprement dites en y mettant des verres ne peut rien y changer.

4. Les deux assurés souffrent de strabisme, d'amblyopie et d'anomalies légères de la réfraction. La commission AI ayant assumé les frais des contrôles ophtalmologiques, le strabisme et l'amblyopie sont reconnus infirmités congénitales. Cependant, les lunettes dont les deux assurés ont besoin servent à corriger des anomalies légères de la réfraction et ne sont pas, vu ce qui précède, à la charge de l'AI. Il semble d'ailleurs que, chez B. W., le traitement proprement dit (opération et orthoptique) a déjà été terminé avant l'entrée en vigueur de l'AI; en outre, selon le professeur Verrey, l'acuité visuelle n'est pas influencée par la correction de l'anomalie de la réfraction. M. W. garde tous ses droits pour de nouveaux exercices concernant l'amblyopie et pour le cas où il aurait besoin d'une monture avec un appareil spécial pour masquer un œil.

RENTES ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Arrêt du TFA, du 20 juin 1963, en la cause A. K.

Articles 22, 1^{er} alinéa, LAI et 18, 1^{er} alinéa, RAI. L'assuré qui retarde lui-même, pendant une durée prolongée et sans motif valable, l'exécution des mesures de réadaptation ordonnées n'a pas droit à une indemnité journalière de l'AI pour le délai d'attente.

Articoli 22, capoverso 1, LAI e 18, capoverso 1, OAI. L'assicurato che per parecchio tempo e senza valido motivo, ritarda l'esecuzione dei provvedimenti d'integrazione ordinati, non ha diritto a un'indennità giornaliera dall'AI per il periodo d'attesa.

L'assuré, né en 1909, a exercé la profession de maçon contremaître jusqu'au moment où, en 1959, il s'est vu contraint d'abandonner son métier en raison d'une coxarthrose. Le 2 mai 1960, il a présenté une demande de prestations de l'AI. En décembre 1960, le médecin traitant écrivit à la commission AI qu'en raison de l'aggravation de l'affection, il avait proposé à l'assuré de se soumettre à une ostéotomie intertrochantérienne, mais que celui-ci ne s'était jamais prononcé au sujet de cette proposition et n'était plus venu en consultation. Un second médecin fut ensuite chargé de procéder à une expertise. Ce dernier déclara que l'opération de la coxarthrose constituait une nécessité absolue et qu'elle améliorerait la capacité de gain de l'intéressé. Le 16 mai 1961, la commission AI décida de prendre en charge les frais de l'opération proposée et du séjour à l'hôpital cantonal. Ce prononcé fut notifié à l'assuré par une décision de la caisse de compensation du 18 juillet 1961, qui précisait en outre que durant le séjour à l'hôpital et la convalescence, l'intéressé bénéficierait d'une indemnité journalière, pour autant que l'incapacité de gain atteigne 50 pour cent au moins.

Entre temps, cependant, l'assuré avait, en juillet 1961, commencé à exploiter une propre entreprise de nettoyage, après avoir travaillé pendant quelques mois comme brossier dans une école de recrues et effectué d'autres travaux de ce genre. A fin mars 1962, il écrivit à la commission AI que malgré ses démarches, il n'avait pas encore obtenu son admission à l'hôpital cantonal. Sur intervention de la commission AI et du médecin traitant, l'hôpital cantonal fixa l'opération au 2 avril 1962 et convoqua l'assuré. Celui-ci informa toutefois l'hôpital que cette date ne lui convenait pas, étant

donné qu'il disposait maintenant d'un travail bien rémunéré et que sa situation financière ne lui permettait pas de ne rien gagner pendant plusieurs semaines. Il ne donna pas suite non plus à la seconde convocation lui enjoignant d'entrer à l'hôpital le 24 mai 1962. Par contre, il pria la commission AI, le 29 mai, de renvoyer l'opération, vu qu'il venait de se créer une nouvelle existence; de plus, il déclara que le médecin traitant lui recommandait une opération moins pénible. Le 23 août 1962, le médecin traitant écrivit à la commission AI que l'assuré s'était présenté chez lui le 18 mai précédent et était disposé à se soumettre à l'opération, mais qu'il refusait d'entrer à l'hôpital cantonal. Il précisa de plus que depuis lors, il n'avait plus rien entendu de l'intéressé, bien que celui-ci ait promis de donner une réponse définitive dans quelques jours. Le 27 septembre 1962, l'assuré se soumit tout de même, à l'hôpital cantonal, à l'opération prévue par la commission AI.

L'assuré recourut contre la décision notifiée le 18 juillet 1961 en demandant que les prestations lui soient accordées rétroactivement. Ce recours fut écarté par l'autorité de première instance, qui estima que les conditions mises à l'octroi d'une allocation journalière n'étaient pas remplies et qu'il ne saurait, de plus, être question d'accorder une rente AI à partir du 1^{er} janvier 1960. L'assuré interjeta appel contre ce jugement en demandant qu'une indemnité journalière lui soit versée pour 120 jours de délai d'attente. Le TFA a rejeté l'appel pour les motifs suivants:

1. Aux termes de l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit à une indemnité journalière si, durant trois jours consécutifs au moins, il est empêché par les mesures de réadaptation d'exercer une activité lucrative ou présente une incapacité de travail d'au moins 50 pour cent. 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 disposition prévoit 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 une indemnité journalière pour chaque jour entier du délai d'attente, mais au plus pour 120 jours.

2. La caisse de compensation et l'OFAS estiment que l'assuré remplit les conditions mises à l'octroi d'indemnités journalières durant le délai d'attente. A leur avis, il est prouvé que, depuis la notification de la décision intervenue le 18 juillet 1961 jusqu'à la première convocation par l'hôpital cantonal, l'assuré était prêt à se soumettre à l'opération ordonnée; ils relèvent de plus que, d'après les rapports médicaux, l'incapacité de travail de l'intéressé était d'au moins 50 pour cent.

Toutefois, il faut se demander si un assuré peut être mis au bénéfice d'indemnités journalières lorsqu'il a, pendant un certain temps, attendu l'application des mesures de réadaptation ordonnées, mais qu'il a lui-même retardé ces mesures pendant des mois à partir du moment où il a été convoqué pour s'y soumettre. En principe, le droit à l'indemnité journalière pour des périodes d'attente doit, dans ces conditions, être nié, car cette indemnité est due à la condition que l'assuré profite de la première occasion qui lui est offerte de se soumettre à la mesure ordonnée. Il peut, certes, en être autrement lorsque le retard apporté après coup aux mesures de réadaptation résulte d'un changement notable de la situation. Si, par contre, un assuré retarde lui-même l'exécution des mesures ordonnées sans motif valable et pendant une durée prolongée, il fait présumer qu'il « n'attendait » pas du tout l'exécution de la mesure ordonnée au sens des articles 22 LAI et 18 RAI. Si l'on adoptait une solution différente, il pourrait en résulter qu'une fois la mesure de réadaptation ordonnée, l'assuré, qui ne veut pas ou pas encore s'y soumettre, touche l'indemnité journalière jusqu'au moment où il est convoqué, et déclare alors qu'il ne la veut pas encore ou pas du tout.

3. En l'espèce, l'assuré n'a pas donné suite aux deux convocations qu'il avait reçues de l'hôpital cantonal l'invitant à se soumettre à l'opération ordonnée; ce n'est que quelques mois plus tard qu'il s'y est soumis. La situation était, lors du prononcé ordonnant la mesure de réadaptation, essentiellement la même que lors des convocations adressées par l'hôpital. Certes, l'assuré pensait vraisemblablement qu'il pourrait peut-être s'en tirer sans opération ou du moins avec une opération moins grave que celle de l'enraidissement de la hanche (arthrodèse). En février 1961 déjà, toutefois, le médecin traitant qui, en avril 1960, avait proposé l'ostéotomie intertrochantérienne maintenait sa proposition à la seule condition que le processus dégénératif grave n'ait pas, entre temps, fait de sensibles progrès. Après un examen effectué le 18 mai 1962, ce médecin arriva lui-même à la conclusion qu'un enraidissement de la hanche serait le plus indiqué. L'arthrodèse ou enraidissement proposé aussi par le second médecin était donc vraisemblablement, depuis 1961 déjà, la seule opération indiquée, et il fut finalement aussi exécuté. En outre, ce ne sont pas les propositions divergentes du premier médecin (le médecin traitant) qui ont vraiment causé le retard de l'opération; c'est bien plutôt l'assuré lui-même qui, à en juger d'après son attitude, semble avoir voulu, à l'époque, éviter à tout prix une telle intervention. Il est vrai qu'après le prononcé de la commission AI ordonnant l'opération, les conditions de travail de l'assuré se sont modifiées et cela dans le sens d'une amélioration, grâce au commerce qui, malgré l'infirmité de l'assuré, semble avoir prospéré. Une modification de ce genre n'est, toutefois, juridiquement pas si importante qu'elle puisse tout de même justifier l'octroi d'une indemnité journalière pour délais d'attente pendant la période antérieure aux deux convocations auxquelles l'assuré n'a pas donné suite. Etant donné que l'assuré ne voyait aucun inconvénient à ajourner, sans nécessité absolue, l'opération d'avril à fin septembre 1962, il ne saurait être dédommagé pour n'avoir pas eu l'occasion, avant le mois d'avril 1962, de se faire opérer aux frais de l'AI.

En outre, il y a lieu de relever qu'avant l'opération, l'assuré exerçait une activité lucrative au sujet de laquelle les pièces du dossier ne fournissent que des indications fragmentaires, mais tout de même suffisantes pour admettre que cette activité avait une certaine ampleur et un caractère constant: l'assuré occupait des employés, de sorte que son commerce pouvait continuer à marcher même lorsqu'il était entravé par son infirmité. On peut se demander si l'exercice d'une telle activité est encore compatible avec la notion légale du délai d'attente.

4. ...

Arrêt du TFA, du 29 avril 1963, en la cause G. W.

Article 28, 2^e alinéa, LAI; articles 69 et suivants, RAI. Lors du calcul du degré d'invalidité, le degré d'incapacité de travail ne constitue qu'un facteur dont il faut aussi tenir compte; est par contre déterminante la différence entre le revenu que l'assuré réalise en tant qu'invalidé et celui qu'il réaliserait sans son invalidité.

Articoli 28, capoverso 2, LAI e 69 segg. OAI. Nella determinazione del grado d'invalidità, il grado dell'incapacità al lavoro costituisce soltanto un fattore di cui devesi tener conto; determinante è per contro la differenza tra il reddito che l'assicurato consegue come invalido e quello che conseguirebbe senza l'invalidità.

L'assuré, né en 1916, travaille depuis 1940 comme cordonnier indépendant. En juin 1961, il a présenté à l'AI une demande de prestations. Son médecin a, le 23 août 1961, posé le

diagnostic suivant sur la formule officielle: micrognathie, enraidissement total des deux hanches. Il ressort de l'anamnèse qu'à l'âge de 15 ans, l'assuré est tombé des barres et a, par la suite, dû être longuement soigné à l'hôpital et à la maison.

Le médecin estima l'incapacité de travail de l'assuré à environ 10 à 20 pour cent et déclara que « pour le moment », celui-ci pouvait bien travailler comme maître cordonnier. Se fondant sur ce rapport médical, la commission AI a, le 28 septembre 1961, refusé la demande de rente présentée par l'assuré.

Celui-ci recourut en faisant valoir que sa capacité de travail n'était que partielle et qu'il allait, dès que possible, produire une attestation médicale le prouvant. Cette attestation, émanant d'un chirurgien, a été remise à l'autorité de recours en janvier 1962. Le médecin y diagnostiqua des séquelles d'un rachitisme grave, l'existence d'une subluxation de l'articulation ainsi que d'une coxarthrose avec des contractures en flexion, et évalua la capacité de travail de l'assuré à 40 pour cent au plus en précisant que celle-ci allait diminuer rapidement. La commission cantonale de recours se fonda toutefois sur le rapport de premier médecin et confirma la décision prise par la caisse de compensation. Vu le rapport médical établi par le second médecin, l'autorité de recours attirera l'attention de l'assuré sur la possibilité de présenter une nouvelle demande de rente.

L'assuré interjeta appel contre ce jugement de l'autorité de première instance. Il fait valoir que, depuis octobre 1959, il se sent très fatigué et ne peut travailler qu'avec peine; de cela, le premier médecin n'aurait pas tenu compte, aussi l'assuré avait-il consulté un spécialiste du cœur. Celui-ci lui aurait déclaré qu'il avait eu, il y a quelque temps, un infarctus du cœur. Grâce au traitement appliqué par ce médecin, la capacité de travail se serait de nouveau améliorée, de sorte qu'à partir de la fin d'août 1961, l'assuré n'avait plus eu besoin de l'ouvrier qu'il avait dû engager pendant sa maladie. Sans le gain réalisé par sa femme, il se serait endetté pendant cette période. On pourrait certes « tirer quelque chose » de son atelier de cordonnier; mais son invalidité l'en empêcherait. Depuis fin 1959, sa capacité de travail ne serait plus que de 60 pour cent. L'assuré ajoute qu'en janvier 1961, il a dû cesser tout travail; actuellement, il ne peut liquider que le 40 à 45 pour cent du travail qui lui est confié, et cela bien que sa femme doive encore lui aider, ce qui empêche cette dernière d'exercer une activité lucrative. Il doit avoir recours à des tiers pour tout le travail dont il ne peut lui-même s'acquitter.

Pour les motifs exposés ci-après, le TFA a admis l'appel, annulé le jugement de l'autorité de première instance ainsi que la décision de la caisse de compensation et renvoyé la cause à la commission AI, pour qu'elle la réexamine dans le sens des considérants suivants:

1. Selon l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré peut prétendre une rente lorsqu'il est invalide pour la moitié au moins. Lorsqu'il est invalide pour moins des deux tiers, le montant de la rente est réduit de moitié. Dans les cas pénibles, cette demi-rente peut être allouée lorsque l'assuré est invalide pour les deux cinquièmes au moins.

L'invalidité au sens de la loi est la diminution de la capacité de gain, 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.

Le degré d'invalidité est évalué en comparant le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28, 2^e al., LAI).

2. Se fondant sur le rapport du premier médecin, qui estimait l'incapacité de travail de l'assuré à 10 ou 20 pour cent environ, la commission AI et l'autorité de recours sont arrivées à la conclusion que l'appelant n'avait pas droit à la rente. Toutefois, selon la loi, le degré d'incapacité de travail ne constitue que l'un des facteurs dont il faut tenir compte (art. 69 ss, RAI). D'autres facteurs encore sont importants. Est déterminante la différence entre le revenu annuel du travail que l'invalidé pourrait obtenir s'il n'était pas invalide et celui qu'il peut réaliser comme invalide réadapté (art. 28, 2^e al., LAI; art. 25, 1^{er} al., RAI). Ces revenus du travail n'ont jusqu'à maintenant pas été déterminés, mais doivent encore l'être; à cet effet, il y aura lieu de tenir compte entre autres des indications concrètes données par l'appelant sur la feuille intercalaire de la formule d'inscription (chiffre 33) et dans le mémoire d'appel.

3. L'examen médical de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré ne suffit pas, lui non plus. Il y a lieu de retenir toutefois que les rapports d'un médecin-chirurgien et d'un spécialiste de la médecine interne, produits par l'appelant, ont infirmé le rapport du premier médecin. Le spécialiste de la médecine interne constate que l'appelant souffre d'une angine de poitrine et qu'il avait subi, comme le démontre l'électrocardiogramme, un infarctus antérieur qui, suivant l'anamnèse, s'était produit en janvier 1961. Le médecin-chirurgien évalue la capacité de travail de l'assuré à 20 pour cent, parce que celui-ci ne peut plus marcher en raison d'un enraidissement presque complet des deux hanches, de lombalgies et d'une affection cardiaque.

Il reste maintenant à examiner avant tout comment la diminution de la capacité de travail de l'assuré doit être évaluée en fonction du temps et dans quelle mesure elle a influencé le gain obtenu.

4. Le spécialiste relève que l'appelant doit être constamment aidé par son épouse dans son travail. Dans son premier rapport déjà, il avait attiré l'attention sur le fait que l'assuré ne peut pas se tenir debout pendant plus d'un quart d'heure et que, depuis des années, il n'arrive plus à se vêtir et à se dévêtir seul. La question de l'octroi d'une allocation pour impotent peut donc se poser. De plus, il y a lieu d'examiner si l'appelant peut être considéré comme réadapté et si le travail de cordonnier peut raisonnablement être exigé de lui. Lors de la détermination du revenu que l'assuré réalise comme invalide, il faudra tenir compte, de façon équitable, de la collaboration de l'épouse. Le cas échéant, il faudra examiner si l'on se trouve en présence d'un cas pénible au sens de l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI.

Il appartiendra à la commission AI, à laquelle le dossier de la cause est renvoyé, de décider si, vu les circonstances du cas, elle ne convoquerait pas l'assuré pour qu'il puisse s'expliquer oralement.

Arrêt du TFA, du 26 février 1963, en la cause H. G.

Article 48, 2^e alinéa, LAI. Une demande de prestations est tardive, ce qui entraîne la prescription des rentes non touchées, si elle est déposée le 5 décembre 1961 par une assurée qui est invalide, pour la moitié au moins, depuis le 1^{er} janvier 1960 (réalisation du risque assuré) et pour plus des deux tiers depuis le 1^{er} août 1961. Une rente d'invalidité ne peut alors être allouée qu'à partir du 1^{er} décembre 1961.

Articles 36 LAI et 33 RAI. Est déterminante, pour le calcul de la rente d'invalidité, même en cas de prescription de rentes non touchées par suite de demande tardive, la date à laquelle le risque assuré s'est réalisé et non

la date (postérieure à la première) à partir de laquelle la rente peut être servie.

Articolo 48, capoverso 2, LAI. Se un'assicurata, invalida per la metà almeno il 1° gennaio 1960 (data dell'insorgenza dell'evento invalidante) e per i due terzi almeno a partire dal 1° agosto 1961, fa domanda all'AI il 5 dicembre 1961, la rendita non può esserle erogata che dal mese in cui essa ha fatto la richiesta a causa della tardiva domanda e cioè dal 1° dicembre 1961.

Articoli 36 LAI e 33 OAI. Quando il pagamento della rendita dev'essere procrastinato a causa della domanda tardiva, solo la data dell'insorgenza dell'invalidità è determinante per il calcolo della rendita, e non la data a decorrere dalla quale essa può venir erogata.

L'assurée, ouvrière d'horlogerie travaillant à domicile, souffre depuis 1949 d'une polyarthrite chronique évolutive; elle fut obligée de cesser toute activité depuis la fin du mois d'août 1961. Le 5 décembre 1961, elle présenta une demande de prestations à l'AI; la caisse de compensation compétente lui accorda une rente entière simple à partir du 1^{er} août 1961. L'assurée recourut contre cette décision, en déclarant que ses cotisations auraient dû être majorées pour tenir compte du fait que son revenu avait progressivement diminué en raison même de son invalidité. L'autorité de première instance rejeta le recours. De son côté le TFA a, sur appel de l'assurée, annulé la décision et le jugement cantonal, en renvoyant la cause à la commission AI pour qu'elle se prononce à nouveau dans le sens des considérants suivants:

La grave atteinte à la santé dont souffre l'assurée et le fait que le degré de son invalidité est supérieur à deux tiers ne sont pas contestés. Si l'assurée a recouru contre la décision de la caisse de compensation fixant à 100 francs par mois le montant de sa rente d'invalidité, c'est parce qu'elle estimait que les cotisations déterminantes pour le calcul de sa rente auraient dû être majorées et, par conséquent, que sa rente aurait dû être fixée à un montant supérieur; à son avis, en effet, les cotisations prises en considération par la caisse auraient dû être majorées pour tenir compte du fait que c'était à cause de son invalidité qu'elle avait été empêchée d'exercer une activité professionnelle normale.

Pour calculer la rente litigieuse, la commission AI et la caisse de compensation sont parties de l'idée que l'assurée devait être considérée comme invalide à partir du 1^{er} août 1961. Toute en reconnaissant que ce point de vue ne paraissait guère défendable au vu des faits de la cause, l'autorité cantonale de recours a préféré maintenir la décision attaquée, afin de ne pas devoir la modifier au détriment de l'assurée. Si l'on devait admettre que l'assurée est invalide depuis le 1^{er} août 1961 seulement, le calcul de la rente, tel qu'il a été fait par la caisse de compensation, ne pourrait qu'être confirmé, car — ainsi que le relève l'OFAS dans sa réponse à l'appel — il est conforme aux dispositions légales applicables dans l'espèce (art. 36 et 37 LAI; art. 29 bis, 30 et 31 LAVS).

C'est avec raison toutefois que l'autorité cantonale de recours exprime des doutes quant à la date du 1^{er} août 1961 prise en considération par la commission AI et la caisse de compensation pour fixer le début du droit à la rente. Il ressort en effet des pièces du dossier, notamment des déclarations faites par l'assurée elle-même, que son invalidité existait bien avant cette date. Si tel est le cas, l'article 85, 1^{er} alinéa, LAI est applicable: l'invalidité doit être réputée survenue au moment de l'entrée en vigueur de la loi, soit au 1^{er} janvier 1960.

Etant donné que l'assurée travaillait depuis de nombreuses années comme ouvrière

d'horlogerie, on doit admettre ensuite que, sans son invalidité, elle aurait continué à exercer cette activité. Cela étant, son invalidité doit être évaluée selon la règle générale, applicable aux personnes actives, prévue à l'article 28, 2^e alinéa, LAI: d'une part, on doit tenir compte du fait qu'au cours des dernières années, son gain est allé en diminuant de plus en plus jusqu'au 1^{er} août 1961, date à laquelle l'assurée dut abandonner toute activité lucrative; d'autre part, on comparera les gains de cette assurée aux gains réalisés par une ouvrière de sa catégorie travaillant normalement, soit en moyenne 600 francs par mois au dire de son dernier employeur. Cela fait, on constatera vraisemblablement que la capacité de gain de l'assurée était déjà réduite de 50 pour cent en janvier 1960 et qu'à partir de 1961, le taux de son invalidité s'élevait à plus des deux tiers.

Il importe dès lors que la commission AI, à laquelle le dossier doit être renvoyé, procède aux enquêtes nécessaires. Si cette instruction démontre l'exactitude des considérations précédentes, le calcul de la rente devra être revu par la caisse de compensation. Il faudra, dans cette éventualité, considérer la demande de prestations du 5 décembre 1961 comme tardive. Le droit à la rente ayant pris naissance en 1960, le délai de six mois prévu à l'article 48, 2^e alinéa, LAI était en effet expiré au moment où cette demande fut déposée et, par conséquent, la rente ne devra être servie qu'à partir du 1^{er} décembre 1961, mois dans lequel l'assurée a agi. En revanche, pour calculer cette rente, il faudra se fonder sur les cotisations versées jusqu'au 31 décembre 1959. Il sera ainsi possible de faire abstraction non seulement de l'année 1959, qui présente les cotisations les plus faibles, mais également de l'année 1960 (art. 30, 3^e al., LAVS et art. 36, 4^e al., LAI). La cotisation annuelle moyenne ainsi calculée devra être majorée d'un supplément de 5 pour cent puisqu'au 1^{er} janvier 1960, l'assurée n'avait pas encore atteint sa cinquantième année (art. 36, 3^e al., LAI et 33 RAI). Il y aura lieu enfin de tenir compte de l'augmentation des rentes intervenue le 1^{er} juillet 1961 en vertu de la nouvelle loi du 23 mars 1961 en matière d'AVS. D'autre part, il appartiendra à la caisse de compensation de se prononcer sur la restitution éventuelle de prestations indûment touchées (art. 49 LAI et 85 RAI; art. 47 LAVS).

Arrêt du TFA, du 19 avril 1963, en la cause R. Z.

Article 41 LAI. Lorsque, en raison d'un recours de l'ayant droit, une première décision de rentes n'est pas encore entrée en force, il est, à certaines conditions, admissible que dans une procédure subséquente de révision de la rente, celle-ci soit augmentée rétroactivement à une date antérieure au premier prononcé de la commission AI.

Articolo 41 LAI. Se, a causa di un ricorso interposto dall'avente diritto, la prima decisione di assegnazione della rendita non è ancora passata in giudicato, è, in certi casi, ammissibile che in una susseguente procedura di revisione la rendita sia retroattivamente aumentata a decorrere da una data anteriore a quella indicata nella prima deliberazione della commissione AI.

Le 26 octobre 1960, la commission AI décida d'accorder, à partir du 1^{er} janvier 1960, une demi-rente d'invalidité simple à l'assurée, dont la capacité de travail est réduite en raison d'anomalies d'ordre caractériel. L'intéressée recourut contre la décision de la caisse de compensation rendue en vertu de ce prononcé. Se fondant sur un rapport complémentaire de l'office régional AI, la commission AI décida, le 24 mai 1961, d'accorder une rente entière à l'assurée dès le 1^{er} octobre 1960, étant donné que les

anomalies de l'intéressée s'étaient aggravées. La deuxième décision de la caisse, rendue le 1^{er} septembre 1961, qui se fondait sur ce dernier prononcé, fut également l'objet d'un recours de la part de l'assurée. Par jugement du 19 février 1962, l'autorité de première instance rejeta le recours. L'appel formé par l'assurée contre cet arrêt fut rejeté par le TFA pour les motifs suivants:

1. Selon l'article 41 LAI, la rente doit, pour l'avenir, être augmentée, réduite ou supprimée lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente.

Tenant compte du revenu du travail que l'assurée pouvait encore réaliser jusqu'à fin septembre 1960, la commission AI décida, le 26 octobre 1960, d'accorder une demi-rente d'invalidité à l'intéressée. Lorsqu'elle fut, le 1^{er} avril 1961, informée par l'office régional qu'un reclassement professionnel de l'assurée ne pouvait plus être envisagé, elle décida de lui accorder une rente entière à partir du 1^{er} octobre 1960. Bien que ce prononcé ait été désigné comme étant une reconsidération du premier et que la seconde décision de la caisse précise qu'elle remplace la première, il s'agit tout de même d'un prononcé de révision au sens de l'article 41 LAI. Cela n'est pas infirmé par le fait que l'augmentation de la rente a effet rétroactif à une date antérieure au premier prononcé. En soi, cette modification rétroactive constituerait certes une reconsidération, et une décision à ce sujet ne serait pas admissible en raison de la procédure judiciaire en cours. Comme toutefois le second prononcé a pour objet principal d'augmenter, dans le cadre de la révision, la rente en cours depuis le premier prononcé, le fait de fixer le début de l'augmentation rétroactivement à la date du premier prononcé peut être considéré comme effet accessoire admissible. Cette rétroactivité est d'ailleurs justifiée quant au fond: ce n'est en effet qu'en raison de l'évolution ultérieure qu'il a pu être constaté qu'à la date du premier prononcé déjà, le degré d'invalidité était supérieur à celui admis à l'origine.

2. Bien que la procédure de recours n'ait été mise en train que par le recours interjeté contre la seconde décision de la caisse, les considérants du jugement de l'autorité de première instance n'indiquent pas si les deux recours ont été traités quant au fond. Selon les termes du dispositif, seul « le recours » a été écarté. Quoi qu'il en soit, les deux décisions devraient être confirmées quant au fond si l'appel, qui veut englober l'ensemble de la situation de fait, est écarté.

3. ...

4. ...

Arrêt du TFA, du 12 juin 1963, en la cause K. A.

Articles 77, 1^{er} alinéa, et 85, 2^e alinéa, RAI. L'assuré (ou son tuteur) ne viole, d'une façon excluant la bonne foi, son obligation d'annoncer tout changement dans sa situation que s'il omet de signaler un changement important pour son droit aux prestations de l'AI.

Articoli 77, capoverso 1, e 85, capoverso 2, OAI. L'assicurato (o il suo tutore) viola di mala fede l'obbligo di comunicare ogni cambiamento delle sue condizioni personali o economiche soltanto se omette di notificare un mutamento rilevante per il suo diritto alle prestazioni dell'AI.

L'assuré, né en 1914, travaille depuis 1940 comme monteur-installateur. En mars 1959, il eut une attaque apoplectique qui provoqua entre autres une paralysie partielle de la

main droite. Au mois d'octobre de la même année, il fit une chute à vélo et se cassa le nez ainsi que la mâchoire inférieure. Par la suite, il reprit son travail mais dut, en raison de troubles psychiques, être placé dans la maison de santé cantonale, en juin 1960. A partir du 11 mars 1961, il fut mis sous tutelle en vertu de l'article 369 CCS. A fin mars 1961, l'assuré put quitter la maison de santé, à la condition qu'il se rende immédiatement chez sa sœur pour un séjour de six mois au moins avant de retourner chez lui. Au lieu de domicile de sa sœur, il gagna comme manœuvre 400 francs environ par mois, de mai 1961 jusqu'en avril 1962. Depuis le 23 avril 1962, il travaille à nouveau comme monteur-installateur dans son ancien lieu de domicile.

A fin juillet 1960, l'assuré avait présenté une demande de prestations à l'AI. La commission AI évalua son degré d'invalidité à 72 pour cent et décida de lui accorder à partir du 1^{er} janvier 1960, une rente entière simple d'invalidité, ainsi que les rentes complémentaires correspondantes pour sa femme et ses trois enfants mineurs. Par décision du 25 mai 1961, la caisse de compensation notifia ce prononcé aussi bien à l'assuré qu'à son tuteur, en relevant expressément, dans une lettre d'accompagnement, que le tuteur devait annoncer tout changement dans la situation personnelle de l'assuré.

La reprise du travail par l'assuré au début de mai 1961 ne fut signalée ni à la caisse de compensation, ni à la commission AI. Cette dernière ne l'apprit qu'en mars 1962 et constata alors, par prononcé du 29 mars 1962, que le degré d'invalidité de l'assuré n'avait été que de 54 pour cent à partir du 1^{er} mai 1961. Par conséquent, la caisse de compensation rendit une décision selon laquelle l'assuré devait restituer les rentes indûment touchées depuis le 1^{er} mai 1961, pour un montant total de 2764 francs.

Par lettre du 5 juin 1962, le tuteur demanda que la créance en restitution fasse l'objet d'une remise. Cette demande fut écartée par la caisse de compensation. Le recours interjeté par le tuteur contre cette décision fut, par contre, approuvé par la commission cantonale de recours, qui accorda la remise de la totalité de la créance en restitution. La commission de recours estima que le tuteur avait agi de bonne foi et que la restitution constituerait une charge trop lourde pour l'assuré.

L'appel interjeté par l'OFAS contre ce jugement fut partiellement admis par le TFA, pour les motifs suivants:

1. La question litigieuse est de savoir si la créance en restitution de 2764 francs, que la caisse de compensation fit valoir par la décision non attaquée du 8 mai 1962, peut être totalement ou partiellement remise.

Une remise ne peut être accordée que lorsque l'assuré ou son représentant légal pouvait, de bonne foi, admettre que la rente était versée à juste titre, et lorsque la restitution mettrait l'assuré dans une situation difficile en raison de ses conditions d'existence (art. 49 LAI et art. 85, 2^e al., RAI, en corrélation avec les art. 47, 1^{er} al., LAVS et 79, 1^{er} al., RAVS).

2. a. Ainsi que le relève le tuteur dans sa réponse au mémoire d'appel, le revenu mensuel total de l'assuré s'élève actuellement à 790 francs (environ 420 francs de revenu du travail + 130 francs d'allocations sociales + 241 francs de rente d'invalidité). Le dépôt d'épargne a diminué de 3000 francs à 744 fr. 35. Ce dernier indice permet de conclure qu'avec son revenu relativement modeste, l'assuré arrive à peine à couvrir les frais d'entretien de sa famille de cinq personnes. Si l'assuré, dont l'état de santé continue à être instable, devait amortir la totalité de la créance en restitution, cela constituerait pour lui une charge trop lourde.

b. Pour trancher la question de la bonne foi, il faut rappeler que le tuteur de l'assuré avait été informé par la caisse de son obligation (prévues par l'art. 77, 1^{er} al., RAI) de l'informer de tout changement. Le tuteur ne peut donc être reconnu avoir agi

de bonne foi que s'il avait des raisons particulières de considérer la reprise du travail de l'assuré, dont il avait connaissance, comme un fait ne devant pas être annoncé à la caisse de compensation.

L'autorité de première instance est d'avis que de telles raisons particulières existaient. Elle relève que la reprise du travail n'avait été qu'un essai en vue de la réadaptation professionnelle ultérieure. De plus, elle fait valoir que dans les maladies mentales, les rechutes sont fréquentes; aussi l'assuré a-t-il dû interrompre son travail de fin septembre à fin octobre 1961, en raison de dépressions. Le diagnostic médical ne permettait pas au tuteur, qui est une personne consciencieuse et correcte, d'admettre que l'invalidité avait pris fin. Pour ces raisons, l'autorité de première instance estime que c'est de bonne foi que le tuteur n'avait pas annoncé la reprise du travail à la caisse de compensation.

L'OFAS, pour sa part, est d'avis que le tuteur a agi avec une grave négligence en omettant d'informer la caisse, bien que connaissant parfaitement son obligation d'annoncer tout changement.

Les arguments de l'autorité de première instance, comme ceux de l'OFAS, sont partiellement pertinents. Il y a lieu d'approuver la commission de recours quand elle souligne le caractère provisoire de la reprise du travail par l'assuré, qui s'est remis à l'ouvrage hors de son lieu de domicile et, au début, à la demi-journée seulement; de plus, c'est à juste titre que l'autorité de première instance invoque l'état psychique labile de l'assuré. Eu égard à cet état de faits, le tuteur pouvait légitimement s'estimer en droit de différer sa communication à la caisse de compensation jusqu'au moment où l'on serait fixé sur le résultat de l'essai. De plus, il y a lieu de remarquer que, selon l'article 77, 1^{er} alinéa, RAI, l'avis obligatoire n'englobe que « tout changement *important* qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations» et non pas tout changement quel qu'il soit. En effet, selon la LAI, l'invalidité est un état moyen de longue durée, et son degré n'est donc pas sensiblement influencé par chaque modification des conditions de travail. Toutefois, dès qu'un assuré ou son représentant légal doit admettre que la modification intervenue est importante, il est tenu de l'annoncer, comme l'exige l'OFAS à juste titre. Pour la période initiale de la reprise du travail, durant laquelle la situation était encore incertaine, on peut admettre que le tuteur était de bonne foi. Cependant, en omettant d'informer la caisse pendant toute la période (mai 1961-avril 1962) durant laquelle l'assuré travaillait au lieu de domicile de sa sœur, le tuteur a enfreint l'article 77, 1^{er} alinéa, RAI, d'autant plus que l'assuré touchait sa rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 72 pour cent et que, par conséquent, une augmentation relativement peu importante de sa capacité de gain devait déjà entraîner la suppression de cette rente (art. 4 et 28, 1^{er} et 2^e al., LAI). Le fait que la commission AI avait prévu une révision de la rente pour fin mars 1962 ne dispensait pas non plus le tuteur de son obligation d'aviser la caisse.

Il en découle que les rentes indûment versées n'ont été touchées de bonne foi que pendant un certain temps. Une remise complète de la créance en restitution n'entre dès lors pas en considération, bien que l'on se trouve en présence d'un cas pénible. Compte tenu de toutes les circonstances, il paraît équitable de réduire la créance de la caisse de compensation à 1300 francs.

Table des matières pour l'année 1963

A. L'ASSURANCE-VIEILLESSE ET SURVIVANTS

Généralités	Pages
Le statut des réfugiés dans l'AVS et l'AI	93
A propos des comptes d'exploitation de 1962 de l'AVS, de l'AI et du régime des APG	238
Où en est la sixième révision de l'AVS?	314
Les arrêtés cantonaux concernant l'AVS et l'AI	317
La sixième révision de l'AVS, exposé de M. Tschudi, conseiller fédéral	370
Le projet de loi relatif à la sixième révision de l'AVS	376, 454
Les personnes assurées	
Jurisprudence	403, 455
Les cotisations	
La prise en compte des cotisations et des mois de cotisations de l'année où s'ouvre le droit à la rente	108
<i>Les salariés</i>	
Les cotisations des filles d'agriculteur travaillant dans l'exploitation familiale Cadeaux pour ancienneté de service ou salaire?	11 12
Les cotisations des personnes qui travaillent pour le compte des centrales cantonales pour la culture fruitière	13
Cours pour apprentis forestiers	254
Cotisations dues sur des gains versés aux membres des commissions d'estimation instituées lors de la construction d'autoroutes	348
Jurisprudence	17
<i>Les indépendants</i>	
Jurisprudence	404, 455, 493
<i>La perception</i>	
Jurisprudence	114, 115, 295, 351

<i>La restitution</i>	Pages
Jurisprudence	19

Les rentes

Généralités et droit aux rentes

La prise en compte des cotisations de l'année où s'ouvre le droit à la rente . . .	108
L'évolution des prestations mensuelles en espèces de l'AVS et de l'AI	139
Statistique des rentes AVS de l'année 1962	443
Jurisprudence	261

Les rentes ordinaires

La prise en compte des cotisations et des mois de cotisations de l'année où s'ouvre le droit à la rente	108
Jurisprudence	116

Les rentes extraordinaires

Jurisprudence	21
-------------------------	----

L'organisation

Les caisses de compensation AVS au service d'autres œuvres sociales	2
Les rapports annuels 1962 des organes AVS/AI/APG	15
La pratique de l'OFAS en matière d'affiliation	146

La procédure, le contentieux et les dispositions pénales

Procédure de recours: Préavis de l'OFAS	152
De la reconsidération des décisions administratives passées en force	251
La supputation des délais comprenant un samedi	452
Jurisprudence	67, 263, 351

Divers

Le Fonds de compensation	349
Chronique mensuelle	1, 47, 93, 135, 237, 277, 278, 313, 369, 431, 478, 479

Interventions parlementaires

Question écrite Dellberg, du 6 mars 1963	213, 214
Question écrite Geissbühler, du 8 mars 1963	214

	Pages
Postulat Vontobel, du 14 mars 1963	214
Question écrite Bächtold, du 18 mars 1963	214
Question écrite Freiburghaus, du 21 mars 1963	292, 293
Motion Malzacher, du 21 juin 1962	294
Question écrite Glarner, du 2 octobre 1963	453, 491
Il y a 50 ans	215
Bibliographie	62, 399

B. L'AIDE COMPLÉMENTAIRE A LA VIEILLESSE ET AUX SURVIVANTS

Interventions parlementaires

Postulat Roggo, du 5 décembre 1962	14, 153
Postulat Malzacher, du 19 décembre 1962	64
Question écrite Pradervand, du 2 octobre 1963	453
Bibliographie	62, 292

C. L'ASSURANCE-INVALIDITÉ

Généralités

L'aide de l'AI est efficace	5, 282
Le statut des réfugiés dans l'AVS et l'AI	47, 93, 113
La statistique des genres d'infirmités dans l'AI	98
L'AI en 1962	135
Trois ans d'AI et Pro Infirmis	181
La jurisprudence du TFA dans le domaine de l'AI en 1962	190
Les comptes d'exploitation de l'AI en 1962	238
L'AI et l'aide aux invalides	248
Les névroses et l'AI	284
Les arrêtés cantonaux concernant l'AVS et l'AI	317
En lisant les rapports annuels 1962 des commissions AI et des offices régionaux AI	391, 447

Les prestations

Généralités

L'évolution des prestations mensuelles en espèces de l'AVS et de l'AI	139
Les prestations en espèces de l'AI dans la jurisprudence du TFA en 1962	196

Les mesures de réadaptation dans la jurisprudence du TFA en 1962	190
Jurisprudence	127, 156, 353

Les mesures médicales

a) en général

Les opérations, mesures médicales de réadaptation de l'AI	144
Les actes médicaux à l'âge de la formation professionnelle	145
Le tarif intérimaire AI pour les prestations médicales	250
Jurisprudence	71, 73, 77, 117, 120, 122, 125, 126, 159, 161, 162, 164, 264, 266, 268, 297, 299, 300, 356, 406, 408, 410, 414, 416, 419, 420, 460, 495

b) pour les infirmités congénitales

La prise en charge par l'AI des suites immédiates et médiates des infirmités congénitales	102
L'absence de dents avec impossibilité de mastication	109
La reconnaissance dans des cas d'espèce	110, 254, 291, 487
Mesures médicales chez les prématurés	291
Les infirmités congénitales (Liste et commentaires)	326
Hernie inguinale congénitale	397
Malformations de la denture et des mâchoires	487
Amblyopie, anomalie de la réfraction, strabismus concomitans	489
Jurisprudence	23, 25, 26, 76, 165, 300, 354, 420, 498, 500

Les mesures d'ordre professionnel

Remise de cyclomoteurs en cas de formation professionnelle initiale	110
Reclassement: Les voyages de l'assuré à son domicile pour les week-ends	150
Jurisprudence	36, 69, 166, 216, 461, 463

La formation scolaire spéciale et les mesures en faveur des mineurs inaptes à recevoir une instruction

Contributions de l'AI en faveur des mineurs inaptes à recevoir une instruction	52
Les subventions pour les frais d'exploitation des écoles spéciales	246
Jurisprudence	26, 29, 77, 128, 168, 218, 269, 354, 501

Les moyens auxiliaires

Les prestations de l'AI liées à la remise d'une prothèse	103
La remise de cyclomoteurs en cas de formation professionnelle initiale ou de reclassement	110
Les bas à varices	110
Les instruments nécessaires à l'exercice d'une profession (métier à tisser)	150
L'étendue des prestations en cas de remise de véhicules à moteur	151
Contribution aux frais de taxi après la réadaptation	151
La notion de « chemin de travail » lors de la remise de véhicules à moteur	211
Les chiens-guides pour aveugles	288
Lunettes et verres de contact	397
Jurisprudence	30, 32, 71, 79, 86, 130, 170, 171, 234, 264, 272, 303, 304, 306, 357, 360, 422, 466, 468, 504

<i>L'aide en capital</i>	Pages
L'activité lucrative indépendante	150
Jurisprudence	161

Les indemnités journalières

Cumul de rente et d'indemnité journalière	488
Nouveau calcul de l'indemnité journalière revenant à des assurés de condition indépendante qui se soumettent à des mesures de réadaptation	488
Jurisprudence	35, 362, 470, 507

Les rentes

Remarques concernant la revision des rentes selon l'article 41 LAI	8
La statistique des rentes de l'AI et des allocations pour impotents en 1962	481
Cumul de rente et d'indemnité journalière au début et à la fin de l'application de mesures de réadaptation	488
Jurisprudence	36, 81, 131, 133, 174, 220, 222, 223, 225, 229, 233, 307, 365, 367, 425, 427, 472, 509, 511, 513, 514

Les allocations pour impotents

De la notion d'impotence	61
Jurisprudence	84, 176, 177, 231

L'organisation et la procédure

Généralités

L'AI et les services sociaux de l'aide aux invalides durant les années 1960 à 1962	100
Les frais des offices régionaux AI en 1962	315
En lisant les rapports annuels 1962 des commissions AI et des offices régionaux AI	391, 447

La fixation des prestations

Demandes de devis pour des mesures de réadaptation	152
--	-----

La facturation et le remboursement des frais

Le remboursement des frais des caisses-maladie par l'AI	50
La revision de l'article 78, 2 ^e alinéa, RAI	389
Jurisprudence	38, 40, 86, 87

Le contentieux

Procédure de recours: Préavis de l'OFAS	152
La jurisprudence du TFA dans le domaine de l'AI en 1962	190
De la reconsidération des décisions administratives	251
Jurisprudence	40, 234, 273

L'encouragement de l'aide aux invalides

Pages

La subvention fédérale en faveur de l'aide aux infirmes	54
L'AI et l'aide aux invalides	100, 248
Les subventions pour les frais d'exploitation des écoles spéciales	246
Les subventions de l'AI pour les cours des organisations de l'aide privée aux invalides	450

Divers

Chronique mensuelle	181, 277, 278, 478
-------------------------------	--------------------

Interventions parlementaires

Postulat Klingler, du 10 décembre 1962	63
Postulat Allemann, du 19 décembre 1962	64, 153
Postulat Landolt, du 26 septembre 1962	153
Question écrite Primborgne, du 3 octobre 1962	293
Question écrite Gnägi, du 4 octobre 1962	293
Ouverture de l'office régional AI d'Aarau	66
Abréviation pour « assurance-invalidité »	398
Bibliographie	14, 62, 63, 111, 153, 212, 255, 292, 349, 398, 491

D. L'AIDE AUX INVALIDES

Interventions parlementaires

Postulat Klingler, du 10 décembre 1962	63
--	----

E. LES ALLOCATIONS AUX MILITAIRES POUR PERTE DE GAIN

Chronique mensuelle	47, 92, 181, 237, 369, 370, 477
Comptes d'exploitation 1962	238
La seconde révision du régime des APG	278
Le régime des APG a dix ans	432

Interventions parlementaires

Postulat Berger-Neuchâtel, du 20 septembre 1961	15
Postulat Schütz du 5 juin 1962	15
Postulat Kurmann, du 3 octobre 1962	15
Postulat Raissig, du 18 décembre 1962	63
Bibliographie	111

F. LES ALLOCATIONS FAMILIALES

La loi du canton de Bâle-Campagne sur les allocations pour enfants aux salariés	56
La loi du canton de Schaffhouse sur les allocations pour enfants aux salariés	104

Interventions parlementaires

Question de Courten, du 17 juin 1963	399
Question Kolly, du 20 juin 1963	400

Petites informations concernant les cantons de

Fribourg	65, 112
Neuchâtel	65, 350, 402
Unterwald-le-Bas	65
Berne	112, 257
Genève	153, 350, 491
Vaud	154
Unterwald-le-Haut	155
Zurich	155, 255
Saint-Gall	155
Glaris	257
Bâle-Campagne	258, 401
Schaffhouse	259
Soleure	400, 454
Jurisprudence	44, 309

G. CONVENTIONS SUR LES ASSURANCES SOCIALES

ET ASSURANCES ÉTRANGÈRES

Chronique mensuelle	1, 93, 277, 369, 313, 369, 431, 455, 477
La nouvelle convention en matière de sécurité sociale entre la Suisse et l'Italie	48
L'assurance-pensions en Suède	384

H. DIVERS

Le nouveau chef de la Centrale de compensation (Imbach)	2
Décès d'Aloïs Imbach	47, 91

	Pages
L'Exposition nationale suisse en 1964	141
Les assurances sociales suisses de 1955 à 1961	142
Le nouveau chef de la Centrale de compensation (Colliard)	431
Fin d'année	479
Nouvelles personnelles	16, 66, 113, 155, 402, 454, 491, 492
Répertoire d'adresses	66, 215, 294, 350, 402, 492
Catalogue des imprimés	259, 492
Bibliographie	62, 63, 255, 398, 399