

<b>Zeitschrift:</b>	Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse
<b>Herausgeber:</b>	Union syndicale suisse
<b>Band:</b>	56 (1964)
<b>Heft:</b>	11
<b>Artikel:</b>	L'assurance-invalidité fédérale (AI) : vue spécialement sous l'angle des mesures médicales de réadaptation
<b>Autor:</b>	Buser, Walter
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-385340">https://doi.org/10.5169/seals-385340</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 10.02.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# REVUE SYNDICALE SUISSE

ORGANE MENSUEL DE L'UNION SYNDICALE SUISSE

Supplément trimestriel: «TRAVAIL ET SÉCURITÉ SOCIALE»

---

56<sup>e</sup> année

Novembre

N° 11

---

## L'assurance-invalidité fédérale (AI)

(vue spécialement sous l'angle des mesures médicales de réadaptation)

Par *Walter Buser*

### I. Des origines de l'AI

L'AI repose sur la même base constitutionnelle que l'AVS, à savoir sur l'article 34 *quater* de la Constitution suisse, qui a été adopté par le peuple et les cantons le 6 décembre 1925. L'alinéa 1<sup>er</sup> de cette disposition autorise et oblige la Confédération à instituer « par voie législative l'assurance en cas de vieillesse et l'assurance des survivants ». Il est ensuite prévu qu'« elle (la Confédération) pourra introduire ultérieurement l'assurance en cas d'invalidité ». Cette disposition constitutionnelle fixe, au demeurant, divers points ayant trait au développement futur de ces différentes branches d'assurances sociales. C'est ainsi qu'il est prévu la possibilité de rendre ces assurances obligatoires en général ou pour certaines catégories de citoyens. En outre, il est fait appel au concours des cantons ainsi que, éventuellement, à celui des caisses d'assurances publiques ou privées. Enfin, il est statué que les contributions financières de la Confédération et des cantons n'excéderont pas, en tout, la moitié du montant total nécessaire à l'assurance.

Aux termes de l'article 34 *quater* de la Constitution, il fallait tout d'abord introduire une assurance générale vieillesse et survivants, avant que le législateur suisse ne s'occupe de l'assurance-invalidité. Comme l'instauration de l'AVS n'alla pas sans quelques difficultés – un premier projet de loi fut rejeté par le peuple le 6 décembre 1931 – il s'ensuivit un certain retard également dans l'élaboration de l'AI. Toutefois, depuis 1947, année au cours de laquelle, le 6 juillet, l'AVS fut acceptée par le peuple suisse à l'issue d'une votation digne de mémoire, les interventions en faveur d'une introduction rapide de l'AI, en tant que complément de l'AVS, ne cessèrent de se multiplier. Dans le courant de l'année 1955, le Conseil fédéral nomma une commission d'experts, et, lors de leur session d'été,

en 1959, les Chambres fédérales adoptèrent la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (AI).

Contrairement à ce qui avait été le cas pour l'AVS, la LAI ne fit pas l'objet d'un référendum, en sorte que cette œuvre législative marquante pour la politique sociale suisse en général et pour les assurances sociales en particulier put entrer en vigueur sans retard le 1<sup>er</sup> janvier 1960. Le 17 janvier 1961, le Conseil fédéral édicta en outre le règlement d'exécution de la LAI (RAI), après avoir pris, le 5 janvier 1961, une ordonnance indispensable sur les infirmités congénitales.

## II. Les principes fondamentaux de l'AI

Une des premières caractéristiques essentielles de l'AI est son *caractère obligatoire*, à l'instar de l'AVS. Elle s'étend à toutes les personnes physiques qui ont leur domicile civil en Suisse, soit donc également aux ressortissants étrangers qui sont établis dans notre pays. Elle englobe également les personnes physiques qui sont domiciliées à l'étranger, mais exercent une activité lucrative en Suisse, comme c'est le cas notamment des saisonniers et des frontaliers. Enfin, sont également assujettis à l'AI – en dérogation au principe territorial – les ressortissants suisses qui travaillent à l'étranger pour le compte d'un employeur en Suisse et qui sont rémunérés par celui-ci. Seuls les diplomates étrangers résidant en Suisse ainsi que les fonctionnaires étrangers des organisations internationales sont exceptés de l'assurance. Finalement, il est, comme dans l'AVS, prévu une solution spéciale pour les ressortissants suisses à l'étranger, qui, en adhérant à l'AVS, sont *ipso jure* assujettis à l'AI.

Toutes les personnes assurées sont tenues de payer des cotisations à l'AI, qui, conformément à l'article 3 LAI, s'élèvent à 10% des cotisations dues à l'AVS. Ces cotisations représentent la moitié des dépenses totales de l'assurance, l'autre moitié étant prise en charge par la Confédération et les cantons.

La contrepartie des cotisations versées est constituée par les prestations de l'AI, qui, si l'on fait abstraction de l'aide générale aux invalides, pour ne tenir compte que des prestations individuelles, sont essentiellement de trois sortes:

1. Les mesures de réadaptation.
2. Les rentes.
3. Les allocations pour impotents.

Le législateur de l'AI est parti du principe qu'il fallait accorder la priorité à la réadaptation des invalides. Chaque fois qu'un assuré subit une atteinte à la santé – pouvant être une atteinte à la santé mentale – qui entraîne une diminution de la capacité de gain per-

manente ou du moins de longue durée, il y a lieu d'examiner en premier lieu s'il est possible de le réadapter d'une façon ou d'une autre à la vie économique. Ce n'est que dans les cas où des mesures de réadaptation sont exclues de prime abord ou demeurent sans résultat qu'une rente entre subsidiairement en ligne de compte. Celle-ci peut être complétée d'une allocation pour impotent dans les cas d'assurés gravement atteints, soit – selon le texte légal – pour « les assurés invalides qui sont impotents à tel point que leur état nécessite des soins spéciaux et une garde ». Pour avoir droit à une telle allocation, les assurés doivent par ailleurs se trouver dans la nécessité (ou le besoin), condition qui est vérifiée sur la base des mêmes limites de revenu et de fortune que pour l'octroi des rentes extraordinaires de l'AVS, conformément à l'article 42 LAVS.

Du point de vue de l'*organisation*, l'AI est étroitement liée à l'AVS. L'appareil administratif de l'AVS (caisses de compensation et Centrale suisse de compensation) constitue également l'épine dorsale administrative de l'AI. Néanmoins, il fallut créer des organes supplémentaires pour l'AI; nous en mentionnerons deux: les commissions AI et les offices régionaux chargés de la réadaptation professionnelle des invalides. Les commissions AI sont compétentes pour examiner en premier ressort les demandes de prestations des assurés. Elles se composent, conformément aux exigences de l'article 56 LAI, d'un médecin, d'un spécialiste de la réadaptation, d'un spécialiste du marché du travail et de la formation professionnelle, d'un assistant social et d'un juriste. Les offices régionaux sont, pour leur part, des organes auxiliaires qui examinent, pour le compte des commissions AI, les possibilités et conditions de réadaptation professionnelle des assurés qui sont atteints dans leur santé.

Pour faire valoir leurs droits à l'égard de l'AI, les assurés doivent déposer une demande de prestation auprès de la commission AI, qui est généralement celle du canton de domicile (art. 51 RAI). Il existe des exceptions à cette règle en faveur du personnel de la Confédération et des assurés résidant à l'étranger, qui relèvent de commissions spéciales. Une dernière exception concerne les assurés qui ont été placés dans un établissement ou une famille par les soins d'une autorité cantonale ou communale d'assistance. En pareils cas, c'est la commission du canton dont relève l'autorité d'assistance qui est compétente.

Si la demande est destinée à la Commission AI compétente, cela ne signifie pas qu'elle doive obligatoirement être adressée à cet organe. L'article 67 RAI prévoit en effet que les caisses de compensation et les offices régionaux sont autorisés à recevoir les demandes, de même que les services sociaux de l'aide publique ou privée aux invalides, à charge pour ceux-ci de les transmettre sans retard à la Commission AI compétente. Il va de soi qu'une demande peut également être déposée en d'autres mains (assistance sociale, prêtre

ou pasteur) ou auprès d'une caisse-maladie. La demande n'est toutefois présentée valablement – et ceci peut avoir une importance déterminante pour le début du droit aux prestations – que le jour où elle parvient entre les mains d'un des organes de l'assurance, expressément mentionnés dans la loi (commissions AI, caisses de compensation et offices régionaux).

Dans le même ordre d'idées, disons deux mots du *problème de la légitimation*. Aux termes de l'article 66 RAI – qui est une disposition impérative – l'exercice du droit aux prestations appartient à l'assuré ou à son représentant légal, qui peut agir, le cas échéant, sans le consentement de l'assuré. Pour lui – c'est-à-dire avec le consentement de l'assuré – ont également qualité pour agir le conjoint, les parents en ligne directe ascendante ou descendante, les frères et sœurs « qui l'assistent régulièrement ou prennent soin de lui d'une manière permanente ». Il est donc parfaitement possible que – moyennant une autorisation en bonne et due forme – une caisse-maladie, une association d'employés, une assistante sociale ou une section de l'Association suisse des invalides agisse au nom de l'assuré, pour autant qu'elle l'assiste ou prenne soin régulièrement de lui.

Les *délais* pour présenter la demande forment un chapitre à part. Il appartient en principe aux commissions AI d'arrêter des mesures de réadaptation de toute sorte, dont l'exécution ne peut être entreprise en principe qu'une fois connu le prononcé les ordonnant. Pour divers motifs, notamment en raison de l'urgence de certaines mesures, il n'est souvent pas possible d'attendre le prononcé de la commission. Pour tenir compte de cet état de choses, l'article 78 RAI, dans sa teneur primitive, prévoyait un délai maximum de trois mois à dater du début de l'application de la mesure de réadaptation pour présenter la demande. Par arrêté du Conseil fédéral du 10 juin 1963, ce délai a été étendu à six mois; en outre, il est prévu, outre l'urgence d'une mesure de réadaptation, d'autres « motifs valables » qui rendent excusable la tardivité de la demande. Il convient toutefois de relever que l'ignorance des prescriptions légales n'est pas un motif excusable, non plus d'ailleurs que les renseignements insuffisants que pourrait recevoir l'assuré d'un médecin ou d'un établissement hospitalier.

Quelques indications encore au sujet de la *procédure de recours*. Lorsque la Commission AI, après avoir procédé aux enquêtes nécessaires, a rendu son prononcé, celui-ci est transmis à la caisse de compensation compétente, qui le notifie à l'assuré sous forme d'une décision (art. 74, 2<sup>e</sup> al., RAI). La caisse de compensation devra, le cas échéant, rassembler les pièces nécessaires à la fixation des prestations en espèces (art. 75 RAI).

Au cours de la période d'introduction de l'AI, il est arrivé plus d'une fois que, en raison de l'ampleur des travaux auxquels les commissions AI devaient faire face, leurs prononcés ont été transmis

aux caisses avec un certain retard – parfois de plusieurs semaines. Les assurés durent faire preuve de beaucoup de patience, mais n'en furent pas préjudiciés, car le délai de recours de trente jours ne commençait à courir qu'à la réception de la décision de la caisse de compensation. Dans ce délai, l'assuré peut adresser un recours – soumis à aucune forme particulière – à une des autorités mentionnées à l'article 69 LAI, à savoir à l'autorité de recours cantonale, en première instance, et au Tribunal fédéral des assurances, à Lucerne, en deuxième et dernière instance.

Conformément à la pratique suivie en matière d'AVS, les autorités judiciaires tant cantonales que fédérales se montrent très larges dans l'admission des recours du point de vue formel. C'est ainsi qu'une lettre de réclamation, dans laquelle un assuré ne se déclare pas entièrement satisfait de la décision prise par l'administration, ou une simple demande de l'intéressé au sujet de l'exactitude du calcul de sa rente ou de son indemnité journalière seront généralement considérées comme des recours par les autorités judiciaires et conduiront à un examen général du prononcé de la Commission AI.

Pour conclure ce bref aperçu général de l'AI, mentionnons encore les *mesures d'encouragement de l'aide aux invalides*, qui sont maintenant fixées dans la loi. Les articles 71 et suivants LAI prévoient que des subventions importantes – prélevées non pas sur les recettes générales de la Confédération, mais sur les ressources de l'AI – peuvent être allouées aux institutions de l'aide aux invalides. Peuvent notamment recevoir des subventions les offices de travail, les offices publics d'orientation professionnelle ainsi que les services sociaux de l'aide publique ou privée aux invalides. Les organisations sont entre autres remboursées jusqu'au 50% de leurs frais de matériel et de personnel pour l'orientation professionnelle et le placement d'invalides. En outre, l'assurance alloue des subventions pour la construction, l'agrandissement et la rénovation d'établissements et d'ateliers publiques, ou reconnus d'utilité publique, qui appliquent des mesures de réadaptation dans une proportion importante ou qui occupent des invalides en permanence.

### III. Les mesures de réadaptation

#### A. *Les mesures médicales*

Selon l'article 8 LAI, les prestations de l'assurance en vue de la réadaptation des invalides à la vie professionnelle sont de cinq sortes:

1. Des mesures médicales.
2. Des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement).

3. Des mesures pour la formation scolaire spéciale et en faveur des enfants inaptes à recevoir une instruction.
4. L'octroi de moyens auxiliaires.
5. L'octroi d'indemnités journalières.

La première condition générale mise à l'octroi des mesures de réadaptation est que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente; les mesures sont allouées pour autant qu'elles soient « nécessaires et de nature à améliorer la capacité de gain, à la rétablir, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage ».

Ces dispositions légales ont soulevé, depuis l'introduction de l'AI, pas mal de controverses, et il ne fait pas de doute que pas plus les autorités administratives que judiciaires ne sont en mesure, aujourd'hui encore, de lever définitivement tout malentendu. Le point névralgique concerne essentiellement le premier groupe des mesures de réadaptation de l'AI, soit les *mesures médicales*. Celles-ci sont définies à l'article 12 LAI, qui prévoit que 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* ». Dans un arrêt du 30 décembre 1960, le TFA a précisé à ce sujet:

« Le but commun des mesures de réadaptation est non pas d'améliorer la santé physique ou mentale *pour elle-même*, mais d'éliminer, d'atténuer ou d'éviter les répercussions d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de l'assuré. »

L'octroi de mesures médicales de ce genre implique pour l'AI la prise en charge intégrale des frais de traitement médical ainsi que, à certaines conditions, des soins donnés par le personnel paramédical; l'AI paie en outre les médicaments ordonnés par le médecin et, lorsque l'assuré est hospitalisé, les frais de pension et de soins en division commune. Les frais de traitement entrepris par un chiropraticien, qui n'est pas porteur d'un diplôme médical fédéral, ne sont assumés par l'AI que si le traitement a été ordonné par un médecin diplômé et appliqué sous sa surveillance.

La question essentielle qui se pose constamment en matière de mesures médicales est de délimiter « le traitement de l'affection comme telle » par rapport aux mesures qui « sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ». Un exemple permettra de mieux illustrer ce problème:

Un adulte est atteint de poliomyélite. Il est traité pendant des mois dans un hôpital selon les méthodes et les moyens les plus efficaces de la médecine moderne. On réussit ainsi à le sauver, puis à le réentraîner à la vie professionnelle grâce à un traitement physiothérapeutique, comprenant des massages, des cures de bain, etc.

S'agit-il en l'occurrence du traitement de l'affection comme telle ou d'une mesure médicale propre à conserver la capacité de gain? Ou encore les deux à la fois? La réponse est la suivante: le traitement moderne de la poliomyélite poursuit l'un et l'autre de ces deux buts. La question est dès lors de savoir quels sont les actes médicaux qui appartiennent au traitement de l'affection « comme telle » et qui ne sont pas pris en charge par l'AI, et ceux qui visent à la réadaptation professionnelle et qui sont assumés par l'AI? Le texte légal ne fournit aucune réponse à ce sujet, et le règlement d'exécution lui-même, sur lequel on pensait pouvoir compter pour résoudre ce délicat problème, n'est pas suffisamment explicite. Il contient néanmoins une innovation importante en ce qui concerne la délimitation des mesures médicales de réadaptation. L'article 2 RAI prévoit en effet que les mesures médicales définies à l'article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, comprennent « *les actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée, notamment de nature chirurgicale, physiothérapeutique ou psychothérapeutique* ». Le deuxième alinéa précise en outre que « des actes de médecine interne relatifs à des affections qui nécessitent un traitement périodique ou permanent ne sont pas réputés mesures médicales au sens de la loi ». En limitant les mesures médicales aux actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée et en excluant expressément les actes de médecine relatifs à des affections exigeant un traitement périodique ou permanent, le règlement d'exécution a considérablement restreint la portée de l'article 12 LAI. Rien d'étonnant dès lors que, au sein des commissions de recours et lors de discussions publiques, on ait mis en cause la légalité de cette disposition réglementaire, jusqu'à ce que le Tribunal fédéral des assurances se soit prononcé à ce sujet. Dans un arrêt du 21 octobre 1961, il reconnut que la limitation apportée par le règlement d'exécution était conforme à la volonté du législateur, en précisant notamment que « la limitation des mesures médicales à des actes uniques ou répétés dans une période limitée, prévue par l'article 2, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI, est conforme à la définition donnée à l'article 12 LAI ». Cet arrêt leva un certain nombre de difficultés d'interprétation du texte légal; il en demeure néanmoins suffisamment d'autres pour occuper les tribunaux.

Cela n'a rien d'extraordinaire si l'on tient compte des questions délicates que soulève le problème de délimitation des mesures médicales. Au sein de la Commission fédérale d'experts de même que lors des débats parlementaires on était parfaitement conscient que ce problème ne pouvait être résolu que par la pratique. Ainsi, après que la Commission d'experts pour l'introduction de l'AI eut choisi comme critère de délimitation le *but assigné aux mesures médicales*, elle ne manqua pas de relever que ce critère ne permettait pas de délimiter dans tous les cas les différentes mesures médicales, « *car tout traitement d'une maladie ou des suites d'un accident a, en défi-*

*nitive, pour but l'amélioration de la capacité de gain et, partant, la réadaptation* » (rapport de la Commission fédérale d'experts du 30 novembre 1956, p. 58). Nonobstant ces difficultés, la Commission d'experts estima que la distinction des mesures selon leur but constituait « le critère le plus propre à définir les mesures d'ordre médical à la charge de l'AI et à les distinguer des prestations médico-pharmaceutiques de l'assurance-maladie et de celles de l'assurance-accidents ».

Dans son message du 24 octobre 1958, relatif au projet de loi sur l'assurance-invalidité, le Conseil fédéral relevait également que la distinction des mesures médicales uniquement en fonction de leur but pouvait n'être pas toujours suffisante dans un cas donné et proposait de prévoir pour des maladies déterminées – comme la poliomyélite – une limite dans le temps.

Les premiers jugements des autorités de recours en matière d'AI se caractérisèrent par la recherche de nouveaux critères de délimitation. C'est ainsi qu'on se fonda notamment sur la distinction entre les assurés exerçant ou n'exerçant pas une activité lucrative: on essaya de faire rentrer dans le traitement de l'affection comme telle toutes les mesures qui sont également nécessaires à un assuré sans activité lucrative. Cette méthode n'aboutit qu'à des résultats peu satisfaisants, comme d'ailleurs celle qui consistait à délimiter le traitement de l'affection comme telle des mesures médicales de réadaptation selon que l'affection comportait ou ne comportait pas de danger pour la vie de celui qui en est atteint. Toutes ces tentatives échouèrent finalement du fait qu'un grand nombre de maladies exigent les deux genres de mesures, soit successivement – il faut alors déterminer le moment où le traitement de l'affection comme telle fait place aux mesures de réadaptation – soit parfois conjointement, ce qui rend fort problématique toute distinction.

De son côté, le Tribunal fédéral des assurances a été maintes fois appelé à se prononcer sur ce problème. Nous extrayons de son abondante jurisprudence quelques arrêts illustrant ses recherches de solutions:

#### 1. Dans un arrêt du 28 mars 1961, le TFA émet les principes directeurs suivants:

« S'agissant de mesures médicales, il importe en premier lieu d'établir si elles ont pour objet le traitement de l'affection comme telle (qui n'est pas à la charge de l'AI). Lorsque ce n'est pas le cas, et alors seulement, on considère si ces mesures sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain. (Le texte légal ajoute: « ou à la préserver d'une diminution notable » – article 12, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI – point qui a été purement et simplement négligé par le TFA). Lorsqu'une même mesure sert aussi bien au traitement

qu'à la réadaptation, on examinera *lequel des deux buts visés revêt le plus d'importance.* »

2. Dans un arrêt du 7 décembre 1961, le TFA compléta sa jurisprudence comme suit:

« Si une mesure médicale présente aussi bien les caractéristiques du traitement de l'affection comme telle que celles de la réadaptation à une activité lucrative, on examinera, d'après les circonstances du cas, quel est son but principal. »

3. Dans un autre arrêt du 17 septembre 1962, le TFA introduisit la notion de « but prépondérant »:

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

4. Dans un de ses derniers arrêts, le TFA a encore précisé qu'une mesure médicale avait généralement pour objet le traitement de l'affection comme telle:

« Lorsqu'elle tend à guérir un état pathologique labile et non pas à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une affection, qui se sont stabilisées du point de vue clinique, ou qui sont en voie de l'être. »

On peut se demander toutefois si l'expression « état pathologique labile » est heureuse. Au point de vue de la terminologie, cette formule contient une contradiction. Sans prétendre trouver mieux, on peut lui préférer l'expression plus simple d'*« état pathologique »*, qui servirait à qualifier une affection stabilisée du point de vue clinique, et réserver l'expression de *« processus pathologique »* à une affection en voie d'évolution.

Il peut paraître ridicule de nous arrêter à des questions de cette sorte; il est pourtant certain que si la jurisprudence utilisait une terminologie claire et précise elle contribuerait dans une large mesure à mieux faire comprendre ces dispositions relativement difficiles de la LAI.

Cette recherche d'une solution satisfaisante pour distinguer le traitement de l'affection comme telle des mesures de réadaptation a trouvé son expression dans une abondante série d'arrêts du TFA.

Il a considéré comme *traitement de l'affection comme telle*, ne donnant pas droit à des prestations de l'AI:

- le traitement des brûlures;
- le traitement de la maladie de Scheuermann, même chez des mineurs;
- l'opération d'infections chroniques et purulentes;
- les actes médicaux concernant l'asthme;
- les mesures médicales appliquées à un assuré qui souffre de crises d'angor et d'insuffisance coronarienne;
- l'opération d'une hernie ombilicale;
- le traitement de l'épilepsie essentielle;
- les actes médicaux en cas d'idiotie éréthique;
- le traitement du diabète sucré;
- les cures de désintoxication chez les toxicomanes;
- les contrôles médicaux d'une personne menacée de glaucome et de décollement de la rétine;
- le traitement de l'ostéogenesis imperfecta (friabilité des os);
- les opérations d'hernies discales;
- l'enraissement des vertèbres lombaires par spanarthrodèse en cas de spondylolisthésis;
- la thérapie des cellules fraîches appliquée dans les cas d'oligo-phrénie.

Toutes ces affections concernent des cas particuliers qui ont été portés devant le TFA. On peut néanmoins en tirer, par analogie, un certain nombre de conclusions qui facilitent la détermination des mesures médicales appartenant au traitement de l'affection comme telle, qui ne sont pas prises en charge par l'AI.

On peut en revanche considérer comme *mesures typiques de réadaptation* le traitement des séquelles d'accidents et de maladies, comme celui qui tend à récupérer la capacité fonctionnelle des membres ankylosés ou paralysés. Il peut s'agir de massages, d'une ou plusieurs cures de bains et, éventuellement, d'une opération. Les mesures ne sont toutefois prises en charge par l'AI que si elles sont limitées dans le temps et qu'elles entraînent une amélioration durable de la capacité de gain des assurés. Le TFA a admis que ces conditions étaient réalisées notamment dans les cas typiques suivants:

- bains avec exercices de mobilisation sous l'eau;
- exercices de mobilisation effectués en clinique après opération, pendant une période limitée, dans des cas d'épiphyséolyse et d'enraissement de la hanche;
- enseignement d'orthophonie.

Dans un grand nombre de cas, ainsi que le relève le TFA, les mesures médicales, prises dans leur ensemble, présentent aussi bien les *caractéristiques du traitement de l'affection comme telle que celles de la réadaptation professionnelle*. Elles peuvent alors être

appliquées conjointement ou successivement. Un exemple typique à cet égard est le traitement de la *poliomylérite*, qui a donné lieu à une abondante jurisprudence du TFA. Dans l'arrêt le plus important qu'il a rendu jusqu'à ce jour à propos de cette affection, le TFA a précisé que les actes spéciaux destinés à récupérer la capacité fonctionnelle, qui sont en rapport étroit avec le traitement, ne sont pas réputés mesures médicales de réadaptation tant que le traitement, pris dans son ensemble, vise essentiellement à maintenir le patient en vie.

Conformément à ce principe, on a pris comme critère de délimitation l'enlèvement des canules: avant l'enlèvement, c'est le traitement de l'affection qui prédomine, alors que, après, la réadaptation vient au premier plan. Des considérations analogues trouvent application dans les cas d'attaques apoplectiques ou de fractures du fémur.

Il convient de faire une place à part aux *cures de bains*, en tant que mesures curatives de diverses affections. En ce domaine, le TFA s'en tient strictement à l'article 2 RAI, qui n'admet comme mesures médicales que les actes médicaux uniques ou répétés dans une période de temps limitée. En conformité avec cette disposition, il a refusé la prise en charge de cures de bains, prescrites à intervalles réguliers, dans les cas d'affections rhumatismales, de maladies de Bechterew, de lésions du diaphragme et, finalement, de paralysie infantile. Le TFA a en effet jugé que l'AI n'avait pas à assumer des cures de bains qui sont certes appliquées à intervalles limités, mais ne promettent pas un succès durable.

Conformément au principe selon lequel la prise en charge d'une mesure doit être décidée en fonction de son but, le TFA a, dans de nombreux cas, *considéré le même acte médical tantôt comme le traitement de l'affection comme telle, tantôt comme mesure de réadaptation*. Il en est notamment ainsi de l'*opération de la cataracte*, qui, selon l'âge et la profession du patient, est appréciée fort différemment. Le TFA a jugé que, pour un dentiste de 44 ans, qui a encore devant lui une bonne partie de sa carrière et qui risquerait, sans une telle intervention, de perdre rapidement toute capacité de gain, l'*opération de la cataracte* constituait une mesure de réadaptation. En revanche, dans le cas d'une ménagère de 55 ans qui n'a plus d'enfants à soigner, le TFA a jugé que cette opération appartenait au traitement de l'affection comme telle et ne devait pas être prise en charge par l'AI. Il a également refusé l'octroi de cette mesure envers un représentant âgé de 62 ans, étant donné précisément son âge et son état de santé général. Le TFA s'est laissé guider par les mêmes considérations pour trancher les cas d'*opération d'otosclérose*. Il a ainsi refusé successivement à deux assurés âgés respectivement de 58 et 59 ans de mettre à la charge de l'AI une telle opération, qui, bien que n'appartenant pas en soi au traitement de l'affection

comme telle, ne visait pas non plus, au vu des circonstances du cas, la réadaptation professionnelle des intéressés.

Les *opérations de la coxarthrose* ont fourni au TFA l'occasion d'exposer en détail ses vues en la matière. A la suite d'un premier arrêt, paru en 1961, qui laissait présager une jurisprudence assez large, le TFA exposa, dans un nouvel arrêt du 11 novembre 1963, des motifs qui semblent annoncer un retour à une conception plus stricte en matière d'opérations de la coxarthrose. Nous reproduisons ci-après un des passages essentiels de cet arrêt :

« En règle générale, on ne peut affirmer que l'opération de la coxarthrose vise essentiellement la guérison d'un état pathologique labile et qu'elle fasse partie du traitement proprement dit de l'affection. Même si, pour une hanche plus ou moins abîmée, on peut voir médicalement une stabilisation de l'affection (après la phase pathologique labile), il ne faut pas oublier que souvent l'arthrose elle-même peut encore s'aggraver, ce qui entraîne des douleurs croissantes et d'autres troubles. Si l'on admet néanmoins un état en bonne partie stabilisé, on devra d'autre part appliquer les autres critères de l'article 12 LAI de façon plutôt restrictive. Si ces critères n'apparaissent pas clairement, et si l'affection a un caractère déterminé, l'opération de la coxarthrose ne représente pas une mesure de réadaptation. »

En conformité avec ces considérations, le TFA a refusé, dans l'arrêt en question, la prise en charge d'une opération de la coxarthrose dans le cas d'un agriculteur âgé de 60 ans, en soulignant encore :

« Selon une expertise médicale demandée par la caisse de compensation, l'assuré est atteint d'une invalidité probablement permanente de 60% ; ce sont surtout les fortes douleurs qui ont pu être supprimées par l'intervention chirurgicale. Or, si c'est la suppression des douleurs qui est prépondérante et que la capacité de gain ne s'en trouve pas influencée dans une plus large mesure, on ne peut pas dire que l'opération ait eu pour but essentiel la réadaptation professionnelle. »

Compte tenu des motifs évoqués dans un autre arrêt du TFA, on peut conclure que l'*héraplastie* (greffe de la cornée) constitue également une intervention médicale qui doit être considérée, selon les circonstances, tantôt comme un traitement de l'affection comme telle, tantôt comme une mesure de réadaptation. Pour une ouvrière de fabrique, âgée de 38 ans, une telle opération fut considérée par le TFA comme une mesure de réadaptation.

Il semble que la jurisprudence du TFA accorde un traitement de faveur aux *jeunes assurés*. C'est du moins ce qui ressort d'une série d'arrêts de la Haute Cour, qui a considéré comme mesures de réadaptation en faveur des mineurs – notamment lorsqu'ils sont en âge de formation professionnelle – des actes médicaux qui ne sont pas pris en charge par l'AI lorsqu'ils s'appliquent à des adultes. Il en a été

notamment ainsi pour l'opération d'une épiphyséolyse, de même que pour l'opération de la hanche par suite d'ostéomyélite, ainsi pour l'opération des jambes en O (crura vara) d'un enfant. Ainsi qu'il ressort des motifs invoqués par le TFA, il s'agit dans tous ces cas de prévenir des séquelles possibles.

Les *infirmités congénitales* occupent finalement une place à part dans l'AI. Aux termes de l'article 13 LAI, les assurés mineurs ont droit au traitement des infirmités congénitales qui, vu leur genre, peuvent entraîner une atteinte à la capacité de gain. L'ordonnance concernant les infirmités congénitales du 5 janvier 1961 (OIC) contient la liste des infirmités dont le traitement est assumé par l'AI. On y distingue deux catégories d'infirmités: la première comprend les infirmités dont l'AI assume dans tous les cas les frais de traitement, la seconde concerne les infirmités dont le traitement n'est pas pris en charge par l'AI « lorsque l'infirmité en question n'aura manifestement pas d'influence sur sa capacité de gain » (art. 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> al., OIC). L'article 13 LAI, relatif aux infirmités congénitales, n'est applicable en principe qu'aux assurés mineurs. Toutefois, en vertu de l'article 85, 2<sup>e</sup> alinéa, LAI, les assurés majeurs ont droit également au traitement de leurs infirmités congénitales si celles-ci peuvent être supprimées ou durablement atténuées par des mesures médicales de courte durée. Ce droit est toutefois limité à une période de cinq ans à compter de l'entrée en vigueur de l'AI, soit donc jusqu'à la fin de l'année 1964. En outre, il faut, pour qu'elle soit prise en charge par l'AI, que l'infirmité congénitale ait nécessité un traitement avant la majorité de celui qui en est atteint.

### *B. Les mesures de réadaptation professionnelle (y compris la formation scolaire)*

A côté des mesures médicales, l'AI connaît des mesures d'ordre professionnel destinées à réadapter les invalides à la vie économique, telles que l'orientation professionnelle par les soins des spécialistes formés par l'AI (art. 15 LAI), la formation professionnelle initiale (art. 16 LAI), le reclassement dans une nouvelle profession (art. 17 LAI), le service du placement (art. 18 LAI) et l'aide en capital (art. 18 LAI et 7 RAI). Cette dernière prestation a occupé le TFA à maintes reprises dès 1960. Il a jugé à ce propos que les commissions AI devaient examiner, d'une manière très stricte, dans chaque cas d'espèce, si les conditions légales mises à l'octroi d'une telle aide étaient remplies, mais que, lorsque tel est le cas, l'assuré avait un droit légal à cette prestation. En revanche, il est exclu de financer l'achat d'un véhicule automobile par ce moyen.

L'AI alloue en outre des subsides pour la formation scolaire spéciale de mineurs dont le quotient d'intelligence ne dépasse pas 75, ainsi qu'une contribution aux frais d'entretien de mineurs inaptes

à recevoir une instruction, qui doivent être placés dans des établissement spéciaux. A certaines conditions (surveillance des soins donnés, cette contribution peut être allouée même si l'enfant est soigné à la maison ou dans une famille.

### *C. Les moyens auxiliaires*

Les moyens auxiliaires constituent une autre forme de mesures propres à réadapter les invalides à la vie professionnelle. Ils sont prévus à l'article 21 LAI, qui dispose: « 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. Les frais de prothèses dentaires, de lunettes et de supports plantaires ne sont pris en charge par l'assurance que si ces moyens auxiliaires sont le complément important de mesures médicales de réadaptation. »

Il résulte de ce texte légal que l'octroi de moyens auxiliaires ne constitue pas une mesure médicale au sens propre de ce terme. Comme nous venons de le voir, les frais de prothèses dentaires, de lunettes et de supports plantaires ne sont pris en charge que si ces moyens constituent un complément important des mesures médicales de réadaptation. En revanche, les autres moyens auxiliaires sont pris en charge par l'AI indépendamment de l'octroi de mesures médicales, soit, le cas échéant, même si de telles mesures ont été refusées.

Quels sont ces divers moyens auxiliaires? Leur liste figure à l'article 14 du règlement d'exécution, selon l'ordre suivant:

1. Membres artificiels, tels que pieds, jambes, mains et bras, y compris leurs accessoires.
2. Appareils de soutien et de marche, tels qu'appareils pour les jambes ou les bras, corsets orthopédiques, supports de tête, attelles, gouttières et bandages orthopédiques, chaussures orthopédiques et supports plantaires.
3. Moyens auxiliaires pour les affections crâniennes et de la face, tels que prothèses dentaires, prothèses de remplacement du maxillaire, plaques palatines, yeux artificiels et perruques.
4. Moyens auxiliaires pour les organes sensoriels, tels qu'appareils acoustiques et lunettes.
5. Moyens auxiliaires pour les organes internes.
6. Moyens auxiliaires pour la vie quotidienne, tels que chiens-guides pour aveugles, cannes, bâquilles, cannes-bâquilles, barres d'appui, chaises et lits spéciaux, potences et étriers, appareils pour s'habiller, manger, faire sa toilette, pour écrire et pour lire.
7. Véhicules adaptés à l'infirmité en question: fauteuils roulants pour la chambre et pour la rue, tricycles de marche avec bâquilles, cycles à deux ou trois roues, scooters à deux ou trois roues, scooters à cabine, voitures automobiles légères.

8. Installations auxiliaires au poste de travail, tels que sièges et instruments de travail spéciaux, aménagements permettant d'utiliser certains appareils ou machines, aménagement de la surface de travail et des installations mécaniques, ainsi que des locaux de travail.

L'article 15 RAI subordonne l'octroi de moyens auxiliaires à la condition que les assurés en aient besoin pour exercer une activité lucrative ou pour accomplir leurs travaux habituels (ménagères, religieuses), pour étudier ou pour apprendre un métier, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle. Les moyens auxiliaires sont remis aux assurés en toute propriété ou en prêt.

L'assurance assume les frais causés à l'invalide par l'entraînement à l'usage d'un moyen auxiliaire. Cette dernière disposition revêt une importance particulière lors de la remise de véhicules à moteur, étant donné que l'AI paie dans ce cas les cours de conduite.

La question de la réparation ou du remplacement de moyens auxiliaires remis est également réglée. L'article 16, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI prévoit à ce propos ce qui suit:

« L'assurance assume, à défaut d'un tiers responsable, les frais de réparation, d'adaptation ou de remplacement partiel découlant de l'usage normal d'un moyen auxiliaire fourni par elle. Lorsqu'il s'agit de véhicules à moteur, elle n'assume ces frais que dans la mesure où les réparations et renouvellements sont causés par l'utilisation du véhicule entre le domicile de l'assuré et son lieu de travail. Les menus frais sont cependant à la charge de l'assuré. »

Cette disposition est particulièrement importante pour la réparation ou le remplacement des *véhicules à moteur*, dont la remise soulève les questions les plus controversées en matière de moyens auxiliaires. L'article 15, 2<sup>e</sup> alinéa, RAI soumet la remise de véhicules automobiles à une restriction sensible: ceux-ci seront fournis « aux seul assurés qui peuvent d'une manière durable exercer une activité lucrative 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 ». Les instances judiciaires ont donné aux termes « peuvent d'une manière durable exercer une activité lucrative leur permettant de couvrir leurs besoins » une interprétation stricte, afin d'éviter que des véhicules à moteur ne soient remis à des assurés qui ne les utiliserait pas à des fins de réadaptation. Mais la question la plus controversée a été de savoir ce qu'il fallait entendre par les termes « qui ne sont pas en mesure de se rendre à leur travail ». L'Office fédéral des assurances sociales avait admis tout d'abord qu'il fallait entendre par là uniquement des déficiences de l'appareil locomoteur, au sens propre du terme. Toutefois, le TFA a jugé que les conditions de remise étaient également réunies dans les cas d'assurés qui sont empêchés de se déplacer en raison d'autres affec-

tions (telles qu'asthme, troubles cardiaques, etc.). Par ailleurs, l'Office fédéral et le TFA ont été d'accord pour admettre qu'un véhicule à moteur ne pouvait être fourni aux frais de l'AI que s'il était nécessaire pour sauvegarder la capacité de gain d'un assuré et non pas pour le motif déjà qu'il constitue un moyen indispensable ou usuel à l'exercice de sa profession. Dans tous les cas où un assuré a besoin d'un véhicule à moteur, indépendamment de son invalidité, par exemple s'il habite dans une localité éloignée de son lieu de travail, qui n'est pas desservie par des transports publics, ou s'il exerce son activité de représentant dans un vaste rayon, les conditions du droit à un véhicule automobile font défaut. En revanche, en pareils cas, l'AI prend à sa charge les frais de transformation du véhicule rendus nécessaires par l'invalidité.

Un problème spécial s'est posé à l'égard des assurés invalides qui avaient acquis, à leurs frais, un véhicule à moteur *avant l'entrée en vigueur de l'AI (1<sup>er</sup> janvier 1960)*. Le TFA a décidé que, dans tous les cas où un assuré avait en principe droit à un tel véhicule en vertu des dispositions légales, l'AI devait assumer les frais de réparations jusqu'à concurrence de ceux qui lui incomberaient si elle avait fourni elle-même une voiture. Le TFA ne consentit une contribution aux frais d'entretien, comme il aurait été possible de le faire pour des motifs d'équité en se fondant par analogie sur l'article 16, 3<sup>e</sup> alinéa, RAI (au maximum 50 fr. par mois), que dans les cas pénibles au sens de l'article 42 LAVS.

#### D. Les indemnités journalières

Les indemnités journalières ne font pas partie de la réadaptation à proprement parler, mais constituent des prestations complémentaires importantes et parfois même indispensables, du point de vue économique, à l'application d'un plan de réadaptation. Les indemnités journalières, qui sont réglées aux articles 22 à 25 de la LAI et 17 à 22 du règlement d'exécution, sont destinées, en effet, à assurer l'existence de l'assuré et de sa famille durant l'application des mesures de réadaptation accordées. La réglementation qui les régit a été reprise du régime des allocations aux militaires pour perte de gain; mais le montant des indemnités a été augmenté du fait des suppléments importants qui ont été prévus. En ce qui concerne le cumul éventuel avec des prestations d'autres branches des assurances sociales, il y a lieu de relever que les assurés qui reçoivent une indemnité de chômage de l'assurance obligatoire en cas d'accidents ou de l'assurance militaire n'ont pas droit aux indemnités journalières de l'AI. En revanche, elles peuvent être cumulées avec les indemnités journalières de l'assurance-maladie à moins qu'il en résulte une surassurance.

Conformément à leur but, les indemnités journalières sont versées principalement *pendant* la réadaptation, à la condition que l'assuré

soit, durant trois jours consécutifs au moins, empêché par des mesures de réadaptation d'exercer une activité lucrative ou qu'il présente une incapacité de travail d'au moins 50%. Le reclassement professionnel, auquel il faut ajouter la rééducation dans la même profession, constitue un exemple typique de situation ouvrant droit à des indemnités journalières.

Le législateur a d'autre part prévu l'octroi d'une indemnité journalière pour la période qui précède l'application de mesures de réadaptation et même, dans certains cas, pour la période *postérieure* à la réadaptation.

L'octroi d'une indemnité journalière *antérieurement* à la réadaptation est possible dans les deux cas suivants:

### 1. *Pendant la durée de l'instruction.*

L'assuré qui se soumet pendant deux jours consécutifs au moins à un examen ordonné par la Commission AI pour juger du bien-fondé de sa demande (par exemple pour fixer sa capacité de travail) a droit à une indemnité journalière *pour chaque jour d'examen*.

### 2. *Pendant les délais d'attente.*

Lorsqu'un assuré s'est vu allouer des mesures de réadaptation qui, pour des motifs indépendants de sa volonté (par exemple, manque de place dans un atelier de réadaptation), ne peuvent être appliquées, il a droit, s'il présente une incapacité de travail de 50% au moins, à une indemnité journalière pour chaque jour du délai d'attente à dater du prononcé de la Commission AI. Il en va de même pour les périodes qui séparent l'application de deux sortes de mesures de réadaptation, si l'assuré est incapable de travailler pour la moitié au moins. En pareils cas, toutefois, l'indemnité ne peut être allouée que pour cent vingt jours en tout. L'assuré a droit à une indemnité journalière pour la période *consécutive* à l'application des mesures de réadaptation s'il doit attendre qu'un emploi convenable lui soit trouvé ensuite d'un reclassement. Mais, dans ce cas également, l'indemnité ne peut être allouée que pendant trente jours en plus. Si, malgré les efforts entrepris, les démarches demeurent sans succès, il y a lieu d'examiner le cas échéant la possibilité de l'octroi d'une rente.

## IV. Les rentes et les allocations pour impotents

Lorsque les mesures de réadaptation demeurent sans résultat ou apparaissent de prime abord inutiles, l'assuré a droit à une rente, conformément aux articles 28 et 29 de la loi sur l'assurance-invalidité.

En principe donc, une rente n'est allouée que lorsque les mesures

de réadaptation n'entrent plus en ligne de compte. Toutefois, il est possible de bénéficier des mesures de réadaptation conjointement avec une rente, mais dans une mesure fort restreinte. Tel est le cas de mesures qui sont destinées à conserver une capacité de gain partielle, comme par exemple l'octroi d'une prothèse. Si, en revanche, une mesure de réadaptation est de nature à modifier le degré d'invalidité de l'assuré, il y a lieu de supprimer la rente et de lui substituer des mesures de réadaptation et des indemnités journalières.

Les rentes peuvent être classées en fonction du degré d'invalidité, de l'état civil et des cotisations de l'assuré. D'après le *degré d'invalidité*, on distingue la rente entière revenant à l'assuré qui est invalide pour plus des deux tiers, et la demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou, dans les cas pénibles, à 40% au moins. Selon l'*état civil* de l'assuré, il y aura lieu de lui accorder une rente simple ou une rente pour couple (lorsque les deux époux sont invalides) et, le cas échéant, des rentes complémentaires en faveur de l'épouse qui n'est pas invalide et n'a pas encore accompli sa 60<sup>e</sup> année, et en faveur des enfants mineurs. Selon que l'assuré *a ou n'a pas payé de cotisations*, il aura droit à une rente ordinaire ou extraordinaire qui peut être complète ou réduite.

La principale difficulté en matière de rentes réside dans la fixation du degré d'invalidité. *L'AI n'assure pas la santé comme telle ou l'atteinte à la santé, mais la capacité de gain*. Dès lors, les tables d'invalidité et les évaluations purement médicales, appliquées en matière d'assurance obligatoire contre les accidents et dans les assurances-invalidité privées, n'entrent pas en ligne de compte en matière d'AI. Le degré d'invalidité est évalué en fonction de critères économiques, encore que l'appréciation médicale puisse servir d'indice. L'invalidité des personnes qui n'exercent pas d'activité lucrative – qui sont également assurées et peuvent le cas échéant prétendre une rente – est évaluée en fonction de leur empêchement d'accomplir leurs travaux habituels. Cela est notamment valable pour les ménagères, les étudiants et les religieux.

Pour fixer le degré d'invalidité, il y a lieu de comparer entre eux deux revenus hypothétiques: le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, compte tenu de son état de santé et d'une situation équilibrée du marché du travail, et le revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide. La différence entre ces deux revenus, exprimée en pour-cent, indique la diminution que sa capacité de gain a subie. Si cette diminution atteint 50%, ou, dans les cas pénibles, 40%, l'assuré a droit à une demi-rente; si elle atteint ou dépasse 62½%, il a droit à une rente entière (art. 28, 1<sup>er</sup> al., LAI). Par incapacité de gain, on entend la diminution future probable et moyenne des possibilités de gain sur l'ensemble du marché entrant en considération pour l'assuré.

La détermination des revenus hypothétiques à prendre en compte n'est pas toujours facile. Elle est particulièrement délicate dans les cas d'assurés indépendants qui sont à la tête d'une entreprise familiale. Elle est également compliquée chaque fois que l'assuré prétend travailler au-delà de ses forces ou toucher un salaire social qui ne correspond pas à la prestation de travail qu'il fournit effectivement. Une réglementation spéciale fixe le revenu hypothétique à prendre en compte pour les assurés qui n'ont pas acquis de formation professionnelle en raison de leur invalidité.

Le moment de l'ouverture du droit à la rente soulève également des problèmes fort délicats. L'article 29 LAI prévoit que l'assuré a droit à la rente dès qu'il présente une incapacité *permanente* de gain de la moitié au moins ou dès qu'il a été totalement incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs – sous réserve d'une reprise de travail de 30 jours au total – et subit encore une incapacité de gain de la moitié au moins. Dans la pratique, il est souvent difficile de fixer le moment à partir duquel l'assuré présente une invalidité permanente. Ce sera généralement le cas lorsque, à la suite d'une maladie ou d'un accident, il persiste une atteinte durable à la santé (sous forme par exemple de paralysie), qui ne peut plus être améliorée par un traitement médical ou contournée par des mesures de réadaptation. On peut également admettre l'existence d'une invalidité permanente lorsqu'une affection, comme la sclérose en plaques ou la schizophrénie, suivra, selon toute vraisemblance, un cours chronique. En revanche, la jurisprudence du TFA nie l'existence d'une invalidité permanente dans les cas d'affections aiguës, telles que les tumeurs malignes, même si ces affections conduisent selon toute probabilité au décès. En pareils cas, le droit à la rente ne prend naissance qu'à l'expiration du délai de 360 jours, durant lequel l'assuré doit avoir été totalement incapable de travailler.

Les dernières prestations à mentionner sont les *allocations pour impotents*, qui constituent de précieux compléments aux rentes. Elles sont allouées aux assurés nécessiteux qui ont besoin « de soins spéciaux et d'une garde. » La condition de nécessité prévue pour l'octroi de ces prestations est tout à fait contraire au système retenu; sans doute sera-t-elle levée un jour, surtout si l'on considère que, pour déterminer le revenu à prendre en compte, il n'est pas prévu de déduction pour les frais souvent fort élevés de médecin et de pharmacie auxquels doivent généralement faire face les assurés qui ont besoin de telles allocations. Aujourd'hui, cette anomalie a été corrigée par le TFA. L'impotence, qui doit avoir en principe un caractère permanent, peut être plus ou moins élevée. Le règlement d'exécution connaît trois degré d'impotence, établis en fonction de l'aide plus ou moins grande dont a besoin un assuré de la part de tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Selon son degré

d'impotence, l'assuré recevra une allocation d'un tiers, de deux tiers ou une allocation entière, qui se monte actuellement à 1500 fr. par an. Lors du calcul du revenu à prendre en compte afin de déterminer l'état de nécessité, il y a lieu de prendre en considération la rente AI, même si celle-ci a été accordée au cours de la même procédure administrative.

L'allocation pour impotent continue à être versée à l'assuré qui a atteint l'âge ouvrant droit à une rente de l'AVS. En revanche, les assurés qui deviennent impotents après cet âge n'ont plus droit à l'allocation, conformément au principe général selon lequel les prestations de l'AI cessent d'être allouées aux hommes qui ont accompli leur 65<sup>e</sup> année et aux femmes qui ont accompli leur 62<sup>e</sup> année. Ce traitement différentiel des vieillards est encore moins défendable, sinon plus choquant que la condition de nécessité.

\*

Ainsi qu'il ressort de ce bref exposé sur les premières expériences faites en matière d'AI, le dernier-né de la sécurité sociale suisse représente une œuvre déjà fort valable. Il appartiendra aux autorités législatives de corriger les lacunes que la pratique a révélées. Dès que la loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, qui est actuellement en préparation, aura été adoptée, il faudra songer à une revision de la loi sur l'assurance-invalidité. Elle nécessitera sans doute un travail long, difficile et délicat de la part de tous ceux qui y sont intéressés.

## La lutte contre la famine et le centre de Turin

Par René-A. Gausi

Un des phénomènes les plus encourageants des années d'après-guerre, c'est que les pays hautement industrialisés ont pris conscience du problème de l'inégalité entre les nations. Cet état d'esprit a permis aux institutions internationales spécialisées d'étudier et de mettre en œuvre les moyens d'aider les pays insuffisamment développés à se tirer d'affaire eux-mêmes.

Malgré cela, la pauvreté, la sous-alimentation et la maladie demeurent une sombre réalité pour des millions d'êtres humains. N'est-il pas vrai que plus de la moitié de la population de la planète est encore assiégée par la famine et l'inanition? Que trois hommes sur quatre souffrent d'apathie physique et intellectuelle et que leur résistance à la maladie infectieuse est très inférieure à la moyenne? Cet état de choses est certes dû en grande partie au caractère pri-