

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 31 décembre 1964, en la cause A. G.

Articles 4 et 9 LAVS. Le subside fédéral aux détenteurs de bétail dans les régions de montagne fait partie du revenu provenant de l'activité indépendante.

Articoli 4 e 9 LAVS. Il sussidio federale ai detentori di bestiame bovino nelle regioni di montagna fa parte del reddito proveniente da attività indipendente.

Extrait des considérants:

... C'est avec raison que le subside fédéral a été compté dans le gain de l'activité lucrative. En effet, ce subside est en étroite relation avec les prix des produits fixés ou garantis par l'Etat et représente une compensation pour les paysans de la montagne, qui ne peuvent pas profiter des augmentations du prix du lait dans la même mesure que les paysans de la plaine...

Arrêt du TFA, du 25 août 1964, en la cause L. S.

Articles 17, lettre b, et 22 RAVS. Il est licite de déterminer forfaitairement le gain annuel de l'activité lucrative provenant d'une exploitation forestière en estimant, conformément à la pratique suivie en matière fiscale, l'augmentation de valeur due à l'accroissement des forêts. (Considérant 1.)

Articles 3, 2^e alinéa, lettre c, et 8, 2^e alinéa, LAVS. L'article 8, 2^e alinéa, LAVS (paiement facultatif des cotisations) vaut pour la veuve non active, mais par ailleurs bénéficiaire d'un gain de l'activité indépendante inférieure à 600 francs par an, comme il s'applique à l'épouse sans activité lucrative dans la même situation. (Considérants 2 et 3.)

Articoli 17, lettera b, e 22 OAVS. È lecito stabilire in modo complessivo il reddito annuo dell'attività lucrativa proveniente dallo sfruttamento di

boschi, valutando, conformemente alla prassi seguita in materia fiscale, l'aumento del valore dovuto all'accrescimento dei boschi. (Considerando 1.)

Articoli 3, capoverso 2, lettera c, e 8, capoverso 2, LAVS. L'articolo 8, capoverso 2, LAI (pagamento facoltativo dei contributi) fa stato per la vedova che non esercita un'attività lucrative, ma che d'altronde beneficia di un reddito inferiore a 600 franchi l'anno proveniente da un'attività indépendante, come è applicabile per la moglie che non esercita un'attività lucrative nella stessa situazione. (Considerandi 2 e 3.)

L'assurée n'exerce pas d'activité lucrative mais possède une forêt. Se fondant sur la communication fiscale indiquant que la jouissance de cette forêt avait procuré à l'intéressée un gain annuel de 430 francs, la caisse de compensation décida que l'assurée devait verser la cotisation minimum légale.

La veuve forma recours contre cette décision en alléguant que la forêt n'avait rapporté un gain que pendant une année, car des arbres endommagés par le poids de la neige avaient dû être abattus et le bois vendu. La commission de recours rejeta ce recours en considérant l'article 8, 2^e alinéa, LAVS comme n'étant pas applicable en l'espèce. Le TFA a, pour les motifs suivants, admis l'appel interjeté contre le jugement cantonal :

1. L'appelante, qui hormis le gain litigieux ne touche aucun revenu provenant d'une activité indépendante ou dépendante, allègue, dans l'essentiel, que sa forêt n'a eu un rendement qu'au printemps 1963. Le préposé de l'agence communale de la caisse le confirme en déclarant que pendant les années normales, c'est-à-dire celles où le vent et la neige n'avaient pas endommagé le bois, la forêt n'avait pas été exploitée. Il veut apparemment dire par là que l'appelante n'a acquis aucun gain de l'activité indépendante dans les années 1958 à 1962, et qu'elle ne doit donc aucune cotisation pour cette période. Cet argument est cependant sans valeur. Comme la caisse de compensation l'a expliqué dans la procédure de recours, l'autorité fiscale a fixé à forfait le revenu annuel provenant de l'exploitation forestière en estimant l'augmentation annuelle de valeur présumée de la forêt, sans égard au fait qu'il y ait eu ou non des coupes de bois. La caisse de compensation était, pour des raisons administratives, fondée à s'en tenir à cette pratique fiscale.

Il faut donc admettre que l'appelante a eu, pour la période de 1958 à 1963, un revenu annuel provenant d'une activité indépendante s'élevant à 295 francs, si l'on tient compte de l'intérêt du capital propre engagé (art. 17, lettre b, RAVS). La question est de savoir si elle doit les cotisations sur ce revenu ou si elle en est exonérée en sa qualité de veuve sans activité lucrative (art. 3, 2^e al., lettre c, LAVS).

2. Il découle de l'article 10, 1^{er} alinéa, LAVS que des cotisations personnelles ou paritaires sont en principe dues sur tout gain du travail, si minime soit-il. Même celui qui n'exerce aucune activité doit verser des cotisations pour autant qu'il n'a pas été expressément délié de cette obligation; c'est le cas par exemple des épouses non actives d'assurés et des veuves n'exerçant aucune activité lucrative (art. 3, 2^e al., lettres b et c, LAVS). Le législateur a toutefois prévu deux exceptions à l'obligation des personnes actives de payer des cotisations: Si elles sont inférieures à 600 francs par an, les rémunérations de minime importance pour des activités accessoires peuvent être exclues du salaire déterminant, à condition que ces rémunérations soient uniques ou seulement occasionnelles (art. 5, 5^e al., LAVS, en relation avec l'art. 8 bis, RAVS). En outre, aucune cotisation n'est perçue sur un revenu annuel inférieur à 600 francs provenant de l'activité indépendante, exercée à titre accessoire par une personne dont l'activité

principale est salariée, et pour autant que l'intéressé ne demande pas explicitement à payer des cotisations sur un tel revenu (art. 8, 2^e al., LAVS; arrêt du 28 novembre 1952 en la cause E. N., ATFA 1952, p. 245 = RCC 1953, p. 27). A cet égard, la jurisprudence admet que l'épouse n'exerçant pas d'activité lucrative est considérée comme ayant une profession principale de ménagère et de mère. Elle en déduit que l'épouse garde sa qualité de personne n'exerçant aucune activité lucrative, au sens de l'article 3, 2^e alinéa, lettre b, LAVS, en dépit d'un gain infime provenant d'une activité accessoire indépendante (arrêts du 22 août 1951 en la cause V. M., RCC 1951, p. 383, et du 4 janvier 1954 en la cause R. H., RCC 1954, p. 113). Il s'agit en l'espèce de décider si la veuve qui, autant qu'on puisse en juger d'après le dossier, travaille en qualité de ménagère et de mère, et qui est dès lors exonérée en soi des cotisations en tant que personne n'exerçant aucune activité lucrative (art. 3, 2^e al., lettre c, LAVS), ne se trouve plus libérée de cette obligation du seul fait d'un gain infime au sens de l'article 8, 2^e alinéa, LAVS, ou bien s'il ne faut pas plutôt la traiter comme l'épouse, conformément à la pratique exposée ci-dessus.

3. Afin de simplifier l'application administrative et pour empêcher l'assujettissement de gains accessoires peu importants, voire infimes, on avait fixé à l'article 19 RAVS (teneur du 31 octobre 1947), une règle ne soumettant aux cotisations le gain d'une activité indépendante accessoire que si ce gain dépasse 600 francs par an. Ce système ayant fait ses preuves, mais se fondant sur une disposition réglementaire dont la légalité suscitait des doutes, le Conseil fédéral, dans son projet de loi du 9 juin 1950 modifiant la LAVS, envisageait une réglementation analogue (voir le message relatif à ce projet, au chapitre II/2, lettre c). Après que l'on eut souligné, au cours des délibérations des commissions du Conseil national et du Conseil des Etats, que le complément projeté à l'article 8, 2^e alinéa, LAVS visait à « simplifier le travail administratif », le rapporteur du Conseil des Etats exposa ce qui suit (Bulletin sténographique, 1950, p. 382):

« Le nouvel alinéa 2 de l'article 8 précise les règles concernant la perception d'une cotisation sur un revenu provenant d'une activité indépendante exercée à titre accessoire, dont le montant ne dépasse pas 600 francs par an. Les cotisations ne doivent être perçues sur des gains infimes qu'à la demande de l'assuré. En effet, les frais administratifs ne seraient pas en rapport avec le résultat obtenu, si bien que l'on peut sans réserve s'abstenir de percevoir de telles cotisations aussi longtemps que l'assuré n'en réclame pas le paiement. »

Les travaux préparatoires montrent donc que la phrase finale de l'article 8, 2^e alinéa, LAVS a été introduite en vue de simplifier le travail administratif et pour des raisons d'économie.

Si l'on considère le problème sous cet angle, il est sans importance que le revenu infime soit réalisé par l'épouse sans activité lucrative d'un assuré ou par une veuve non active. Par conséquent, il ne faut pas percevoir de cotisations sur le revenu inférieur à 600 francs par an provenant de l'activité indépendante d'une veuve, par ailleurs sans activité lucrative, si la veuve ne le demande pas.

Certes, la caisse de compensation objecte à cela qu'une telle jurisprudence conduit à une inégalité de traitement parmi les veuves, à cause de l'estimation fiscale forfaitaire du gain forestier, en ce sens que les veuves dont le fisc estime le même gain à son montant réel et non plus forfaitairement se verraient, le cas échéant, soumises à l'obligation de verser des cotisations. Mais cet argument ne justifie pas le recours à une autre solution. L'assuré conserve la possibilité d'acquitter les cotisations sur le gain, s'il le désire; il n'y a donc pas lieu de le contraindre à un tel paiement. Il faut par ailleurs s'accommoder d'une autre inégalité, qui existe entre le gain accessoire

indépendant et celui de l'activité salariée, du fait que l'on admet un gain accessoire salarié seulement là où ce gain est acquis une seule fois, ou occasionnellement, tandis que le gain accessoire indépendant peut aussi être régulier.

RENTES

Arrêt du TFA, du 4 novembre 1964, en la cause M. D.

Article 18, 3^e alinéa, LAVS. La citoyenne américaine qui a épousé un ressortissant britannique tout en conservant sa nationalité d'origine n'est pas exclue a priori du droit au remboursement de ses cotisations.

Articolo 18, capoverso 3, LAVS. La cittadina americana che ha sposato un cittadino inglese, mantenendo la sua nazionalità di origine, non è esclusa a priori dal diritto al rimborso dei suoi contributi.

L'assurée, née en 1933, ressortissante des Etats-Unis a épousé en 1960 un ressortissant britannique tout en conservant uniquement sa nationalité d'origine. S'apprêtant à quitter définitivement la Suisse, elle présenta une demande de remboursement de ses cotisations en avril 1963. La caisse de compensation refusa de faire droit à cette demande, alléguant que l'intéressée tombait sous le coup des dispositions de la convention anglo-suisse du 16 janvier 1953 en matière d'assurances sociales, et cela en sa qualité d'épouse d'un ressortissant britannique. Sur recours de l'assurée, l'autorité de première instance, considérant que l'intéressée avait en principe droit au remboursement de ses cotisations en tant que citoyenne américaine, annula la décision attaquée et enjoignit à la caisse de compensation de rendre une nouvelle décision comportant, le cas échéant, la détermination du montant à rembourser.

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

Aux termes de l'article 18, 3^e alinéa, LAVS, les cotisations personnelles — qui n'ouvrent pas un droit à une rente — peuvent exceptionnellement être remboursées aux étrangers avec le pays d'origine desquels une convention n'a pas été conclue, à certaines conditions que le Conseil fédéral a fixées dans l'ordonnance sur le remboursement aux étrangers et aux apatrides des cotisations versées à l'AVS, du 14 mars 1952 (OR).

Si la Suisse a conclu le 16 janvier 1953 une convention en matière d'assurances sociales avec le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, elle n'est en revanche pas liée avec les Etats-Unis d'Amérique par un tel accord. Les Etats-Unis d'Amérique ne figurent pas non plus dans la liste des Etats avec lesquels la conclusion d'une convention en matière d'assurances sociales peut être envisagée dans un proche avenir, circonstance qui se fût également opposée au remboursement des cotisations litigieuses (cf. art. 1^{er}, 1^{er} al., et 9, 3^e al., OR).

La seule question à examiner dans l'espèce est dès lors celle de savoir si la loi autorise d'exclure du droit au remboursement des cotisations toute épouse assurée, dont le pays d'origine n'a pas conclu de convention en matière d'assurances sociales avec la Suisse, mais dont le mari est ressortissant d'un Etat lié avec la Suisse par un tel accord. La réponse est assurément négative. Une formule générale d'exclusion aussi catégorique, qui ne tient aucun compte de l'âge, de la situation et de la rési-

dence des intéressés, est en effet contraire au texte clair de la loi — comme l'ont du reste relevé les premiers juges — et englobe des cas dans lesquels elle conduirait à un résultat manifestement opposé à l'article 18, 3^e alinéa, LAVS, et à l'ordonnance précitée. Aussi les directives contenues dans la circulaire N° 57 de l'OFAS, du 17 mars 1952, chapitre B, section II, 1, b, ne sauraient-elles être approuvées sur ce point.

Il s'ensuit qu'en principe, la seule nationalité britannique du mari de la requérante, citoyenne des Etats-Unis d'Amérique, ne s'oppose pas au remboursement des cotisations litigieuses. Cela ne signifie toutefois nullement que ces dernières puissent en l'occurrence être restituées à l'intimée. Car, si le remboursement des cotisations est bien subordonné à l'absence de convention entre la Suisse et le pays d'origine du requérant, il est soumis à d'autres conditions encore, notamment à celles que, selon toute prévision, l'intéressé cesse définitivement d'être assuré (cf. les art. 1^{er}, 1^{er} al., et 2, 1^{er} al., OR). Or, on peut se demander s'il est possible de considérer cette condition comme remplie lorsqu'on se trouve en présence d'un couple dont l'aîné n'a, comme dans l'espèce, que 31 ans; on peut se demander également si, de manière générale et sauf circonstances tout à fait spéciales, le remboursement des cotisations en vertu de l'article 18, 3^e alinéa, LAVS ne doit pas être refusé jusqu'à un âge bien plus proche de la limite fixée pour l'ouverture du droit à une rente de vieillesse. Les premiers juges ont toutefois laissé indécise cette question, et d'autres encore, afin de ne pas priver les parties d'un degré de juridiction, la caisse de compensation n'ayant statué que sur la recevabilité d'une demande de remboursement de cotisations présentée par une Américaine épouse d'un ressortissant britannique. Il se justifie dès lors de rejeter l'appel et de confirmer, ainsi, le renvoi de l'affaire à la caisse de compensation pour nouvelle décision, dans le sens des considérants du jugement attaqué.

Arrêt du TFA, du 13 novembre 1964, en la cause E. S.

Article 43 bis, lettre c, LAVS. Si l'épouse bénéficie d'une rente extraordinaire de vieillesse simple, non soumise aux limites de revenu que prévoit l'article 42 LAVS, ce privilège tombe dès que le mari atteint l'âge donnant droit à une rente AVS; le fait que le mari renonce à faire valoir son droit à la rente de vieillesse pour couple est inopérant.

Articolo 43 bis, lettera c, LAVS. Il privilegio della donna sposata di beneficiaria di una rendita straordinaria di vecchiaia semplice, non soggetta ai limiti di reddito previsti all'articolo 42 LAVS, cessa dal momento in cui il marito soddisfa la condizione dell'età posta per l'ottenimento della rendita AVS; il fatto che il marito rinunci a far valere il suo diritto alla rendita di vecchiaia per coniugi non ha importanza.

Après avoir séjourné pendant des décennies à l'étranger, l'assuré, né le 8 novembre 1898, rentra en Suisse au cours de l'été 1962 avec son épouse. N'ayant pas adhéré à l'AVS facultative, il versa pour la première fois des cotisations AVS en août 1962.

La caisse cantonale de compensation alloua à l'épouse sans activité lucrative, qui avait accompli sa 63^e année en janvier 1963, une rente extraordinaire de vieillesse simple (90 fr. par mois) non soumise aux limites de revenu, à partir du 1^{er} février 1963.

A fin novembre 1963, la caisse supprima la rente de l'épouse, étant donné que le mari avait atteint l'âge requis pour avoir droit à la rente de vieillesse. Par décision du

30 janvier 1964, la caisse professionnelle alloua au mari une rente ordinaire de vieillesse pour couple à partir du 1^{er} décembre 1963. Celle-ci fut fixée à 15 francs par mois, l'assuré n'ayant cotisé que pendant une année. En outre, l'assuré ne remplissait pas les conditions mises à l'obtention d'une rente extraordinaire de couple plus élevée, son revenu déterminant dépassant la limite légale applicable.

L'assuré recourut contre la décision de la caisse et déclara renoncer à sa rente de couple de 15 francs, afin que son épouse puisse continuer à toucher la rente extraordinaire de 90 francs par mois. La caisse cantonale de compensation, qui n'était pas partie au procès pendant devant l'autorité de recours, mais qui avait reçu avis de la déclaration de renoncement, rendit le 16 avril 1964 une décision informant l'assurée qu'à partir du 1^{er} décembre 1963, elle ne pouvait plus bénéficier de la rente extraordinaire. Elle précisait à ce sujet qu'en raison du droit du mari à une rente de vieillesse pour couple, la rente extraordinaire de l'épouse était soumise aux limites de revenu; or, le revenu du couple dépassait manifestement la limite légale applicable.

Par jugement du 31 août 1964, la commission cantonale de recours annula la décision de rente de la caisse professionnelle et enjoignit simultanément à la caisse cantonale de continuer à verser la rente extraordinaire à l'épouse dès le 1^{er} décembre 1963. Ce jugement était motivé en substance comme suit: La jurisprudence autorise un retrait de la demande, comportant renonciation aux prestations et ayant les mêmes conséquences que l'absence d'un droit, à condition que l'assuré puisse prouver l'existence d'un intérêt digne d'être protégé. On peut admettre qu'un tel intérêt existe en l'espèce, car la rente de vieillesse pour couple que pourrait prétendre l'assuré serait sensiblement moins élevée que la rente extraordinaire servie à son épouse. Etant donné que celle-ci ne dispose d'aucun revenu et n'a pas de fortune, on ne saurait lui refuser la rente extraordinaire pour le motif que la limite de revenu applicable a été dépassée. Sous ce rapport, la situation économique du recourant, qui a renoncé à des prestations, ne joue aucun rôle.

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

1. ...

2. Aux termes de l'article 21, 2^e alinéa, LAVS, le droit à une rente de vieillesse simple s'éteint par l'ouverture du droit à une rente de vieillesse pour couple. Il ressort, il est vrai, de l'arrêt C. (ATFA 1962, p. 298 = RCC 1963, p. 261) que le retrait de la demande de rente est en principe admis; il entraîne les mêmes effets que l'inexistence du droit aux prestations, lorsque l'assuré justifie d'un intérêt digne d'être protégé; ainsi, le retrait d'une demande de rente de vieillesse pour couple permet, le cas échéant, de maintenir le versement d'une rente ordinaire de vieillesse simple plus élevée en faveur de l'épouse. Il apparaît toutefois douteux d'admettre qu'une telle pratique puisse s'étendre aux cas où l'épouse aurait droit à une rente extraordinaire en lieu et place d'une rente ordinaire, étant donné que l'intérêt en jeu ne semble pas consister en autre chose qu'à éluder les limites légales. Au demeurant, cette question peut rester indécise en l'espèce, car en renonçant au bénéfice de la rente de vieillesse pour couple, le mari ne saurait empêcher que le privilège prévu en faveur de l'épouse par l'article 43 bis, lettre c, LAVS — celui de pouvoir prétendre une rente extraordinaire non soumise aux limites de revenu — ne devienne caduc dès que lui-même réalise la condition d'âge mise à l'obtention d'une rente de vieillesse. L'autorité de première instance ne méconnaît pas ce fait, mais croit pouvoir faire dépendre le droit de l'épouse à une rente extraordinaire de la limite de revenu applicable aux personnes seules; ceci n'est toutefois pas exact.

Se fondant sur les dispositions de l'article 42, 3^e alinéa, LAVS, lui donnant la compétence d'édicter des prescriptions en matière d'évaluations et de prise en compte du revenu et de la fortune, le Conseil fédéral a précisé, à l'article 62, 1^{er} alinéa, RAVS, que pour calculer la rente de vieillesse revenant à une femme mariée, le revenu et la fortune des deux conjoints doivent être additionnés. En l'espèce les revenus du couple excèdent la limite déterminante pour le droit à une rente extraordinaire. Dès lors, l'assuré est dans l'erreur lorsqu'il croit qu'en renonçant à la rente de vieillesse pour couple, il permet à son épouse de continuer à toucher une rente extraordinaire. Il en résulte que l'acte de renonciation de l'assuré est irrecevable et que la rente de vieillesse pour couple doit être versée conformément à la décision du 30 janvier 1964.

Contrairement à l'opinion de l'autorité de recours, on ne saurait considérer en l'occurrence comme choquant le remplacement de la rente extraordinaire revenant à l'épouse par une rente ordinaire de vieillesse pour couple d'un montant moins élevé. Il apparaît, bien plutôt, peu satisfaisant qu'en vertu du privilège prévu à l'article 43 bis, lettre c, LAVS, l'épouse d'un assuré jouissant d'une bonne situation financière se voie attribuer une rente extraordinaire durant la période où il n'a pas encore atteint l'âge ouvrant droit à la rente. Il y a lieu, toutefois, de relever que cette réglementation légale ne trouve application que pour une durée moyenne relativement courte. Pour la période postérieure, il n'existe aucune exigence sociale d'allouer, en dérogation au principe posé à l'article 42 LAVS, des rentes extraordinaires à une épouse dont le mari dispose d'un revenu dépassant les limites légales.

3. En conclusion, il y a lieu de relever, à propos du maintien du versement de la rente extraordinaire ordonné par l'autorité de première instance, que ni la caisse, ni l'épouse ne sont parties au présent procès. En outre, la décision de la caisse cantonale de compensation du 16 avril 1964, niant le droit de l'épouse à la rente extraordinaire, n'a pas été attaquée et a par conséquent acquis force de chose jugée. L'autorité de première instance n'avait donc pas qualité pour se prononcer sur l'octroi de la rente extraordinaire après le 1^{er} décembre 1963.

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 19 novembre 1964, en la cause R. P.

Article 12 LAI. Les affections secondaires chroniques consécutives à une paraplégie constituent sans aucun doute un processus pathologique labile. Les soins médicaux qu'elles nécessitent appartiennent au traitement de l'affection comme telle et ne sont pas à la charge de l'AI.

Articolo 12, LAI. Le affezioni secondarie croniche consecutive ad una paraplegia costituiscono inequivocabilmente un processo patologico labile. Le cure mediche da esse richieste sono destinate alla cura vera e propria del male e le relative spese non sono assunte dall'AI.

L'assuré, né en 1917, était chef de rayon dans un grand magasin. Le 2 juillet 1959, il subit une fracture par compression et luxation de C6/C7. Depuis lors, il est

complètement paralysé au niveau du tronc et des jambes; sa vessie est autonome, spastique, hyperactive; il souffre d'une cystite (inflammation de la vessie) avec pyélonéphrite (inflammation du bassin et du rein).

Se fondant sur une demande de prestations de l'AI, la commission AI accorda à l'assuré différentes sortes de mesures de réadaptation, qui permirent à celui-ci de reprendre son travail à plein temps dans son ancienne place dès novembre 1961. L'AI prit également en charge jusqu'à fin janvier 1964 les contrôles médicaux nécessaires. Le 30 janvier 1964, une clinique orthopédique rédigea pour la commission AI un rapport disant notamment:

« Pratiquement, il existe des complications urologiques chez tous les paraplégiques. Elles ne sont pas guérissables, car leur cause immédiate, à savoir la paraplégie, ne l'est pas non plus. La réadaptation d'un paraplégique relève, à côté de l'orthopédie et de la physiothérapie, avant tout de l'urologie. Avant l'ère des sulfamidés et des antibiotiques, tout paraplégique mourait rapidement d'urémie. Aujourd'hui encore, les complications rénales représentent la plus grande entrave à une réadaptation et au maintien de la capacité de travail résiduelle. A notre avis, chez un paraplégique, ces contrôles urologiques et les mesures thérapeutiques qui en découlent ne doivent pas être considérés comme un traitement, mais comme une mesure de réadaptation. »

La commission AI refusa néanmoins de prendre en charge les contrôles postérieurs au 31 janvier 1964, car ils ne constituent pas des actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée. La caisse rendit une décision dans ce sens le 5 mars 1964. L'assuré recourut en invoquant le certificat de la clinique. La commission cantonale de recours fit siennes les conclusions de la commission AI et rejeta le recours.

Le TFA rejeta également l'appel de l'assuré; voici ses considérants:

1. ...

2. La paraplégie de l'assuré, imputable à des lésions transverses de la moelle épinière, est une séquelle qui ne peut plus être influencée par un traitement médical. Par contre, en particulier à cause de complications rénales qui sont une conséquence de la paraplégie, l'assuré a constamment besoin de contrôles médicaux et des traitements qui en dépendent. Dans les circonstances données, les affections chroniques secondaires, parmi lesquelles il faut compter aussi d'éventuels décubitus, constituent sans aucun doute un processus pathologique labile. C'est pourquoi les actes médicaux en cause appartiennent au traitement de l'affection comme telle; ce ne sont pas, au sens de l'article 12 LAI, des mesures de réadaptation qui seraient indiquées pour améliorer la capacité de gain d'une manière durable et importante. Le tribunal arriva déjà à une conclusion pratiquement semblable dans un de ses arrêts (page 308 des ATFA de 1962): Des troubles de la circulation sanguine et une stase des voies lymphatiques dus à des paralysies stables, séquelles de poliomyélite, exigeaient des soins médicaux; ceux-ci furent également mis sur le compte du traitement de l'affection comme telle, parce qu'ils étaient avant tout destinés à influencer un processus pathologique labile. Dans le cas présent s'ajoute encore le fait que les contrôles et traitements nécessités par les troubles secondaires devront être poursuivis pendant toute la vie de l'assuré; c'est pourquoi on ne peut pas parler d'actes médicaux uniques ou répétés pendant une durée limitée selon l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI.

On peut s'épargner la recherche d'autres avis médicaux, car le présent rapport de la clinique aboutit à une conclusion différente uniquement parce qu'il n'utilise

pas le concept de la mesure de réadaptation tel qu'il est défini par l'article 12 LAI. C'est donc avec raison que l'administration et l'autorité de première instance ont refusé de mettre plus longtemps à la charge de l'AI les contrôles médicaux nécessaires.

Arrêt du TFA, du 6 novembre 1964, en la cause F. W.

Article 14, 2^e alinéa, LAI. Si une mesure médicale peut être exécutée ambulairement sans préjudice pour l'assuré, l'AI ne prend en charge que le traitement proprement dit, mais pas les frais de nourriture et de logement, en cas de séjour dans un établissement hospitalier.

Articolo 14, capoverso 2, LAI. Se un provvedimento sanitario può, senza pregiudizio per l'assicurato, pure essere eseguito ambulatoriamente, l'AI assume, in caso di permanenza all'ospedale, soltanto la cura propriamente detta, ma non le spese di vitto e alloggio.

L'enfant, qui souffre d'une grave paralysie congénitale, a été en observation d'avril à septembre 1959 dans un hôpital pour enfants; depuis lors, il séjourne dans un institut.

Le 17 octobre 1960, le médecin en chef de l'hôpital pour enfants communiqua ce qui suit à la commission AI: L'assuré souffre de *Myatonia congenita Oppenheim* (faiblesse musculaire congénitale); il a de graves troubles de la croissance, ne peut pas marcher et possède un fauteuil d'invalidé, etc. L'enfant a besoin d'une formation scolaire spéciale et d'un traitement intensif de physiothérapie; il devra probablement subir par la suite des opérations orthopédiques. Si on le traite pendant toute sa croissance, il a des chances d'acquérir une certaine capacité de travail. L'AI prit en charge les frais de la formation scolaire spéciale et du traitement à partir de janvier 1960. En août 1961, l'enfant séjourna de nouveau à l'hôpital pour enfants, afin que l'on puisse établir un diagnostic. Le médecin traitant arriva à la conclusion qu'une dystrophie musculaire était exclue. Par la suite, l'AI remit à l'enfant un nouveau corset orthopédique, un fauteuil d'invalidé pour la rue et un autre pour la chambre.

En été 1963, l'institut déclara que les sœurs ne pouvaient plus porter l'enfant, qui avait pris du poids. Là-dessus, l'enfant entra le 2 septembre dans une clinique orthopédique, afin d'y fréquenter l'école. En outre, la caisse de compensation décida le 25 septembre que l'AI payerait, du 2 septembre 1963 jusqu'à Pâques 1968, une contribution quotidienne de 5 francs aux frais de formation scolaire spéciale et, de plus, le traitement de physiothérapie à la clinique.

En date du 11 octobre 1963, la mère de l'enfant, devenue veuve, recourut. Elle demanda que l'AI prenne en charge les frais d'hospitalisation en totalité, soit 18 francs par jour environ. Cependant, l'autorité cantonale de recours rejeta cette demande.

La mère de l'assuré interjeta appel dans les délais légaux et pria le TFA de demander un rapport au médecin en chef de la clinique. Dans son préavis, l'OFAS fit observer qu'on ne savait pas encore si, dans cette hospitalisation, « c'étaient les mesures d'ordre médical ou celles d'ordre scolaire qui prévalaient ». Lorsque le TFA invita la clinique à se prononcer, le médecin qui était en fonction en l'absence du médecin-chef répondit que l'assuré devait prévoir une infirmité corporelle grave et durable. A la clinique, l'enfant recevait les soins orthopédiques journaliers que sa dystrophie musculaire congénitale progressive réclamait, et il suivait d'autre part un enseignement spécial.

Se référant au diagnostic de l'été 1961, le TFA demanda au médecin-chef de donner son avis personnel. Il reçut la réponse suivante:

« Dans notre lettre du 20 juillet 1964, nous avons parlé d'une dystrophie musculaire progressive. Cependant, il s'agit en réalité d'une *Amyotonia congenita Oppenheim*, comme cela a été établi à la suite d'examen approfondis faits à l'hôpital pour enfants... Aujourd'hui, il est question uniquement de la nécessité d'une hospitalisation. Cette nécessité a été mise en évidence de façon minutieuse dans la lettre du 20 juillet 1964. Mon point de vue est toujours le même à l'heure actuelle... Si l'enfant habitait dans une ville et pouvait être conduit tous les jours à l'école, un traitement ambulatoire serait alors possible; mais tel n'est pas le cas s'il habite dans un endroit écarté. La gymnastique médicale quotidienne est absolument nécessaire, car c'est seulement en la pratiquant que l'on obtiendra une fonction musculaire suffisante et que l'on pourra lutter contre une déformation progressive... Un traitement ambulatoire serait possible si l'enfant habitait dans une ville, s'il était garanti qu'il puisse pratiquer une gymnastique médicale quotidienne, et que les mesures que nous avons prescrites (port d'attelles, repos au lit, etc.) soient appliquées de façon conséquente. »

Le TFA rejeta l'appel pour les motifs suivants:

1. Selon l'article 4, en relation avec l'article 5, 2^e alinéa, LAI, les enfants affligés d'une infirmité congénitale sont réputés invalides lorsque leur infirmité aura vraisemblablement pour conséquence une incapacité de gain. Si un enfant est apte à recevoir une instruction, mais qu'il n'est pas en mesure de fréquenter l'école publique à cause de son invalidité, l'AI lui accorde une contribution de 2 francs par jour aux frais de formation scolaire spéciale, ainsi qu'une contribution d'un franc aux frais de pension pour chaque repas principal pris en dehors de la maison, ou une contribution de 3 francs par jour si l'enfant doit être nourri et logé hors de sa famille (art. 19 LAI et 10, 1^{er} al., RAI). De plus, l'AI finance tous 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. 13 LAI et 1^{er}, 3^e al., OIC; ATFA 1962, p. 113).

Alors que la contribution pour la formation scolaire spéciale représente une mesure de réadaptation de caractère pédagogique au sens de l'article 8, lettre c, LAI, le traitement d'une infirmité congénitale à la charge de l'AI au sens des articles 8, lettre a, et 13 LAI représente une mesure médicale de réadaptation qui est juridiquement indépendante des contributions aux frais de formation scolaire spéciale (cf. ATFA 1964, p. 99 et suivantes). Selon ce que l'AI décide, le traitement est entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile, par des médecins ou par le personnel paramédical. En cas de séjour dans un établissement hospitalier, l'AI paie non seulement le traitement et les médicaments, mais aussi les frais de nourriture et de logement de l'invalidé hospitalisé en division commune. En revanche, si les mesures médicales sont appliquées à domicile, l'AI prend à sa charge uniquement les frais de traitement et de médicaments; elle peut éventuellement assumer en outre les frais de personnel infirmier jusqu'à concurrence d'un montant raisonnable (art. 14 LAI et 4 RAI).

2. L'assuré, qui a aujourd'hui 12 ans, souffre d'une très grave maladie congénitale, dénommée *Myotonia congenita Oppenheim* (art. 2, chiffre 138, OIC); il sera considérablement handicapé durant toute sa vie, selon les constatations du médecin. Il est incapable de fréquenter l'école publique à cause de cette infirmité corporelle; depuis septembre 1963, il séjourne dans une clinique orthopédique où il reçoit une formation scolaire spéciale et où, jour après jour, on lui fait faire de la gymnastique médicale. Ce traitement est nécessaire afin de lutter contre une déformation progressive. Toutefois, il pourrait être entrepris ambulatoirement sans préjudice pour l'enfant, comme le

médecin-chef l'admet. Il s'ensuit que l'assuré doit vivre en clinique, jusqu'à nouvel avis, non pas à cause de la gymnastique médicale intensive dont il a besoin, mais à cause de l'enseignement spécial qu'il doit suivre.

Dans ces conditions, l'AI doit, outre la contribution pour la formation scolaire spéciale, rembourser uniquement les frais de gymnastique médicale quotidienne prescrite par le médecin-chef, comme en ont décidé la caisse de compensation et le juge cantonal. Vu que cette gymnastique peut être pratiquée avec succès aussi bien à domicile que dans un établissement hospitalier, elle n'exige pas une hospitalisation, et l'AI n'est donc pas tenue de prendre à sa charge, à cause d'elle, les frais de nourriture et de logement à l'hôpital. En vertu de l'article 14, 2^e alinéa, LAI, l'assurance ne répond que des traitements qui nécessitent une hospitalisation au sens médical; mais, conformément à l'article 14, 1^{er} et 2^e alinéas, LAI, l'AI pourrait être tenue de verser des prestations au moment où des opérations orthopédiques s'avéreraient nécessaires.

Arrêt du TFA, du 22 octobre 1964, en la cause F. B.

Article 17, 1^{er} alinéa, LAI. La perte partielle de la vision stéréoscopique, perte qui est survenue à un âge permettant une très ample accoutumance et ne pouvait donc gêner sensiblement l'assuré dans le choix d'une profession, ne donne pas droit à un reclassement; ceci d'autant plus qu'il n'incombe pas à l'AI de suppléer à l'incurie de parents qui n'ont pas voulu ou pas pu procurer un métier à leur enfant et que l'assuré gagne, dans son activité de manœuvre, un salaire équivalent à celui d'un manœuvre valide.

Articolo 17, capoverso 1, LAI. La perdita parziale della visione stereoscopica, avvenuta in un'età che permette di ottenere una forte assuefazione, non può creare all'assicurato sensibili difficoltà nella scelta di una professione e non dà pertanto diritto ad una riforma professionale, tanto più che non spetta all'AI di supplire all'incuria dei genitori che non hanno voluto o potuto procurare un mestiere al loro figlio e che l'assicurato consegue, nella sua attività di manovale, un salario equivalente a quello di un manovale valido.

L'assuré, né en 1934, a été atteint à l'âge de 5 ans d'une plaie perforante qui a entraîné l'énucléation de l'œil gauche. Dans un rapport du 15 juillet 1963, le médecin signale que la vision stéréoscopique s'en trouve réduite dans une forte mesure, ce qui limite les activités du patient; il conseille en outre un traitement médicamenteux. L'intéressé, après avoir suivi l'école primaire, n'a pas appris de métier. Il travaille actuellement comme aide-chauffeur. La commission AI, saisie le 11 juin 1963 d'une demande de prestations, a refusé d'assumer les frais du traitement conseillé, celui-ci visant la guérison de l'affection comme telle. Elle a de même nié tout droit à une rente, à défaut de diminution notable de la capacité de gain. En revanche, elle a déclaré qu'il était loisible à l'assuré de requérir la prise en charge d'un renouvellement de la prothèse oculaire. Ce prononcé a été notifié par décision de la caisse de compensation compétente, du 10 octobre 1963.

L'assuré a recouru, en insistant sur son handicap. L'autorité cantonale de recours a confirmé le refus tant des mesures médicales que de la rente; mais elle a considéré que l'infirmité du recourant le gênait dans l'exercice d'une activité lucrative et qu'il fallait tenter de lui donner une formation lui permettant d'exercer une activité adaptée au

mieux à ses possibilités. Aussi a-t-elle admis le recours en ce sens que l'assuré a droit à des mesures de réadaptation professionnelle; un mandat devait être donné à cet effet à l'office régional AI.

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

Seul est litigieux, dans la présente procédure, le droit de l'intimé à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

a. Aux termes de l'article 16 LAI, « l'assuré qui n'a pas encore eu d'activité lucrative et à qui sa formation professionnelle initiale occasionne, du fait de son invalidité, des frais beaucoup plus élevés qu'à un non-invalide a droit au remboursement de ses frais supplémentaires si la formation répond à ses aptitudes ».

Une telle mesure n'entre manifestement pas en ligne de compte dans l'espèce, puisque l'assuré a exercé une activité lucrative durant plusieurs années déjà.

b. L'article 17, 1^{er} alinéa, LAI dispose que « 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 ».

Telle est la disposition que le juge cantonal avait apparemment en vue. Cependant, si le droit au reclassement n'implique pas absolument que l'assuré ait fait déjà un apprentissage (voir p. ex. ATFA 1962, p. 117 = RCC 1962, p. 348), il exige que le reclassement soit rendu nécessaire par l'invalidité. Or, rien ne permet de supposer dans l'espèce que l'assuré aurait appris un métier, si sa vue n'avait pas été atteinte. La perte partielle de la vision stéréoscopique, survenue à un âge permettant une très ample accoutumance, ne pouvait le gêner sensiblement dans son choix, et il n'incombe pas à l'AI de suppléer à l'incurie de parents qui n'ont pas voulu ou pas pu procurer un métier à leur enfant. D'autre part, l'assuré gagne dans son activité de manœuvre un salaire équivalent à celui d'un manœuvre valide. Son infirmité a pour seul effet de limiter quelque peu le choix de ses emplois, ainsi que le montre — au dire de l'assuré — le refus d'un engagement par un service public. Toutefois, cette limitation ne met pas son gagne-pain en péril et ne saurait faire admettre que l'invalidité rende un reclassement nécessaire.

L'appel de l'OFAS doit par conséquent être admis et le jugement cantonal annulé, dans la mesure où il a reconnu à l'assuré un droit à la réadaptation professionnelle. Vu qu'il s'agit d'un cas léger, l'intéressé peut avoir recours, si cela est nécessaire, au service de placement d'un office du travail.

Arrêt du TFA, du 4 novembre 1964, en la cause R. H.

Articles 21 LAI et 15, 2^e alinéa, RAI. Un apprenti n'a droit à un véhicule à moteur que s'il touche déjà un salaire lui permettant de couvrir ses besoins et s'il a la garantie que son employeur l'occupera d'une manière durable après la fin de l'apprentissage. (Considérents 1 et 2.)

Article 16 LAI. Une séminariste qui éprouve de sérieuses difficultés à se déplacer et a besoin d'une automobile pour faire de longs trajets jusqu'à son école a droit au remboursement de ses frais d'automobile occasionnés par son invalidité, c'est-à-dire des frais qui dépassent les frais habituels d'un automobiliste non invalide. (Considérant 3.)

Articoli 21 LAI e 15, capoverso 2, OAI. Un apprendista ha diritto ad un veicolo a motore soltanto se riceve già un salario sufficiente alla sua esi-

stenza e se ha la garanzia che il suo datore di lavoro continuerà ad occuparlo anche dopo la fine del tirocinio. (Considerandi 1 e 2.)

Articolo 16 LAI. Una seminarista che, a causa della sua limitata facoltà di spostarsi, abbisogna di un'automobile per fare un lungo tragitto fino alla scuola, ha diritto alla rifusione delle spese d'automobile determinate dalla sua invalidità, vale a dire, alle spese eccedenti quelle abituali che incontra un automobilista non invalido. (Considerando 3.)

L'assurée, née en 1943, souffre depuis son enfance de la maladie de Perthes bilatérale et elle a par conséquent beaucoup de peine à se déplacer. Depuis le printemps 1959, elle fréquente une école normale. Le 11 juin 1963, l'assurée s'adressa à la commission AI et déclara qu'elle aurait l'occasion d'acheter une voiture à embrayage automatique au prix de 2700 francs; elle demanda que l'AI lui accorde une contribution à l'achat de ce véhicule car, sinon, elle ne pourrait pas se rendre à son école qui est passablement éloignée. Par décision du 12 septembre 1963, la caisse de compensation fit savoir à l'assurée que les frais d'achat d'un véhicule à moteur ne pouvaient pas être pris en charge; comme l'assurée était encore aux études, elle n'exerçait pas d'activité lucrative lui permettant de gagner sa vie de façon durable. La commission cantonale de recours rejeta le recours présenté par l'assurée contre cette décision.

Le TFA a statué sur l'appel interjeté par l'assurée en renvoyant la cause à la commission AI, pour que celle-ci précise quelles sont les prestations revenant à l'assurée selon l'article 16 LAI; voici ses considérants:

1. En vertu de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, et dans le cadre d'une liste dressée par le Conseil fédéral, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires qui sont nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle. Selon la liste en question (art. 14, 1^{er} al., RAI), les voitures automobiles légères sont comprises dans les moyens auxiliaires. Cependant, selon 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, parce que leur faculté de se déplacer est sensiblement réduite.

Les assurés qui n'ont pas encore eu d'activité lucrative et à qui leur formation professionnelle initiale occasionne, du fait de leur invalidité, des frais beaucoup plus élevés qu'à un non-invalides ont droit, conformément à l'article 16 LAI, au remboursement de leurs frais supplémentaires si la formation répond à leurs aptitudes.

2. Les dispositions selon lesquelles la remise d'un véhicule à moteur en tant que moyen auxiliaire dépend de certaines conditions (art. 15, 2^e al., RAI) sont conformes à la loi. En effet, si ces conditions ne sont pas remplies, un véhicule à moteur ne peut, vu les diverses possibilités d'utilisation et les dépenses nécessaires à son usage, atteindre le but de réadaptation prévu par l'article 9, 1^{er} alinéa, LAI. Selon l'article 16, 3^e alinéa, RAI, les frais d'entretien de véhicules à moteur ne sont en principe pas assumés par l'assurance; ils doivent donc être pris en charge par l'assuré. Il s'ensuit que l'exercice d'une activité vraisemblablement durable permettant à l'assuré de couvrir ses besoins, selon l'article 15, 2^e alinéa, RAI, doit commencer au plus tard lors de la remise du moyen auxiliaire. Il ne suffit pas que l'on puisse prévoir, d'après une expérience générale des choses, la possibilité qu'une telle activité lucrative sera exercée à l'avenir. Certes, le TFA a déclaré dans l'arrêt du 9 mars 1964 en la cause R. K. (RCC 1964, p. 276) que, suivant les circonstances, un apprenti peut aussi recevoir un véhicule à moteur en tant que moyen auxiliaire. Cependant, il a en même temps posé comme conditions que l'apprenti touche déjà un salaire lui permettant de vivre et qu'il

ait l'assurance d'être occupé de façon durable, une fois l'apprentissage terminé. Dans le cas présent, l'assurée, en qualité de normalienne, ne dispose d'aucun revenu, ce qui exclut la remise d'une voiture en tant que moyen auxiliaire.

3. En revanche, l'assurée peut réclamer des prestations selon l'article 16 LAI. Etant donné qu'elle a beaucoup de peine à se déplacer, elle doit utiliser une voiture pour se rendre à l'école, qui est passablement éloignée de son domicile. Les frais de transport en voiture, qui représentent une somme importante, sont en étroite relation avec la formation professionnelle initiale et sont inhérents à l'invalidité; par conséquent, ces frais doivent être pris en charge par l'AI, dans la mesure où ils sont plus élevés que les frais de transport d'un non-invalidé. Comme il n'existe pas de décision administrative à ce sujet, c'est à la commission AI qu'il incombe de préciser à quel moment et dans quelle mesure seront versées les prestations auxquelles l'assurée a droit en vertu de l'article 16 LAI. Vu que le prêt d'un véhicule à moteur n'entre pas en ligne de compte (l'assurée a, suivant le mémoire d'appel, déjà acheté une voiture), la commission AI doit se prononcer notamment sur la façon de rembourser les frais en question.

Arrêt du TFA, du 17 novembre 1964, en la cause A. F.

Article 72, 1^{er} alinéa, LAVS. En principe, une nouvelle pratique administrative doit être appliquée à tous les cas non encore liquidés au moment du changement de pratique.

Articles 1^{er}, 2^e alinéa, et 2, chiffre 161, OIC. En cas de strabisme concomitant, la capacité de gain n'est en général influencée de façon manifeste que lorsque l'angle de strabisme atteint au moins 30 degrés. (Considérant 6.)

Articolo 72, capoverso 1, LAVS. Una nuova prassi amministrativa deve, in via di massima, essere applicata a tutti i casi non ancora risolti al momento della modificazione.

Articolo 1, capoverso 2, e 2, cifra 161, OIC. In via di principio, lo strabismo concomitante influisce manifestamente sulla capacità al guadagno soltanto quando l'angolo di deviazione strabica è almeno di 30 gradi. (Considerando 6.)

L'assuré, né en 1956, a été annoncé à l'AI le 4 mars 1963. Des mesures médicales et des contributions pour les exercices orthoptiques étaient réclamées en faveur de l'enfant, qui avait déjà dû être opéré plusieurs fois (soit le 26 octobre 1959, le 3 mars 1960, le 8 octobre 1962 et le 28 février 1963) à cause d'un strabisme bilatéral. L'oculiste traitant informa la commission AI au début de février 1964, sur le questionnaire à remplir par le médecin, que les parents de l'enfant avaient constaté ce strabisme pour la première fois 16 mois après la naissance. Il s'agissait d'un strabisme convergent concomitant alternant, qui présentait un angle de 25 degrés. Par décision du 26 février 1964, la caisse de compensation fit savoir au père de l'assuré que la commission AI avait décidé de rejeter la demande. Selon les directives de l'OFAS, des mesures médicales ne peuvent être accordées pour cette infirmité congénitale (art. 2, chiffre 161, OIC) que si elle altère l'expression du visage. Cela présuppose en règle générale un angle de strabisme de 30 degrés au moins. Le père de l'assuré recourut contre cette décision. L'autorité de première instance rejeta le recours le 28 juillet 1964 en invoquant la pratique administrative approuvée par le TFA.

Dans son appel, le père a demandé que l'AI accorde les « contributions habituelles ». Ses arguments sont les suivants : L'infirmité de son fils lui a occasionné de grosses dépenses ; des opérations ont dû être faites pour des motifs impérieux. Dans le cas particulier, la règle qui exige un angle de strabisme de 30 degrés au moins n'est pas déterminante. L'administration a introduit la nouvelle pratique en automne 1963 seulement, c'est-à-dire après la dernière opération. Auparavant, la limite de l'angle de strabisme était fixée à 20 degrés. D'ailleurs, d'après les photographies de l'assuré prises en août 1959 et qui avaient été versées au dossier déjà au cours de la procédure de recours, il est évident que l'expression du visage de son fils a été altérée par le strabisme.

Le TFA a rejeté l'appel du père de l'assuré pour les motifs suivants :

1. Le point litigieux est de savoir si l'appelant peut prétendre des mesures médicales. Si l'on examine cette question du point de vue formel, l'article 78, 2^e alinéa, RAI est déterminant. Selon cette disposition, l'assurance paie les mesures de réadaptation préalablement ordonnées par la commission AI. Elle prend en outre à sa charge 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 6 mois après le début de leur application.

Du point de vue matériel, c'est l'article 13 LAI qui est déterminant. Selon cet article, les assurés mineurs ont droit au traitement des infirmités congénitales qui, vu leur genre, peuvent entraîner une atteinte à la capacité de gain. Le Conseil fédéral, chargé par cette loi d'établir une liste de ces infirmités, a publié le 5 janvier 1961 son « ordonnance concernant les infirmités congénitales » (OIC). Celle-ci mentionne entre autres, à son article 2, l'infirmité suivante : « * 161 Strabismus concomitans ». Selon l'article 1^{er}, 2^e alinéa, OIC, 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. L'OFAS a publié à ce propos les directives suivantes (RCC 1961, p. 455, n^o 3) :

« Dans les cas de strabisme alternant (*strabismus concomitans alternans*), l'AI n'allouera 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 20 degrés. »

L'OFAS fit observer que cette réglementation provisoire prenait effet immédiatement et resterait en vigueur jusqu'au moment où des directives définitives auraient été publiées d'entente avec la Société suisse d'ophtalmologie.

Plus tard, en effet, ces directives ont été remplacées par la réglementation suivante (RCC 1963, décembre, p. 490, chap. 3, lettre c ; RCC 1965, avril, p. 180, lettre b) :

« Dans les cas de strabisme congénital alternant (*strabismus concomitans alternans*), l'AI ne peut accorder de mesures médicales conformément à l'article 1^{er}, 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, le regard étant dirigé au loin. »

2. Il faut remarquer tout d'abord que les mesures médicales exécutées jusqu'à fin 1959 ne sont pas à la charge de l'AI, puisque la LAI n'est entrée en vigueur que le 1^{er} janvier 1960 et qu'elle n'a pas d'effet rétroactif. De plus, l'AI n'est pas tenue, en l'espèce, de payer les frais des mesures médicales appliquées du 1^{er} janvier 1960 au 4 septembre 1962. En effet, c'est seulement le 4 mars 1963 que l'appelant s'est adressé à l'AI ; ainsi donc, les effets péremptoires de l'article 78, 2^e alinéa, RAI ont frappé les mesures qui ont commencé à être appliquées plus de 6 mois avant que l'assuré ait déposé sa demande, d'autant plus que l'ignorance de la loi ne saurait empêcher le délai

de courir (ATFA 1962, p. 255, considérant 2 = RCC 1962, p. 442). La question de savoir si les autres mesures ont dû être appliquées prématurément pour des motifs valables peut rester indécise, attendu que l'appel doit être rejeté quoi qu'il en soit pour des raisons matérielles.

3. D'après la pratique administrative actuelle, qui se fonde sur les recommandations de la Société suisse d'ophtalmologie (ATFA 1963, p. 193, considérant 2 = RCC 1963, p. 500), l'assuré souffrant de strabisme alternant n'a en général pas droit à des mesures médicales, si l'angle de strabisme n'atteint pas 30 degrés. Le TFA a déclaré à plusieurs reprises que rien ne l'incitait à combattre cette pratique; il faut donc s'y conformer. L'appelant, dont l'angle de strabisme est de 25 degrés, prétend cependant que c'est l'ancienne pratique de l'OFAS qui est applicable à son cas; le moment déterminant serait celui où les opérations litigieuses ont été faites. Il faut voir si cet argument résiste à l'examen.

4. Dans un Etat constitutionnel, le principe de la légalité doit prévaloir sur tous les autres pour l'administration. Le maintien de ce principe peut amener cette dernière à modifier sa pratique, parce qu'elle constate que cela est nécessaire, ou parce que le juge décide qu'une règle de droit précise doit être interprétée différemment (cf. ATFA 1957, p. 175, considérant 2; Oswald, AHV-Praxis, n° 577; Imboden, Schweiz. Verwaltungsrechtsprechung, 2^e éd., n° 57, p. 210 et suivantes; Wellauer, Die eidg. Warenumsatzsteuer, N. 828 et suivants, et les arrêts du Tribunal fédéral qui y sont cités; Känzig, Die eidg. Wehrsteuer, N. 27 ad art. 2, et la jurisprudence qui y est citée). Si le principe de la légalité était appliqué rigoureusement, tous les cas — même ceux qui ont été tranchés — devraient être jugés selon l'interprétation de la loi que l'on considère comme adéquate. Cela serait d'ailleurs difficilement réalisable et, de plus, le principe de la sécurité du droit serait violé. C'est pourquoi il faut renoncer à reprendre des cas déjà liquidés pour les juger à nouveau. Un changement de pratique administrative n'est donc pas un motif de revision suffisant (Imboden, loc. cit., n° 46, chiffre IV b, p. 175). En revanche, une nouvelle pratique administrative doit en principe être appliquée à tous les cas qui ne sont pas encore jugés au moment du changement. Une dérogation à cette règle ne pourrait se justifier que si le principe de la bonne foi était violé; cela serait éventuellement le cas si un citoyen, qui a pris des mesures conformément à l'ancienne pratique, subit, par le changement de cette dernière, un préjudice qui devrait être considéré comme extraordinairement pénible (jugement de la Chambre de droit public du Tribunal fédéral, du 29 juin 1960, en la cause W., dans: Archives du droit fiscal suisse, vol. 30, p. 55 et suivantes, considérant 5).

5. Le cas présent n'était pas encore liquidé au moment où l'OFAS a changé sa pratique administrative provisoire (15 novembre 1963). C'est pourquoi, dans son prononcé du 21 février 1964, la commission AI s'est fondée avec raison sur les nouvelles directives de l'OFAS, d'autant plus qu'on ne pouvait pas dire que le principe de la bonne foi ait été violé de cette manière.

6. Dans ces circonstances, il faut encore examiner si, comme le père de l'appelant le prétend et d'après les photographies prises en août 1959, on peut prouver que le strabisme ait altéré déjà alors l'expression du visage et influencé ainsi la capacité de gain de l'assuré au sens de l'article 1^{er}, 2^e alinéa, OIC.

D'après les expériences faites jusqu'ici, le strabisme alternant altère l'expression du visage d'autant plus que l'angle de strabisme est plus grand. Si l'expression d'un assuré souffrant de cette infirmité est, à part cela, normale, l'angle de strabisme permet de mesurer objectivement l'importance de ladite altération. Conformément à la pratique administrative applicable en l'espèce, la capacité de gain n'est influencée en règle géné-

rale que si l'angle de strabisme atteint ou excède 30 degrés. Etant donné que, d'après les photographies versées au dossier, l'expression du visage de l'appelant est normale, et qu'elle n'est altérée que par le strabisme inférieur à 30 degrés, il n'y a aucune raison de déroger à cette règle. L'appel n'est par conséquent pas fondé.

RENTES ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Arrêt du TFA, du 5 octobre 1964, en la cause H. K.

Article 22, 1^{er} alinéa, LAI. Si l'assuré touche un salaire normal pour son activité, il n'a pas droit à une indemnité journalière, même si cette activité sert non seulement à assurer son entretien, mais encore à son reclassement.

Articolo 22, capoverso 1, LAI. L'assicurato che per la sua attività riceve un salario normale, non ha diritto ad un'indennità giornaliera, anche se l'attività che esercita serve, oltre al suo sostentamento, in parte anche alla riforma professionale.

Par suite d'un accident de la circulation survenu en 1957, l'assuré, né en 1937, maçon de son état, est affecté d'un raccourcissement de la jambe droite; sa faculté de se déplacer fut par conséquent sensiblement réduite, et il souffrit en outre de troubles statiques au genou, à la hanche et à la colonne lombaire. Il fut de ce fait contraint d'abandonner sa profession. Par prononcé du 16 février 1962, la commission AI décida de le reclasser comme contremaître. Les mesures prévues à cet effet consistaient en un volontariat dans une entreprise de construction à partir du 1^{er} mars 1962, avec un salaire mensuel de 500 francs, et l'obligation pour l'assuré de suivre, durant quatre semestres d'hiver, les cours d'une école d'architecture. L'indemnité journalière lui revenant était fixée sur la base du salaire moyen d'un maçon. La décision de la caisse ne fut pas attaquée.

Après que l'assuré eut échoué lors des examens d'admission dans ladite école en septembre 1962, la commission AI rendit un nouveau prononcé, le 19 octobre 1962, selon lequel l'AI prenait à sa charge les frais de quatre semestres de cours dans un institut de formation professionnelle avec une indemnité journalière identique. Au début d'octobre 1963, l'assuré informa la caisse de compensation qu'il était entré au service d'une autre entreprise de construction, où il gagnait un salaire mensuel de 1100 francs. Estimant que dans de telles circonstances, l'incapacité de gain de l'assuré n'atteignait plus 50 pour cent au moins, la commission AI décida de suspendre le versement de l'indemnité journalière à partir du 31 octobre 1963. L'autorité de première instance rejeta le recours de l'assuré contre la décision de la caisse du 27 novembre 1963. L'assuré porta la cause devant le TFA en demandant qu'une indemnité journalière réduite lui soit allouée.

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

1. Le point litigieux est de savoir si l'assuré a ou n'a plus droit à l'indemnité journalière à partir du 31 octobre 1963. Pour trancher cette question, il y a lieu de se fonder tout d'abord sur l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI, aux termes duquel « 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 lucra-

tive » (première variante) ou « présente une incapacité de travail d'au moins 50 pour cent » (deuxième variante). Sont déterminantes les circonstances existant au moment où la commission AI a rendu le prononcé litigieux.

2. Pour savoir si les conditions prévues dans la première variante de l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI sont réalisées en l'espèce, il convient d'examiner au préalable quelles sont les mesures de réadaptation octroyées à l'assuré à partir de novembre 1963.

La décision passée en force du 14 novembre 1962 mettait à la charge de l'AI les frais d'un cours de quatre semestres dans un institut de formation professionnelle, afin de donner à l'assuré une formation de contremaître dans la construction. Nul doute qu'il s'agissait là d'un reclassement revêtant le caractère d'une mesure de réadaptation au sens de l'article 17 LAI. En revanche, on ne saurait considérer l'entreprise de construction qui occupe l'appelant comme un établissement de formation professionnelle au sens de l'article 6, 1^{er} alinéa, RAI, ou même comme un lieu de formation professionnelle présentant un caractère prédominant de reclassement. C'est de son propre chef que l'assuré y a postulé un emploi, avant tout pour augmenter son revenu, semble-t-il, et cela indépendamment de toute intervention des organes de l'AI. Il est de même exclu d'assimiler l'activité exercée par l'intéressé à un apprentissage ou à un stage pratique, cela d'autant moins qu'il touche un salaire normal. Certes, il existe un certain rapport entre l'activité d'un adjoint de chef de chantier et le reclassement envisagé; cependant, cette activité vise avant tout à obtenir un salaire susceptible de couvrir les besoins de l'assuré et ceux de sa famille.

Il en résulte que seul le stage de l'assuré à l'institut de formation professionnelle peut être considéré comme une mesure de réadaptation. Ce stage n'a toutefois pas empêché l'assuré d'exercer son activité durant trois jours consécutifs au moins, étant donné que la fréquentation des cours n'exigeait que deux ou trois absences hebdomadaires à partir de 16 heures. On ne saurait dès lors appliquer la première variante de l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI dans de telles circonstances (ATFA 1963, p. 270, 3^e considérant; RCC 1964, p. 117).

3. Il reste par conséquent à examiner si l'appelant présentait une incapacité de travail d'au moins 50 pour cent à la date déterminante.

L'autorité de première instance a constaté notamment que l'assuré ne prétendait en aucune manière réaliser les conditions de la deuxième variante. Dans son mémoire d'appel, l'assuré ne le prétend pas davantage; ce qu'il allègue en fait correspond à sa déclaration qui s'est déjà révélée inexacte, selon laquelle l'entreprise qui l'occupe devrait être considérée comme un établissement de formation professionnelle au sens de l'article 6 RAI, ou du moins comme lieu de formation présentant un caractère prédominant de reclassement.

Le médecin traitant qui, dans son rapport du 28 août 1960, jugea l'état de santé de l'assuré stationnaire, s'est exprimé comme suit au sujet de son reclassement en tant que contremaître et de ses chances de succès:

« Je considère la formation complémentaire du patient au métier de contremaître comme la mesure la plus adéquate pour lui rendre sa pleine capacité de travail dans le circuit économique, compte tenu de ses aptitudes et connaissances acquises. Son invalidité, que l'on veut évaluer actuellement à 50 pour cent environ, pourra de la sorte disparaître presque totalement. »

Il ressort de ce pronostic qu'à la date déterminante (1^{er} novembre 1963), l'appelant avait dû recouvrer presque intégralement sa capacité de travail. Les prévisions du médecin ont été confirmées par le fait que l'assuré a travaillé pratiquement à plein temps et obtenu un salaire normal. Dans une lettre du 15 octobre 1963, l'employeur

déclare que le salaire est fixé à 900 francs par mois, auxquels viennent s'ajouter 200 francs au titre de « frais et indemnités de déplacement ». Après une période d'essai de deux mois durant laquelle le contrat de travail pouvait être dénoncé dans un délai de 15 jours, les rapports de service sont régis par les dispositions déterminantes du Code des obligations.

On ne saurait admettre, dans de telles circonstances, que l'appelant ait été incapable de travailler dans la mesure prévue à l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI.

4. Etant donné que l'activité de l'assuré au service de l'entreprise de construction ne peut pas davantage être considérée comme une mise au courant au sens de l'article 20 RAI — le reclassement n'étant pas encore terminé au moment déterminant — la commission AI a estimé, à juste titre, que le droit à l'indemnité journalière avait pris fin. Il en résulte qu'on ne peut plus invoquer l'article 21, 3^e alinéa, RAI, car cette disposition n'est applicable que lorsque le droit à l'indemnité journalière existe.

Arrêt du TFA, du 25 septembre 1964, en la cause O. K.

Articles 28, 2^e alinéa, et 31, 1^{er} alinéa, LAI. Si un assuré âgé de 49 ans, qui présente vraisemblablement des symptômes paralytiques psychogènes, se soustrait par son attitude négative aux mesures de réadaptation jugées exigibles par les organes de l'AI, c'est à bon droit qu'une rente d'invalité lui est refusée.

Articoli 28, capoverso 2, e 31, capoverso 1, LAI. La rendita AI è giustamente rifiutata ad un assicurato 49enne, probabilmente affetto da sintomi di paralisi psicogenici che con il suo atteggiamento renitente, ha impedito l'applicazione dei provvedimenti integrativi ragionevolmente prescritti dagli organi dell'AI.

L'assuré, né en 1915, est marié et père de famille. Il prétend avoir éprouvé des douleurs donnant la sensation de « décharges électriques » et remontant de la main droite à la tempe droite, par suite d'un faux mouvement qu'il a fait pour se hisser hors d'une fosse d'un mètre et demi. Il a subi au cours des années 1953 à 1956 différentes opérations de la main et de l'avant-bras droits, dont les frais furent pris en charge par la CNA. En 1959, le TFA rejeta un appel de l'assuré qui revendiquait notamment une rente de la CNA.

En 1960, l'assuré déposa une demande de prestations auprès de l'AI en exposant que son bras droit était paralysé depuis l'opération qu'il avait subie le 10 août 1956. Dans un rapport daté d'août 1960, le médecin traitant exposait que la paralysie flasque du bras droit était vraisemblablement de nature psychogène; il considérait que l'état de santé était susceptible d'amélioration et l'assuré apte à exercer une activité. Au début de l'année 1961, l'office régional proposa à l'assuré d'effectuer un stage d'observation dans un centre de réadaptation en vue de déterminer ses aptitudes. L'intéressé y opposa un refus formel. Après que les organes de l'AI lui eurent proposé différentes mesures de réadaptation et que l'autorité d'assistance eut menacé de supprimer ses prestations, l'assuré, après bien des réticences, se déclara prêt, le 17 décembre 1963, à se soumettre à un stage d'observation. Toutefois, le moment venu, il se déroba de nouveau aux mesures proposées. En application de l'article 31 LAI, la caisse de compensation lui notifia le 7 février 1964 une décision selon laquelle toute prestation de l'assurance lui était temporairement refusée. Par voie de recours, l'assuré reven-

diqua l'octroi d'une rente. Il fit notamment valoir qu'à son âge, on renonçait en général aux mesures de réadaptation. Son recours fut écarté par jugement du 25 mai 1964. Il porta alors la cause devant le TFA, qui rejeta l'appel pour les motifs suivants :

1. Selon l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit à une rente lorsqu'il est invalide pour la moitié au moins. Il résulte de l'article 28, 2^e alinéa, LAI que l'octroi d'une rente ne peut en principe entrer en ligne de compte que lorsque toutes les mesures de réadaptation nécessaires ont été exécutées. L'article 31, 1^{er} alinéa, LAI dispose en outre que si l'assuré se soustrait ou s'oppose à des mesures de réadaptation auxquelles on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette, et dont on peut attendre une amélioration notable de sa capacité de gain, la rente lui est refusée temporairement ou définitivement.

L'appelant requiert l'octroi d'une rente d'invalidité. Il n'y a pas lieu d'examiner en l'espèce s'il présente une invalidité justifiant l'octroi d'une rente, étant donné que l'appel doit être de toute façon rejeté pour les motifs suivants :

Il appert de l'état de faits décrit plus haut que l'assuré a adopté, à plusieurs reprises, une attitude négative à l'égard des organes de l'AI et qu'il n'était pas disposé à se soumettre aux mesures de réadaptation nécessaires pour le réintégrer dans le circuit économique. En 1961 déjà, il refusa de donner suite à la proposition de l'office régional qui voulait le soumettre à un stage d'observation dans un centre de réadaptation. Lorsque l'office régional renouvela sa proposition en 1963, il se déclara tout d'abord disposé à effectuer ce stage, mais deux mois plus tard, il demandait à l'office d'y renoncer. Enfin, lorsque l'autorité d'assistance l'eut menacé de suspendre ses prestations et que le médecin eut approuvé l'essai de réadaptation, il feignit de se soumettre aux mesures proposées; mais il se dédit le moment venu.

L'assuré allègue, il est vrai, qu'en raison de son état de santé et pour des considérations d'ordre moral et familial, on ne pouvait exiger de lui qu'il se soumette à un stage d'observation de trois mois. En fait, on peut fort bien attendre raisonnablement de l'assuré, âgé de 49 ans et père de deux enfants âgés de 18 et 13 ans, qu'il se soumette à cette mesure, d'autant plus que le centre de réadaptation en question est dirigé par un médecin, que les frais de voyage lui auraient été remboursés et qu'il aurait bénéficié en outre d'indemnités journalières de l'AI. Il ressort d'une attestation du médecin consulté qu'un séjour d'observation était également indiqué du point de vue médical; ce médecin l'avait en effet recommandé en décembre 1963. De plus, un médecin spécialiste avait reconnu l'assuré apte à exercer une activité lucrative, bien que dans une autre profession.

Il est patent que, dans de telles circonstances, l'appelant s'est soustrait à des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles et dont on pouvait attendre une amélioration notable de sa capacité de gain. En application de l'article 31, 1^{er} alinéa, LAI, la commission AI et l'autorité de première instance ont donc refusé, à juste titre, de lui allouer une rente. L'assuré a cependant la faculté de présenter une nouvelle demande de rente à l'AI s'il revient à de meilleurs sentiments.

2. Le juge de première instance est d'avis qu'une expertise psychiatrique était nécessaire pour déterminer si les mesures de réadaptation étaient raisonnablement exigibles de l'assuré, étant donné que son aversion pour de telles mesures pouvait avoir pour origine une névrose l'empêchant de faire l'acte de volonté nécessaire. Cet avis ne peut être partagé en l'état actuel des choses. Il convient à cet égard de se référer aux anciens procès de l'assuré que la Cour de céans a été appelée à trancher.

Depuis 1938, l'appelant, qui exerçait à l'époque le métier de palefrenier, mais avait été congédié par sa faute, a tenté à plusieurs reprises d'obtenir des prestations de l'assurance militaire et de la CNA. Il se plaignit tout d'abord de douleurs lombaires,

pour déclarer ensuite souffrir d'une distorsion du bras droit consécutive à un accident de travail (1941). Les nombreux médecins qui l'auscultèrent ne constatèrent toutefois aucune lésion organique et le jugèrent entièrement apte à travailler. En 1942, il fut réformé de l'armée en raison d'une prétendue sclérose en plaques. Il simula en 1943 une paralysie du bras droit imputable, selon lui, à une chute durant son service militaire. Cette fois encore, les médecins furent unanimes à attester qu'il ne présentait aucun trouble physique. Un psychiatre consulté en 1944, lors d'une enquête effectuée par la justice militaire, décrivit l'état de l'intéressé comme suit : sain de corps ; sur le plan psychique, débile, primitif et incapable de maîtriser son affectivité ; semble manifester des tendances à se plaindre de bagatelles et à exagérer des symptômes dont il entendrait tirer profit. Par jugement du 17 novembre 1944, le TFA rejeta l'hypothèse de la sclérose en plaques et mit en doute l'existence d'un lumbago. — En 1953, l'assuré prétendit souffrir à nouveau d'une distorsion du bras droit résultant d'un accident professionnel ; il parvint ainsi à se faire opérer à quatre reprises aux frais de la CNA. En 1955, un médecin constata des manifestations paralytiques hystériques à la jambe et au bras droits. Le psychiatre appelé à se prononcer en 1958 exprima l'opinion que les différentes affections dont il avait été frappé depuis 1953 devaient être considérées comme des symptômes hystériques chez un psychopathe débile et primitif ; un autre médecin attesta que les manifestations paralytiques du côté droit constituaient un phénomène hystérique du genre le plus élémentaire, sans aucun rapport avec un accident. Se ralliant à l'avis de ces différents experts, le TFA nia, par jugement du 17 mars 1959, le droit de l'assuré à une prestation de la CNA. A la suite de cet arrêt, l'intéressé déposa en 1960 une demande de prestations AI en alléguant qu'il souffrait d'une paralysie du bras droit depuis 1956. Cette demande est à l'origine de la présente procédure.

Sur la base des constatations qui précèdent, on ne saurait admettre que l'appelant soit en proie à une inhibition insurmontable qui l'empêcherait de se soumettre aux mesures de réadaptation proposées. Il ne présente pas une atteinte grave à la santé mentale au sens de la jurisprudence du TFA. Il pourrait vaincre son aversion névrosique pour les mesures de réadaptation s'il faisait preuve de la volonté nécessaire que l'on est en droit d'attendre de lui. Etant donné que son comportement ne résulte pas d'une atteinte à la santé mentale au sens de la LAI, il ne doit pas être pris en considération pour l'exigibilité des mesures de réadaptation proposées. Il est dès lors superflu, à l'heure actuelle tout au moins, de soumettre l'assuré à une nouvelle expertise psychiatrique ; un tel examen serait même contre-indiqué.

CHRONIQUE MENSUELLE

En date du 28 mai, le Conseil fédéral a adressé à l'Assemblée fédérale deux messages relatifs à de nouvelles conventions internationales relatives aux assurances sociales. Il s'agit de la *convention de sécurité sociale avec la République fédérale d'Allemagne*, du 25 février 1964 (voir RCC 1964, p. 91), et de l'*accord complémentaire à la convention austro-suisse* du 15 juillet 1950 concernant les assurances sociales, qui a été signé le 20 février 1965. Cet accord complémentaire prévoit, ainsi que la convention complémentaire passée avec la République fédérale d'Allemagne le 24 décembre 1962, l'octroi des rentes extraordinaires de l'AVS aux ressortissants autrichiens de la génération transitoire qui résident en Suisse (voir RCC 1965, p. 117).

★

Dans sa séance du 31 mai, le Conseil fédéral avait décidé de soumettre à l'Assemblée fédérale un *message et un projet de loi revisant la LFA*. Le Conseil des Etats traitera ce projet lors de la session d'automne. Il est prévu d'augmenter les allocations pour enfants aux travailleurs agricoles et aux petits paysans de 15 à 20 francs en région de plaine et de 20 à 25 francs en zone de montagne. Quant à la limite de revenu déterminante pour le droit aux allocations des petits paysans, elle serait relevée de 5500 à 7000 francs.

★

Le *groupe d'étude des questions techniques* a siégé le 8 juin sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Après une longue discussion, il s'est prononcé, d'une manière définitive, sur la question du calcul des périodes d'assurance.

★

La *sous-commission II de la commission d'experts pour la révision de l'AI* a siégé le 9 juin, sous la présidence de M. Granacher, pour examiner en détail les propositions de révision qui lui ont été transmises par la commission plénière.

La *Commission de coordination des caisses de compensation pour l'information en matière d'AVS/AI/APG* a siégé les 14 et 15 juin, en présence de représentants de l'Office fédéral des assurances sociales et de la Centrale de compensation. A cette occasion, M. Greiner, président, s'est retiré de la commission. Durant sa longue activité, environ 5 millions de brochures et de mémentos ont été publiés.

*

La *commission pour l'étude des questions concernant la revision* a siégé les 22 et 23 juin sous la présidence de M. Achermann, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a examiné le projet des nouvelles instructions aux bureaux de revision pour la revision des caisses de compensation AVS.

*

Les gérants de caisse faisant partie de la *commission mixte de liaison entre les autorités fiscales et de l'AVS* ont siégé le 29 juin sous la présidence de M. Wettenschwiler, de l'Office fédéral des assurances sociales. Le projet de modification des articles 22 à 27 RAVS a été mis au point.

Les comptes d'exploitation 1964 de l'AVS, de l'AI et du régime des APG

Les comptes d'exploitation de 1964, approuvés par le Conseil fédéral le 14 juin 1965, confirment les prévisions faites sur une amélioration sensible des prestations. En effet, les prestations totales de ces trois assurances sociales ont passé de 1,29 à 1,97 milliard de francs de 1963 à 1964, ce qui représente une augmentation supérieure à 50 pour cent. Le chiffre d'affaires total a atteint 4,1 milliards, alors qu'il s'élevait à 3,1 milliards en 1963. Les explications qui suivent se bornent à mettre en relief les données principales des comptes d'exploitation. On se référera au rapport annuel AVS/AI/APG pour de plus amples détails.

L'assurance-vieillesse et survivants

L'élément le plus frappant du compte d'exploitation de l'AVS est indiscutablement l'*augmentation des rentes* consécutive à la 6^e revision de l'AVS, entrée

en vigueur au 1^{er} janvier 1964. Cette forte hausse (1031,3 millions en 1963 ; 1599,4 millions en 1964) marque un tournant dans l'histoire de l'AVS.

Les cotisations ont continué leur marche ascendante. On note toutefois un léger fléchissement dans la progression de la courbe, dont l'origine n'est pas à rechercher uniquement dans l'extension du barème dégressif. Pour la première fois, les pouvoirs publics ont versé une contribution de *350 millions de francs*, au lieu des 160 millions par an qu'ils avaient versés jusqu'en 1963. Pour sa part, la Confédération a payé 262,5 millions, soit 155,8 millions de plus que l'année précédente. Il sied de souligner que les frais d'administration mis à la charge de l'AVS (subsidés aux caisses cantonales de compensation, affranchissement à forfait, autres frais de la Confédération, etc.) n'ont pas varié.

Le compte d'exploitation de l'AVS

Montants en millions de francs

Tableau 1

Articles du compte	Recettes		Dépenses	
	1963	1964	1963	1964
1. Cotisations des assurés et des employeurs	1120,6	1235,0	—	—
2. Contributions des pouvoirs publics	160,0	350,0	—	—
3. Produit des placements et réévaluations	208,5	207,6	—	—
4. Prestations :				
a) rentes ordinaires	—	—	866,4	1375,0
b) rentes extraordinaires	—	—	164,9	224,4
5. Frais d'administration	—	—	12,1	12,0
6. Excédent de recettes	—	—	445,7	181,2
Total	1489,1	1792,6	1489,1	1792,6

Cette progression des prestations a entraîné inéluctablement une forte baisse de l'excédent de recettes. Celui-ci est tombé à *181,2 millions de francs*, alors qu'il était de 445,7 millions en 1963. L'accroissement du fonds de compensation de l'AVS s'en trouve freiné d'autant. Ce bénéfice représente, à peu près, l'augmentation des contributions des pouvoirs publics. Cela signifie que le compte d'exploitation de l'AVS aurait été pratiquement équilibré si la part des pouvoirs publics avait été, comme les années précédentes, de 160 millions seulement.

Le rapport entre les rentes, d'une part, et les cotisations des assurés et des

employeurs, d'autre part, s'est lui aussi nettement modifié. Si, en 1963, une rente de 100 francs était couverte jusqu'à concurrence de 103 francs par les cotisations, ce dernier chiffre est tombé à 77 francs en 1964.

L'assurance-invalidité

L'AI, après son premier lustre d'existence, présente pour la première fois *un déficit d'exploitation de 1,9 million de francs* pour l'année 1964, ce qui ramène sa fortune à 96,3 millions. Ce résultat n'a, en soi, rien d'alarmant, mais il pourra tout de même influencer les propositions de la Commission fédérale d'experts pour la révision de l'AI.

Les prestations individuelles *en espèces*, qui comprennent les rentes, les indemnités journalières, les allocations pour impotents et les prestations de secours aux Suisses à l'étranger, ont passé de 123,9 à 169,3 millions de francs. Les rentes à elles seules, qui ont été augmentées dans la même proportion que les rentes AVS, ont coûté quelque 42 millions de plus qu'en 1963.

Les frais pour *mesures individuelles* ont poursuivi leur progression. Les dépenses de caractère médical ont subi une hausse de plus de 30 pour cent par rapport à 1963 ; la progression n'est pas si forte dans les domaines de la formation scolaire spéciale et de la formation professionnelle. Les statistiques sur la réadaptation diront plus tard dans quelle mesure la hausse constatée est imputable aux rajustements tarifaires ou à l'augmentation du nombre des invalides bénéficiant de ces prestations AI.

Dans le secteur des *subventions* aux institutions et aux organisations, la tendance n'est pas uniforme. La hausse la plus marquée est sans contredit celle des subventions pour la construction et l'équipement de centres de réadaptation et d'ateliers d'occupation permanente pour invalides. Ces subsides ont sauté de 5,7 à 10,1 millions de francs. Les nouvelles demandes de subventions déposées en 1964 sont au nombre de 85 et représentent des projets de construction devisés à 42 millions de francs au total. Cette évolution ne s'arrêtera probablement pas en 1965, car d'importants projets sont encore à l'étude pour la construction de bâtiments destinés à des enfants invalides (IMC, enfants non scolarisables, etc.) et d'ateliers d'occupation permanente pour invalides adultes. La diminution des subventions pour les frais d'exploitation est due au fait qu'en 1963, nombre d'institutions ont reçu des subventions pour deux, voire trois exercices. En 1964, ce phénomène avait pratiquement disparu.

Les *frais de gestion* se sont maintenus à un niveau très raisonnable, malgré un accroissement sensible des affaires à traiter. Ils s'élevaient à 6,7 millions en 1964. Les chiffres suivants donneront une idée de l'activité des organes AI auxquels ces dépenses ont été affectées: 49 000 nouvelles demandes de prestations AI, plus de 97 000 prononcés rendus, 7200 examens des possibilités de réadaptation professionnelle et 1600 placements d'invalides. Notons que tous ces chiffres sont plus forts que ceux de l'exercice précédent.

*Le compte d'exploitation de l'AI **

Montants en millions de francs

Tableau 2

Articles du compte	Recettes		Dépenses	
	1963	1964	1963	1964
1. Cotisations des assurés et des employeurs	112,1	123,5	—	—
2. Contributions des pouvoirs publics	93,9	125,9	—	—
3. Intérêts	0,8	0,5	—	—
4. Prestations individuelles en espèces	—	—	123,9	169,3
5. Frais pour mesures individuelles .	—	—	43,2	56,2
6. Subventions aux institutions et organisations	—	—	12,3	16,0
7. Frais de gestion	—	—	7,3	8,9
8. Frais d'administration	—	—	1,2	1,4
9. Excédent de recettes	—	—	18,9	—
10. Excédent de dépenses	—	1,9	—	—
Total . . .	206,8	251,8	206,8	251,8

Le régime des allocations pour perte de gain

Le compte d'exploitation du régime des APG reflète également la revision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1964. Les allocations se sont élevées à 126,2 millions, soit 43 pour cent de plus qu'en 1963. Les cotisations APG greffées sur les cotisations AVS ont rendu quelque 11 millions de plus qu'en 1963. L'excédent de recettes est ainsi tombé de 27,8 à 1,6 millions. Le fonds des APG atteignait 170,5 millions de francs à la fin de l'exercice 1964.

* Pour plus de détails, se référer à la RCC 1965, p. 212.

Compte d'exploitation des APG

Montants en millions de francs

Tableau 3

Articles du compte	Recettes		Dépenses	
	1963	1964	1963	1964
1. Cotisations des employés et des employeurs	111,5	122,9	—	—
2. Intérêts	4,8	5,1	—	—
3. Prestations	—	—	88,3	126,2
4. Frais d'administration	—	—	0,2	0,2
5. Excédent de recettes	—	—	27,8	1,6
Total . .	116,3	128,0	116,3	128,0

**Le domicile considéré en tant que condition
du droit aux prestations selon la convention
italo-suisse sur la sécurité sociale**

Les organes d'exécution de l'AVS et de l'AI ont été renseignés selon la procédure habituelle sur la portée des dispositions de la nouvelle convention italo-suisse du 14 décembre 1962 (appelée ci-après « convention »). Depuis son entrée en vigueur, le 1^{er} septembre 1964, l'expérience faite a montré qu'il s'est élevé quelques doutes et hésitations notamment en ce qui concerne la condition de domicile attachée à l'octroi de certaines prestations en faveur des ressortissants italiens. L'exposé qui suit vise à préciser la portée pratique de cette condition, tout en délimitant son champ d'application.

* * *

L'article 3 de la convention assimile d'une manière générale les ressortissants italiens aux citoyens suisses pour ce qui concerne les législations sur l'AVS et l'AI. Il en résulte que là où ces législations subordonnent le droit aux prestations des citoyens suisses à l'existence d'un domicile civil en Suisse, cette restriction s'étend en principe aux ressortissants italiens. Mais, abstraction faite de ce principe général, le domicile apparaît comme condition spéciale du droit aux prestations dans certains cas précis prévus dans la convention ou dans le protocole final s'y rapportant. Il convient de relever pour la bonne forme que

le domicile civil suisse n'est très souvent que l'une des conditions du droit aux prestations des ressortissants italiens à l'égard de l'AVS ou de l'AI suisses.

Si l'on parcourt les législations sur l'AVS et l'AI ainsi que la convention, force est de constater qu'en matière de *rentes ordinaires*, le droit aux prestations est très rarement conditionné à l'existence d'un domicile en Suisse; il n'entre en ligne de compte que pour l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dans les cas pénibles, soit lorsque le degré d'invalidité est inférieur à 50 pour cent au sens de l'article 28 LAI (cf. art. 8, lettre e de la convention). Au surplus, l'abandon du domicile suisse dans le cas d'un Italien qui quitte définitivement la Suisse peut avoir pour conséquence qu'en lieu et place d'une rente partielle calculée d'après les échelles 1 à 6, il sera versé une indemnité forfaitaire (cf. art. 7, lettre a, et art. 8, lettre c de la convention).

Il convient de rapprocher du domicile la condition d'assurance qui, bien qu'étroitement apparentée à celui-ci, doit cependant en être distinguée. Le droit aux rentes ordinaires d'invalidité dépend précisément de la réalisation de cette condition (cf. art. 6, 1^{er} al., LAI et art. 8, lettre b de la convention). Le ressortissant italien qui est domicilié en Suisse est assuré. Mais il n'est pas le seul: celui qui exerce une activité lucrative en Suisse est également assujéti à l'AVS. Enfin, la convention prévoit que les ressortissants italiens qui sont affiliés aux assurances sociales de leur pays, de même que ceux qui ont acquis le droit à une rente ordinaire avant de quitter la Suisse sont assimilés aux personnes assurées selon la législation suisse sur l'AVS et l'AI.

Pour avoir droit et pouvoir continuer à toucher une *rente extraordinaire de l'AVS ou de l'AI*, à titre principal ou à titre de minimum garanti en lieu et place d'une rente ordinaire partielle, les ressortissants italiens doivent être domiciliés en Suisse; c'est là une condition fondamentale. Au surplus, le droit à une rente extraordinaire suppose que l'ayant droit ait résidé en Suisse d'une manière ininterrompue pendant 5 à 10 ans, selon les cas (art. 7, lettre b, et art. 8, lettre d de la convention; chiffre 10 du protocole final).

L'octroi d'une *allocation pour impotent* à un ressortissant italien est lié également et sans exception à l'existence d'un domicile en Suisse (art. 8, lettre e de la convention). On relèvera encore que le droit à une telle prestation suppose que le requérant ait été assuré au moment de la survenance de l'impotence et qu'il conserve son domicile en Suisse; mais il n'est pas nécessaire, comme pour les rentes extraordinaires, qu'il ait résidé un certain temps en Suisse.

Un dernier groupe de prestations, non des moins importantes, pouvant intéresser les ressortissants italiens, tant adultes que mineurs, est constitué par les *mesures de réadaptation* (art. 8 ss LAI). L'octroi de telles mesures — compte tenu de la réalisation d'autres conditions supplémentaires, telles qu'une certaine durée de résidence ou une période minimale de cotisations en Suisse — est également subordonné à l'existence d'un domicile en Suisse. Le ressortissant italien qui n'est plus domicilié chez nous se voit suspendre l'octroi de mesures de réadaptation (art. 8, lettre a de la convention).

* * *

Dans tous les cas que nous avons vus plus haut où le domicile est une condition

du droit aux prestations de l'AVS ou de l'AI, il s'agit toujours du *domicile civil* au sens du CCS. On entend par là le lieu où une personne réside avec l'intention de s'y établir (art. 23, 1^{er} al., CCS). Pour prévenir toute confusion, cette définition légale a été expressément reprise sous chiffre 9 du protocole final. Les parties contractantes ont ainsi voulu spécifier que, par exemple, un ressortissant italien ne pouvait pas se prévaloir de l'existence d'un domicile en Suisse, susceptible d'ouvrir droit à des prestations d'assurance, dès qu'il a résidé un certain temps en Suisse en invoquant l'article 24, 2^e alinéa, CCS. En outre, un séjour dans notre pays en vue de se soigner ou de parfaire sa formation ne constitue pas un domicile dans le sens indiqué (art. 26 CCS).

Dans le même ordre d'idées, il convient encore de relever que le statut juridique d'un étranger, qui lui est conféré conformément aux prescriptions régissant la police des étrangers, n'indique pas en soi l'existence d'un domicile civil en Suisse. Il constitue néanmoins très souvent un indice important de l'existence ou de l'inexistence d'un tel domicile. C'est ainsi qu'en l'absence de preuve contraire, on présumera l'existence d'un domicile en Suisse en faveur d'un ressortissant italien qui réside en Suisse pour une durée indéterminée et est au bénéfice d'un permis d'établissement (Livret pour étrangers C) ou qui, après cinq années de résidence régulière et ininterrompue en Suisse, jouit du traitement de faveur instauré par l'article 11 de l'accord avec l'Italie relatif à l'émigration de travailleurs italiens en Suisse, du 10 août 1964 (ce qui ressort du Livret pour étrangers B). De même, il y a lieu généralement d'admettre l'existence d'un domicile en Suisse en faveur des ressortissants italiens qui sont établis chez nous avec leur famille. En revanche, ne sera pas considéré légalement comme domicilié en Suisse, l'ouvrier saisonnier qui vient régulièrement travailler en Suisse chaque année, non plus que celui qui réside en Suisse pour une courte durée s'il est célibataire ou que sa famille vit en Italie (cf. Arrêt du TFA du 4 février 1964 en la cause A. M. = RCC 1964, p. 330).

Dans la pratique, c'est surtout en matière de mesures de réadaptation et de rentes d'invalidité que la question du domicile se pose. A l'égard des ressortissants italiens qui sont établis en Suisse depuis de longues années ou y vivent avec leur famille, et qui prétendent des mesures de réadaptation pour eux-mêmes ou leurs proches, il y a lieu généralement d'admettre l'existence d'un domicile en Suisse, ce qui permettra de leur allouer les mesures requises pour autant qu'ils satisfont aux autres conditions du droit. Il en va différemment à l'égard des Italiens qui sont occupés en Suisse pendant une brève durée, ainsi qu'à l'égard des saisonniers. Ces personnes ne sont pas considérées comme domiciliées en Suisse et n'ont ainsi pas droit à des mesures de réadaptation. Cette réglementation peut paraître dans certains cas rigoureuse; elle n'en est pas moins justifiée si l'on considère que le succès de maintes mesures de réadaptation n'est garanti que si l'intéressé entreprend par la suite une activité dans des conditions tout à fait spéciales. Une telle possibilité fait généralement défaut dans les cas de saisonniers qui sont appelés tôt ou tard à quitter notre pays.

Pour prétendre une rente ordinaire de l'AI, les ressortissants italiens doivent remplir les conditions générales d'assurance conformément à l'article 6, 1^{er} alinéa, LAI. Ceux d'entre eux qui ont leur domicile civil en Suisse sont

automatiquement assurés. Il en est de même pour ceux qui exerçaient une activité lucrative en Suisse et qui y sont tombés malades ou y ont été accidentés; en pareils cas, il y a lieu d'admettre l'existence d'un rapport d'assurance au sens de l'article 6, 1^{er} alinéa, LAI durant une maladie dont la durée n'excède pas 360 jours. Il en résulte que ces Italiens peuvent également prétendre une rente en raison d'une maladie de longue durée. Il serait en effet difficilement conciliable avec le but et le sens de la convention de donner à la condition d'assurance une interprétation si étroite qu'il faille nier le droit à une rente en de tels cas, alors qu'un Italien qui a quitté la Suisse et s'est affilié aux assurances italiennes pourrait prétendre une rente d'invalidité suisse en vertu de la disposition spéciale de l'article 8, lettre b, de la Convention.

La question du domicile est étroitement liée à celle de la *compétence* des organes de l'AVS et de l'AI. Les demandes de prestations d'étrangers qui peuvent être admises parce que la condition de domicile est remplie, sont traitées par les autorités compétentes en Suisse. Il n'y a pas lieu d'insister sur ces cas. En revanche, lorsque la procédure d'examen de la demande fait apparaître qu'un ressortissant n'est pas domicilié en Suisse, les règles suivantes sont applicables :

Le cas d'un ressortissant italien qui réside en Suisse pour une durée indéterminée sera traité par la commission cantonale AI et la caisse de compensation — cantonale ou professionnelle — compétentes selon les règles habituelles. Il en est en particulier ainsi des demandes qui doivent être écartées d'entrée de cause parce que les conditions d'assurance ne sont manifestement pas réalisées. Si par contre il n'est pas certain que le requérant demeurera encore en Suisse ou s'il se prépare à retourner en Italie (dès que sa santé lui en donnera la possibilité, par exemple), son dossier sera transmis à la Caisse suisse de compensation ou, le cas échéant, au secrétariat de la commission AI pour les assurés à l'étranger. Toutefois, auparavant, la commission AI du canton de résidence fera autant que possible procéder aux enquêtes nécessaires sur les faits qui se sont passés en Suisse.

Les bons de voyage dans l'assurance-invalidité en 1964

Les simplifications introduites le 1^{er} janvier 1964 pour l'établissement des bons — un seul bon peut être établi pour des parcours desservis par plusieurs entreprises de transport, ainsi que pour des voyages en commun de l'assuré et de la personne accompagnante, plus l'expédition des bagages sur le même parcours — ont sensiblement allégé le travail administratif des organes AI compétents. Il en est également résulté, par rapport à 1963, une diminution (environ 5800)

des bons présentés au contrôle des trafics des CFF, bien que le montant total des frais de voyage et des viatiques ait augmenté de quelque 142 000 francs.

Année	Nombre de bons présentés	Frais de voyage et viatiques facturés	Coût moyen par bon
		Fr.	Fr.
1963	53 313	645 222.80	12.10
1964	47 536	787 183.30	16.55
Différence	— 5 777	+ 141 960.50	+ 4.45

L'augmentation de 4 fr. 45 du coût moyen provient principalement de la nouvelle façon d'établir les bons. Sans les simplifications apportées, elle n'aurait atteint que 90 centimes environ, en raison de l'augmentation annuelle moyenne de 45 centimes (1962-1963) et de l'augmentation des tarifs entrée en vigueur le 1^{er} novembre 1964, et le nombre des bons délivrés pour les 787 000 francs de frais de voyage et de viatique se serait élevé à 60 000. Ainsi, les secrétariats des commissions AI et les offices régionaux AI ont eu non seulement 5777, mais près de 13 000 bons de moins à remplir en 1964. La diminution de travail recherchée a donc été réalisée en bonne partie.

Extraits du rapport du Tribunal fédéral des assurances sur sa gestion pendant l'année 1964

Vue d'ensemble

L'activité du tribunal durant l'année 1964 a continué à être dominée par les problèmes de l'AI. Si nous pouvions signaler, dans notre précédent rapport, un léger reflux des procès nouveaux en cette matière, ce mouvement ne s'est pas poursuivi: le nombre des litiges concernant l'AI non seulement n'a plus diminué, mais a même montré une tendance — il est vrai minime — à augmenter. Aussi la statistique de l'année écoulée ne diffère-t-elle pas sensiblement de celle de l'année 1963. Cependant, une augmentation de la charge de travail interviendra sans doute ces prochaines années, le Tribunal fédéral des assurances étant désormais appelé à statuer en dernière instance dans le domaine de l'assu-

rance-maladie également, et le projet de loi sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, actuellement soumis aux Chambres fédérales, prévoyant de même notre tribunal comme autorité judiciaire suprême. L'ampleur de ces tâches supplémentaires est impossible à déterminer pour l'instant, même très approximativement.

La statistique indique, pour 1964, un total de 859 affaires pendantes, soit 160 reportées et 699 nouvellement introduites (contre 262 reportées et 684 nouvellement introduites durant l'année 1963). De ces 859 affaires, 737 ont été liquidées et 122 seulement reportées sur 1965. Des suppléants ont été mis à contribution dans 21 affaires, dont un seul cas de revision revenant à la cour extraordinaire en vertu des règles de procédure; mentionnons que la cour extraordinaire a dû faire appel dans ce cas au président d'un tribunal cantonal des assurances, l'un de ses membres s'étant récusé.

Assurance-vieillesse et survivants

La proportion entre les litiges relatifs aux cotisations et ceux portant sur les rentes est demeurée inchangée, soit de quelque deux tiers de l'ensemble pour les premiers et d'un tiers pour les seconds. En matière de cotisations, plus de la moitié des litiges ont eu pour objet les cotisations d'assurés de condition indépendante, qu'il s'agisse de fixer le montant du revenu net, de départager produit du travail et gain en capital, notamment lors de transactions immobilières, ou encore d'établir l'existence d'un changement profond des bases du revenu. Parmi les autres différends, il faut mentionner en particulier la question de la soumission à cotisations, en tant qu'éléments du salaire déterminant, de diverses prestations extraordinaires versées par l'employeur; celle de l'estimation des frais d'acquisition du salaire, ou de l'évaluation de la fortune d'assurés sans activité lucrative, ou encore des conditions du remboursement des cotisations aux étrangers et apatrides.

En matière de rentes, quelques rares litiges seulement ont porté sur le montant de la prestation. Il s'est agi la plupart du temps des conditions mêmes du droit à la rente, par exemple du droit personnel de la femme dont le mari renonce à percevoir une rente de couple, du droit à la rente d'enfants recueillis, de l'exigence du domicile en Suisse pour l'obtention d'une rente extraordinaire.

Assurance-invalidité

Le TFA constatait, dans ses deux précédents rapports, que, si les litiges portant sur le droit à la rente d'invalidité étaient encore les plus nombreux, les procès relatifs aux mesures de réadaptation marquaient une nette tendance à gagner en importance tant numérique que de principe. Il relevait que ce phénomène reflétait une évolution qui irait sans doute en se renforçant au fur et à mesure que s'amenuiserait l'effectif de la génération initiale et que l'AI s'occuperait d'assurés plus jeunes dès la survenance même de leur invalidité. Effectivement, les procès relatifs aux mesures de réadaptation ont très nettement dépassé en nombre également, durant l'exercice écoulé, ceux concernant les rentes.

Au sein des mesures de réadaptation, il n'y a pas eu de changement sensible dans la répartition des diverses mesures; cependant, on remarque un léger accroissement des litiges relatifs aux mesures d'ordre professionnel. Divers appels ont permis de préciser des notions et critères antérieurement posés par la jurisprudence. A l'égard des différends le plus fréquemment soumis à l'autorité judiciaire fédérale, concernant tant les mesures de réadaptation que les rentes, nous nous bornons à renvoyer aux rapports sur les années 1962 et 1963.

Quant aux questions nouvelles, nous n'en citerons que quelques-unes parmi les plus importantes. Il s'est agi ainsi de définir la notion de survenance du risque assuré et d'examiner la réalisation à cette date des conditions générales d'assurance. Un autre litige a amené le tribunal à aborder le problème du droit à prestations en cas d'invalidité provoquée par une tentative de suicide, problème qui présente dans l'AI des aspects fort différents de ceux connus dans l'assurance-accidents et dans l'assurance militaire. Le tribunal a eu l'occasion de se prononcer de même sur la nature des prestations de l'AI en faveur de la formation scolaire spéciale des invalides mineurs, compte tenu de la souveraineté cantonale en matière scolaire. Divers arrêts ont défini les buts et les limites de la formation professionnelle initiale et du reclassement dans une autre profession. Les relations entre les mesures de réadaptation fournies par l'assurance militaire et les prestations de l'AI ont donné lieu également à une première étude. La jurisprudence a examiné en outre si les normes posées dans le règlement d'exécution pour déterminer l'état de besoin, en tant que condition d'octroi d'allocations pour impotents, étaient conformes à la loi; elle l'a nié pour certaines d'entre elles. Enfin, le tribunal a tranché dans un arrêt de principe la question du destinataire des rentes complémentaires pour les proches de l'invalidé et de leur paiement en mains de tiers pour en garantir un emploi conforme à leur but.

Outre ces problèmes propres à l'assurance sociale, dont la solution implique d'ailleurs bien souvent le recours aux notions du droit civil, de nombreux litiges doivent être tranchés à la lumière de principes généraux de droit administratif. Nous rappellerons le problème de l'autorité des décisions administratives, celui des conditions dans lesquelles l'administration peut ou doit revenir sur une décision, celui de l'effet du recours ou de l'appel, celui enfin de l'ampleur du pouvoir d'examen du juge administratif et de ses limites. Ce rappel ne vaut pas pour la seule AI; il est valable pour la totalité de l'activité du tribunal.

Allocations aux militaires pour perte de gain

Les cinq arrêts rendus durant l'année 1964 n'ont pas porté sur des problèmes sortant de l'ordinaire. Dans le dernier rapport, il a été dit que dans un procès en cours, le tribunal avait étudié le problème du destinataire des allocations dans les cas où un salarié touche son plein salaire durant une période de service militaire, mais accomplit aussi son travail professionnel sans restriction aucune. Cependant, il s'est révélé que les circonstances de ce différend n'étaient pas de nature à provoquer la poursuite de cet examen.

Allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans

Deux arrêts de principe méritent mention. Le premier traite du cumul des allocations familiales avec des rentes de l'AI; il déclare que la réduction de la capacité de gain et le bénéfice d'une rente d'invalidité sont sans effet sur le droit aux allocations familiales, aussi longtemps du moins que l'activité n'est pas réduite à tel point que la qualité de travailleur agricole ne peut plus être reconnue au bénéficiaire. Le second prononce que, pour déterminer l'activité principale du petit paysan qui travaille comme salarié durant les mois d'hiver, la comparaison des temps d'occupation et des revenus tirés de ces activités doit porter sur l'année entière.

Nombre des affaires introduites et liquidées

Tableau 1

Affaires	AVS	AI	APG	AF ¹	Total ²
Reportées de 1963	19	103	2	3	127
Introduites en 1964	122	377	3	6	508
Total	141	480	5	9	635
De ces affaires, ont été liquidées en 1964	117	413	5	9	544
Ont été reportées à 1965	24	67	—	—	91
Total	141	480	5	9	635

¹ Allocations familiales (régime fédéral).
² A cela s'ajoutent les litiges de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance-chômage.

Répartition des affaires liquidées d'après les appelants et le mode de liquidation

Tableau 2

Appelant	Non entrée en matière	Radia- tion ¹	Admis- sion ²	Rejet	Total
AVS					
Assuré	6	1	17	61	85
Employeur	1	—	3	13	17
Tiers intéressé	—	—	—	1	1
OFAS	—	—	4	1	5
Caisse de compensation	—	—	6	3	9
Total	7	1	30	79	117
AI					
Assuré	8	7	94	218	327
OFAS	—	4	57	13	74
Caisse de compensation	1	1	5	5	12
Total	9	12	156	236	413
APG					
Militaire	—	—	1	3	4
OFAS	—	—	1	—	1
Caisse de compensation	—	—	—	—	—
Total	—	—	2	3	5
Allocations familiales					
Travailleur agricole ou petit paysan	—	—	2	4	6
OFAS	—	—	2	1	3
Caisse de compensation	—	—	—	—	—
Total	—	—	4	5	9
¹ Affaires retirées ou devenues sans objet. ² Totalement ou partiellement.					

**Liste des textes législatifs,
des conventions internationales
et des instructions de l'Office fédéral
des assurances sociales
en matière d'AVS, d'AI et d'APG¹**

Etat le 1^{er} juillet 1965

I. La législation de la Confédération

1. Lois fédérales et arrêtés fédéraux.

Loi fédérale sur l'AVS, du 20 décembre 1946 (RS 8, 451), modifiée par les lois fédérales du 21 décembre 1950 (RO 1951, 393), du 30 septembre 1953 (RO 1954, 217), du 22 décembre 1955 (RO 1956, 703), du 21 décembre 1956 (RO 1957, 264), du 19 juin 1959 (RO 1959, 884), du 23 mars 1961 (RO 1961, 501) et du 19 décembre 1963 (RO 1964, 277), ainsi que par la loi instituant des mesures spéciales propres à réduire les dépenses de la Confédération, du 23 décembre 1953 (chiffre I, 10) (RO 1954, 573) et par la loi sur l'AI, du 19 juin 1959 (art. 82) (RO 1959, 857)².

Arrêté fédéral concernant l'emploi des ressources prélevées sur les excédents de recettes des fonds centraux de compensation et attribuées à l'AVS (*aide complémentaire*), du 8 octobre 1948 (RO 1949, 81), prorogé et modifié par les arrêtés du 5 octobre 1950 (RO 1951, 33), du 30 septembre 1955 (RO 1956, 126) et du

¹ Les textes figurant dans cette liste peuvent être obtenus de la manière suivante :

- textes énumérés sous chiffres I et II : au Bureau des imprimés de la Chancellerie fédérale, Berne 3.
- textes imprimés énumérés sous chiffre III (dans ces cas, on a indiqué entre parenthèses le numéro de commande) : à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3.
- autres textes énumérés sous chiffre III : à l'Office fédéral des assurances sociales, Berne 3 (si le stock n'est pas épuisé).
- La présente liste peut être obtenue à la Centrale fédérale des imprimés et du matériel, Berne 3, comme tirage à part sous n° 318.120.01 f.

² Se trouve dans le Recueil LAVS/RAVS, état au 1^{er} septembre 1961, avec feuillets collants 1964.

3 octobre 1958 (RO 1959, 81), ainsi que par la loi instituant des mesures spéciales propres à réduire les dépenses de la Confédération, du 23 décembre 1953 (chiffre I, 11) (RO 1954, 573).

Loi fédérale sur les APG, du 25 septembre 1952 (RO 1952, 1046), modifiée par les lois du 6 mars 1959 (RO 1959, 589) et du 19 décembre 1963 (RO 1964, 286), et par la loi sur la protection civile, du 23 mars 1962 (art. 93) (RO 1962, 1127)³.

Loi fédérale sur l'AI, du 19 juin 1959 (RO 1959, 857) modifiée par la loi fédérale modifiant celle sur l'AVS, du 19 décembre 1963 (RO 1964, 277) et par la loi fédérale modifiant la loi sur l'assurance militaire, du 19 décembre 1963 (RO 1964, 245)⁴.

Arrêté fédéral sur le statut des réfugiés dans l'AVS et dans l'AI, du 4 octobre 1962 (RO 1963, 37).

Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, du 19 mars 1965 (sera publiée dans RO 1965).

2. Actes législatifs édictés par le Conseil fédéral

Règlement d'exécution de la loi fédérale sur l'AVS, du 31 octobre 1947 (RS 8, 510), modifié par les arrêtés du Conseil fédéral du 20 avril 1951 (RO 1951, 396), du 30 décembre 1953 (RO 1954, 226), du 10 mai 1957 (RO 1957, 407), du 5 février 1960 (RO 1960, 247), du 4 juillet 1961 (RO 1961, 505) et du 3 avril 1964 (RO 1964, 324), ainsi que par l'arrêté du Conseil fédéral retirant aux services de l'administration la compétence d'édicter des dispositions ayant force obligatoire générale, du 13 octobre 1951 (art. 8) (RO 1951, 970) et par l'arrêté fédéral attribuant l'OFAS au Département de l'intérieur, du 20 décembre 1954 (RO 1954, 1362)⁵.

Règlement du tribunal arbitral de la commission de l'AVS, du 12 décembre 1947 (RS 8, 587).

Ordonnance d'exécution de l'arrêté fédéral concernant l'emploi des ressources prélevées sur les excédents de recettes des fonds centraux de compensation et attribuées à l'AVS, du 28 janvier 1949 (RO 1949, 88).

Ordonnance sur le remboursement aux étrangers et aux apatrides des cotisations versées à l'AVS, du 14 mars 1952 (RO 1952, 285), modifiée par l'arrêté du Conseil fédéral du 10 mai 1957 (RO 1957, 415).

³ Se trouve dans le Recueil LAPG/RAPG, état au 1^{er} juin 1960, avec feuillets collants de 1962 et de 1964.

⁴ Se trouve dans le Recueil LAI/RAI/OIC, état au 1^{er} janvier 1965, avec ACF du 19 février 1965.

⁵ Se trouve dans le Recueil LAVS/RAVS, état au 1^{er} septembre 1961, avec feuillets collants 1964.

Règlement concernant l'administration du Fonds de compensation de l'AVS, du 7 janvier 1953 (RO 1953, 16), modifié par les arrêtés du Conseil fédéral du 22 janvier 1960 (RO 1960, 83) et du 27 septembre 1963 (RO 1964, 640).

Ordonnance concernant l'organisation et la procédure du Tribunal fédéral des assurances dans les causes relatives à l'assurance-vieillesse, du 16 janvier 1953 (RO 1953, 32), modifiée par l'arrêté du Conseil fédéral du 3 mai 1960 (RO 1960, 470).

Arrêté du Conseil fédéral du 13 octobre 1959 concernant l'introduction de l'AI, abrogé par le règlement d'exécution de la loi sur l'AI, à l'exception des articles 24 et 25 (RO 1959, 951)⁶.

Règlement d'exécution de la loi sur les APG, du 24 décembre 1959 (RO 1959, 2209), modifié par l'arrêté du Conseil fédéral du 3 avril 1964 (RO 1964, 329)⁷.

Ordonnance concernant les infirmités congénitales, du 5 janvier 1961 (RO 1961, 61)⁸.

Règlement d'exécution de la loi sur l'AI, du 17 janvier 1961 (RO 1961, 29), modifié par les arrêtés du Conseil fédéral du 10 juin 1963 (RO 1963, 418), du 3 avril 1964 (RO 1964, 329) et du 19 février 1965 (RO 1965, 113)⁸.

Ordonnance concernant l'AVS et l'AI facultatives des ressortissants suisses résidant à l'étranger, du 26 mai 1961 (RO 1961, 429), modifiée par l'arrêté du Conseil fédéral du 3 avril 1964 (RO 1964, 332).

Arrêté du Conseil fédéral concernant les contributions des cantons à l'AVS pour les années 1964-1969, du 7 juillet 1964 (RO 1964, 626).

Arrêté du Conseil fédéral concernant les contributions des cantons aux frais de l'AI pour les années 1963-1969, du 7 juillet 1964 (RO 1964, 628).

3. Prescriptions édictées par des départements fédéraux et par d'autres autorités fédérales

Règlement de la Caisse fédérale de compensation, du 30 décembre 1948, arrêté par le Département fédéral des finances et des douanes (RO 1949, 68).

Ordonnance du Département fédéral de l'économie publique relative à l'obligation de verser les cotisations à l'AVS et d'établir le décompte des personnes travaillant dans l'industrie de la broderie, du 21 juin 1949 (RO 1949, 566), modifiée par l'arrêté du Conseil fédéral retirant aux services de l'administration la compétence d'édicter des dispositions ayant force obligatoire générale, du 13 octobre 1951 (art. 8) (RO 1951, 970).

⁶ Se trouve dans le Recueil LAI/RAI/OIC, état au 1^{er} janvier 1965, avec ACF du 19 février 1965.

⁷ Se trouve dans le Recueil LAPG/RAPG, état au 1^{er} juin 1960, avec feuillets collants de 1962 et de 1964.

Règlement de la Caisse suisse de compensation, du *15 octobre 1951*, arrêté par le Département fédéral des finances et des douanes (RO 1951, 996).

Directives du Conseil d'administration concernant les placements du Fonds de compensation de l'AVS, du *19 janvier 1953* (FF 1953/I, 91), arrêtées par le conseil d'administration du Fonds de compensation de l'AVS, modifiées par la décision du 18 mars 1960 (FF 1960/II, 8).

Ordonnance du Département fédéral de l'économie publique relative au calcul du salaire déterminant dans certaines professions pour le régime de l'AVS, du *31 décembre 1953* (RO 1954, 232).

Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les frais d'administration dans l'AVS (taux maximums des contributions aux frais d'administration), du *19 janvier 1955* (RO 1955, 106).

Règlement du fonds spécial « Legs Isler et von Smolenski pour secourir des vieillards et des survivants se trouvant dans un état de gêne particulier », du *9 mars 1956*, arrêté par l'OFAS (RO 1956, 630), complété par arrêté du Conseil fédéral du 8 août 1962 (non publié)⁸.

Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur concernant l'octroi de rentes transitoires de l'AVS aux Suisses à l'étranger (adaptation des limites de revenu), du *24 juin 1957* (RO 1957, 582).

Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur concernant la création ou la transformation de caisses de compensation de l'AVS, du *19 février 1960* (RO 1960, 296).

Règlement de la commission AI des assurés résidant à l'étranger, arrêté par le Département fédéral des finances et des douanes le *22 mars 1960* (ne figure pas dans le RO, mais se trouve dans les directives concernant l'assurance facultative, 318.101).

Règlement de la commission de recours de la Caisse suisse de compensation, du *19 novembre 1960* (RO 1961, 116).

Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur concernant la reconnaissance d'écoles spéciales dans l'AI, du *29 septembre 1961* (RO 1961, 873).

Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur concernant les frais d'administration dans l'AVS (subsides aux caisses cantonales de compensation), du *17 novembre 1961* (RO 1961, 1038).

Décision du Département militaire fédéral concernant l'application dans la troupe du régime des APG, du *1^{er} avril 1964* (Feuille officielle militaire 1964, 89).

Règlement intérieur de la Commission fédérale de l'AVS/AI, édicté par ladite commission le *23 février 1965* (non publié). Peut être demandé à l'OFAS.

⁸ Le texte mis à jour peut être demandé à l'OFAS.

II. Conventions internationales

- France* Convention relative à l'AVS, du 9 juillet 1949, avec protocole général et protocole n° 1 (RO 1950, 1164).
Arrangement administratif, du 30 mai 1950 (RO 1950, 1176).
Avenant au Protocole général, du 5 février 1953 (RO 1953, 99).
Protocole n° 2, du 1^{er} juin 1957 (RO 1957, 633).
Protocole n° 3, du 15 avril 1958 (RO 1958, 328).
Avenant à la Convention sur l'AVS, du 14 avril 1961 (RO 1961, 666).
Avenant au protocole n° 3, du 14 avril 1961 (RO 1961, 385).
- Autriche* Convention relative aux assurances sociales, du 15 juillet 1950 (RO 1951, 787).
Arrangement administratif, du 10 mai 1951 (RO 1951, 799).
- Bateliers rhénans* Accord international concernant la sécurité sociale, du 27 juillet 1950 (RO 1953, 514).
Arrangement administratif, du 23 mai 1953 (RO 1953, 529).
- République fédérale d'Allemagne* Convention relative aux assurances sociales, du 24 octobre 1950 (RO 1951, 937).
Arrangement administratif, du 21 septembre 1951 (RO 1951, 954).
Echange de notes, du 14 septembre 1955 (RO 1955, 858).
Echange de notes, du 3 octobre 1955 / 11 janvier 1957 (RO 1957, 67).
Convention complémentaire, du 24 décembre 1962 (RO 1963, 939).
- Belgique* Convention relative aux assurances sociales, du 17 juin 1952 (RO 1953, 948).
Arrangement administratif, du 24 juillet 1953 (RO 1953, 958).
- Grande-Bretagne* Convention en matière d'assurances sociales, du 16 janvier 1953 (RO 1954, 1023).
Arrangement administratif, du 1^{er} septembre 1954 (RO 1954, 1038).

- Convention complémentaire, du 12 novembre 1959 (RO 1960, 907).
Arrangement administratif, du 15 mars 1962 (RO 1962, 471).
- Danemark* Convention relative aux assurances sociales, du 21 mai 1954 (RO 1955, 290).
Arrangement administratif, du 23 juin 1955 (RO 1955, 790).
Convention complémentaire, du 15 novembre 1962 (RO 1962, 1479).
- Liechtenstein* Convention relative à l'AVS, du 10 décembre 1954 (RO 1955, 537).
Arrangement administratif, du 6 avril 1955 (RO 1955, 546).
- Suède* Convention relative aux assurances sociales, du 17 décembre 1954 (RO 1955, 780).
- Luxembourg* Convention relative aux assurances sociales, du 14 novembre 1955 (RO 1957, 282).
Arrangement administratif, du 27 février 1957 (RO 1957, 294).
- Pays-Bas* Convention sur les assurances sociales, du 28 mars 1958 (RO 1958, 1061).
Arrangement administratif, du 28 mars et du 3 juin 1958 (RO 1958, 1074).
Accord complémentaire, du 14 octobre 1960 (RO 1960, 1294).
- Tchécoslovaquie* Convention sur la sécurité sociale, du 4 juin 1959 (RO 1959, 1767).
Arrangement administratif, du 10 septembre 1959 (RO 1959, 1780).
- Espagne* Convention sur la sécurité sociale, du 21 septembre 1959 (RO 1960, 835).
Arrangement administratif, du 25 janvier 1960 (RO 1960, 847).
- Yougoslavie* Convention relative aux assurances sociales, du 8 juin 1962 (RO 1964, 157).
Arrangement administratif du 5 juillet 1963 (RO 1964, 171).
- Italie* Convention relative à la sécurité sociale, du 14 décembre 1962 (RO 1964, 730).
Arrangement administratif, du 18 décembre 1963 (RO 1964, 748).

III. Les instructions de l'Office fédéral des assurances sociales ⁹

1. Instructions, directives et circulaires non numérotées

Circulaire sur l'obligation de payer des cotisations du clergé séculier catholique romain, du *12 mars 1948*.

Circulaire sur l'obligation de verser les cotisations et d'établir le décompte des personnes travaillant dans l'industrie de la broderie, du *5 août 1949* (en allemand seulement).

Circulaire concernant la mise en compte de cotisations partiellement recouvrées, adressée aux caisses de compensation qui sont autorisées à s'occuper d'autres tâches de prévoyance sociale, du *25 juin 1951*.

Circulaire sur l'assujettissement et l'affiliation des institutions de prévoyance d'entreprises, du *12 mai 1952*.

Instructions aux bureaux de revision sur l'exécution des contrôles d'employeurs selon l'article 68, 2^e alinéa, LAVS, du *1^{er} septembre 1954*.

Circulaire aux caisses cantonales de compensation sur diverses questions qui se posent dans l'application de l'assurance-accidents dans l'agriculture, considérée comme autre tâche, du *21 février 1956*.

Circulaire relative au règlement du fonds spécial « Legs de feu M. A. Isler » (appelé maintenant « Legs Isler et von Smolenski pour secourir des vieillards et des survivants se trouvant dans un état de gêne particulier »), du *19 septembre 1956*.

Circulaire concernant les cotisations sur les indemnités versées aux contrôleurs du lait par les fédérations d'élevage du bétail, du *31 octobre 1956*.

Circulaire sur la restitution d'actes de défaut de biens se rapportant à des cotisations périmées, du *23 mai 1957*.

⁹ Cette liste ne comprend pas les circulaires et communications qui ne sont valables que provisoirement, notamment les instructions sur l'AI, qu'il est prévu de remplacer par des circulaires ou directives spéciales. Ne sont pas énumérées, non plus, les instructions qui ne doivent être consultées qu'en cas de paiements d'arriérés, mais qui ne sont plus valables pour l'étude de nouveaux cas. La présente liste n'est donc pas définitive.

Instructions aux bureaux de revision pour la revision des caisses de compensation, du 15 juillet 1957, complétées par les Suppléments du 31 octobre 1960 et du 28 février 1964.

Circulaire adressée aux départements cantonaux compétents et aux comités de direction des caisses de compensation professionnelles sur la fortune des caisses de compensation, du 28 novembre 1957.

Directives sur les sûretés à fournir par les associations fondatrices des caisses de compensation AVS professionnelles, du 31 janvier 1958, étendues à l'AI par circulaire du 10 décembre 1959.

Circulaire concernant les indemnités versées aux autorités fiscales cantonales, du 9 avril 1958.

Instructions aux comptables militaires concernant le questionnaire et l'attestation du nombre de jours soldés, prévus par le régime des APG, du 29 décembre 1959 (51.3/V).

Directives concernant le régime des APG, de novembre 1960 (318.701).

Circulaire sur l'assujettissement à l'assurance, du 1^{er} juin 1961 (318.107.02).

Circulaire relative au microfilmage des CIC portant sur les inscriptions des années 1948 à 1960, du 29 août 1961, avec supplément du 15 décembre 1961.

Circulaire concernant le remboursement des frais de voyage dans l'AI, du 1^{er} septembre 1961 (318.507.01), avec feuillets collants du 1^{er} janvier 1962 (318.507.011), du 1^{er} janvier 1963 (318.507.012) et du 1^{er} janvier 1964 (318.507.013), et nouvelle annexe 1 du 1^{er} novembre 1964 (318.507.014).

Directives aux administrations fiscales concernant la procédure de communication du revenu aux caisses de compensation AVS, octobre 1961 (318.102.1).

Directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des non-actifs, valables dès le 1^{er} janvier 1962 (318.102).

Circulaire sur le salaire déterminant, valable dès le 1^{er} janvier 1962 (318.107.04).

Directives sur le certificat d'assurance et le compte individuel des cotisations, valables dès le 1^{er} janvier 1962 (318.301).

Circulaire aux commissions AI et à leurs secrétariats concernant les rapports annuels, du 5 avril 1962.

Circulaire aux caisses de compensation concernant les rapports annuels, du 10 avril 1962.

Circulaire aux offices régionaux AI concernant les rapports annuels, du 3 mai 1962.

Directives sur la comptabilité et les mouvements de fonds des caisses de compensation, valables dès le *1^{er} février 1963* (318.103).

Directives concernant les rentes, valables dès le *1^{er} août 1963* (318.104), modifiées et complétées par les circulaires sur l'application de la 6^e révision de l'AVS dans le domaine des rentes, des 30 décembre 1963, 28 janvier 1964, 18 mars 1964, 2 avril 1964 et 15 mai 1964.

Circulaire concernant le versement limité de rentes AVS extraordinaires à des ressortissants allemands, du *19 novembre 1963*.

Directives concernant l'AVS et l'AI facultatives des ressortissants suisses résidant à l'étranger, valables dès le *1^{er} janvier 1964* (318.101).

Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, valable dès le *1^{er} janvier 1964* (318.507.02).

Circulaire sur le contrôle des factures pour prestations en nature d'ordre individuel dans l'AI, valable dès le *1^{er} février 1964* (318.507.04).

Circulaire sur la procédure à suivre dans l'AI, valable dès le *1^{er} avril 1964* (318.507.03).

Circulaire sur l'affranchissement à forfait, valable dès le *1^{er} juillet 1964* (318.107.03).

Directives sur le statut des étrangers et des apatrides dans l'AVS et l'AI, édition en feuilles volantes, état au *1^{er} août 1964* (318.105).

Circulaire concernant la reconnaissance d'écoles spéciales dans l'AI, valable dès le *1^{er} août 1964* (318.507.05).

Circulaire sur le contentieux, valable dès le *1^{er} octobre 1964* (318.107.05).

Circulaire concernant la remise d'appareils acoustiques dans l'AI, du *20 novembre 1964*.

Instructions aux comptables de la protection civile concernant le questionnaire et l'attestation du nombre de jours de service accomplis, prévus par le régime des allocations aux militaires, valables dès le *1^{er} janvier 1965* (BZS).

Circulaire sur l'obligation de garder le secret et la communication des dossiers, valable dès le *1^{er} février 1965*.

2. Circulaires numérotées

N^{os} concernant :

- 10 Le paiement des cotisations, le règlement des comptes, le mouvement des fonds et la comptabilité, du 25 novembre 1947 (valables seulement les chapitres A et C/V).

- 24 a L'obligation de verser des cotisations et l'affiliation aux caisses des membres de communautés religieuses, du 28 décembre 1950. (Sont abrogés les chapitres A et B, ainsi que le chiffre 1, 1^{re} phrase, et le chiffre 2, lettre b, bb (sans la 1^{re} phrase) du chapitre C), avec Supplément du 24 août 1955.
- 27 La fixation du salaire déterminant, le règlement des comptes et le paiement des cotisations pour les personnes travaillant à domicile (à l'exception de l'industrie de la broderie), du 29 avril 1948.
- 30 a Les timbres-cotisations AVS/AI/APG, du 8 janvier 1960.
- 33 a La procédure de sommation, de taxation d'office, d'amende et d'exécution forcée, du 11 juin 1951.
- 35 Les cotisations et les rentes à restituer irrécouvrables, du 4 octobre 1948 (valable seulement en ce qui concerne les cotisations irrécouvrables).
- 36 a L'affiliation aux caisses de compensation, les changements de caisse et les cartes du registre des affiliés, du 31 juillet 1950, avec Supplément du 28 juillet 1960.
- 43 a Le remboursement des cotisations AVS à raison du paiement du droit fédéral du timbre sur les coupons, du 15 novembre 1958 (318.106.43 a).
- 47 La convention conclue le 9 juillet 1949 entre la Suisse et la France sur l'AVS, du 13 octobre 1950.
- 54 La convention conclue le 15 juillet 1950 entre la Suisse et l'Autriche en matière d'assurances sociales, du 25 août 1951.
- 55 La convention conclue le 24 octobre 1950 entre la Suisse et la République fédérale d'Allemagne, du 18 octobre 1951, avec Supplément du 10 octobre 1957.
- 57 Le remboursement aux étrangers et aux apatrides des cotisations versées à l'AVS, du 17 mars 1952, avec Suppléments du 3 juin et du 14 décembre 1961.
- 58 Les conventions sur les assurances sociales conclues entre la Suisse et la France, l'Autriche et la République fédérale d'Allemagne, du 26 décembre 1952.
- 59 L'accord international du 27 juillet 1950 concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans, du 24 juillet 1953.
- 60 La convention conclue le 17 juin 1952 entre la Suisse et la Belgique, en matière d'assurances sociales, du 31 octobre 1953.
- 61 a La fin de l'obligation de payer des cotisations, du 13 juin 1957.

- 62 Les contrôles d'employeurs effectués sur place par les bureaux de revision, du 22 juillet 1954.
- 63 La convention en matière d'assurances sociales conclue le 16 janvier 1953 entre la Suisse et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, du 30 septembre 1954.
- 63 a L'octroi de rentes extraordinaires aux ressortissants du Royaume-Uni de Grande-Bretagne, du 4 juillet 1960.
- 64 La prescription des cotisations, du 29 décembre 1954.
- 65 La convention conclue le 21 mai 1954 entre la Suisse et le Royaume de Danemark en matière d'assurances sociales, du 22 mars 1955.
- 67 La convention conclue entre la Suisse et la Principauté du Liechtenstein, en matière d'AVS, le 10 décembre 1954, du 26 mai 1955.
- 68 La convention conclue entre la Suisse et la Suède, en matière d'assurances sociales, le 17 décembre 1954, du 30 août 1955.
- 69 La convention en matière d'assurances sociales conclue entre la Suisse et le Luxembourg en date du 14 novembre 1955, du 8 avril 1957.
- 70 Les bourses et autres prestations analogues, du 19 juin 1957.
- 71 Les rémunérations de minime importance pour les activités accessoires, du 3 juillet 1957.
- 72 La conservation des dossiers, du 25 août 1958.
- 73 La convention relative aux assurances sociales conclue entre la Suisse et le Royaume des Pays-Bas en date du 28 mars 1958, du 4 décembre 1958.
- 74 La convention conclue entre la Confédération suisse et la République de Tchécoslovaquie sur la sécurité sociale, en date du 4 juin 1959, du 15 décembre 1959.
- 75 La convention sur la sécurité sociale entre la Confédération suisse et l'Espagne, du 21 septembre 1959, du 11 juillet 1960.

3. Tables servant à déterminer les prestations et les cotisations

Tables de calcul des allocations journalières APG et des indemnités journalières AI, valables dès le *1^{er} janvier 1964* (318.116).

Tables de calcul des rentes AVS et AI et de l'allocation pour impotent, valables dès le *1^{er} janvier 1964* (318.117).

Tables des cotisations des indépendants et non-actifs, valables dès le *1^{er} janvier 1964* (318.114).

Problèmes d'application de l'AVS et de l'AI

Remboursement des cotisations AVS aux étrangers et aux apatrides

Selon l'article 4 de l'Ordonnance du Conseil fédéral sur le remboursement aux étrangers et aux apatrides des cotisations versées à l'assurance-vieillesse et survivants, du 14 mars 1952, le remboursement peut être totalement ou partiellement refusé notamment aussi lorsqu'il serait contraire à l'équité. Cette clause d'équité est interprétée par la pratique administrative sanctionnée par le Tribunal fédéral des assurances, dans ce sens que le montant des cotisations remboursées est limité à la valeur actuelle des prestations futures de l'AVS qui pourraient, le cas échéant, revenir à un bénéficiaire de rentes placé dans les mêmes conditions. Le calcul de la valeur actuelle des prestations futures de l'AVS, qui est effectué par l'Office fédéral des assurances sociales, se fonde notamment aussi sur le montant de la rente de vieillesse simple que pourrait prétendre un ressortissant étranger ou apatride, ayant droit à la rente, qui est du même âge que celui qui demande le remboursement des cotisations AVS et qui a payé le même montant de cotisations pendant la même durée de cotisations que ce dernier.

Pour calculer cette rente, l'Office fédéral des assurances sociales doit disposer d'indications exactes quant à la durée de cotisations et quant au montant des 4 pour cent de cotisations AVS versées par celui qui prétend le remboursement. Or, comme le nouvel alinéa 5 de l'article 30 LAVS, introduit par la sixième révision de la loi, prévoit que, pour déterminer la cotisation annuelle moyenne, les cotisations versées jusqu'au 31 décembre 1964 sont revalorisées d'un tiers, tandis que les cotisations versées à partir du 1^{er} janvier 1965 ne bénéficient pas de cette revalorisation, il ne faut pas seulement indiquer à l'Office fédéral des assurances sociales le montant total des cotisations versées par l'intéressé, mais il faut préciser aussi à quelles périodes de cotisations les diverses cotisations se rapportent (p. ex. en joignant les CIC, un extrait ou une photocopie de ceux-ci ou autres pièces similaires).

Il est en outre peut-être utile de rappeler ici que, pour trancher la question de l'équité, les caisses de compensation doivent soumettre à l'Office fédéral des assurances sociales tous les cas de remboursement dont la cotisation annuelle moyenne est de 300 francs ou plus, c'est-à-dire lorsque l'intéressé a réalisé en moyenne un revenu annuel de 7500 francs ou plus.

Le paiement rétroactif de rentes de vieillesse pour couple qui ont pris naissance en raison de l'invalidité de l'épouse âgée de moins de 60 ans révolus

Récemment une caisse de compensation a soumis à l'OFAS le cas d'une femme, âgée de moins de 60 ans et dont le mari est bénéficiaire d'une rente de vieillesse simple, qui devient invalide mais laisse s'écouler quelques années avant de s'annoncer à l'AI, afin de savoir à partir de quand la rente de vieillesse pour couple, qui avait pris naissance en raison de l'invalidité de l'épouse, devait être allouée. Fallait-il tenir compte de la prescription de l'article 48, 2^e alinéa, LAI, aux termes duquel la rente n'est allouée qu'à partir du mois dans lequel l'assuré a agi, si l'assuré exerce son droit à la rente plus de 6 mois après la naissance du droit ? Ou bien convenait-il de se fonder sur l'article 46 LAVS qui dispose que le droit de réclamer des rentes arriérées s'éteint 5 ans après la fin du mois pour lequel la rente était due ?

Il y avait certes de quoi hésiter car, si la rente qui prenait naissance était une rente de vieillesse, sa naissance était conditionnée par un risque couvert par l'AI. Dans sa réponse, l'OFAS n'a pas attaché une importance décisive à ce dernier fait. Il estime au contraire que le droit qui prend naissance en vertu d'une loi déterminée doit être régi en tout point par cette loi (cf. nos 1092 et 1099 des Directives concernant les rentes). En l'occurrence, l'article 22, 1^{er} alinéa, LAVS prévoit que les hommes mariés qui ont accompli leur 65^e année et dont l'épouse est invalide pour la moitié au moins ont droit à une rente de vieillesse pour couple; le droit à la rente dépend donc de la LAVS. Par conséquent, en ce qui concerne la prescription, c'est l'article 46 LAVS qui est applicable.

Dans le cas inverse, où la femme est bénéficiaire d'une rente de vieillesse et dont le mari devient invalide, ce dernier aura droit à une rente d'invalidité pour couple. Ici, c'est la LAI, à son article 33, qui prévoit le droit à la rente et il conviendra de tenir compte de la prescription de l'article 48, 2^e alinéa, LAI.

Mesures médicales; remboursement des prestations des médecins ne reconnaissant pas les conventions de l'AI¹

L'article 24, 3^e alinéa, RAI est applicable aux honoraires des médecins qui ne sont pas liés par les conventions conclues avec la Fédération des médecins suisses et qui ne les reconnaissent pas. Dans ces cas, l'AI rembourse à l'assuré, dans le cadre des tarifs en vigueur, et contre présentation de la facture, les frais des mesures ordonnées, même lorsqu'une facture non payée est présentée.

¹ Extrait du Bulletin AI n° 62.

Le secrétariat de la commission AI reporte la facture sur la formule « Note du médecin » et rend la facture originale à l'assuré en lui signalant la chose. Cette procédure requiert que les notes d'honoraires contiennent les indications nécessaires au calcul des prestations à rembourser par l'AI. Les factures contenant des indications insuffisantes doivent être renvoyées à l'assuré pour être complétées.

Lorsque la commission AI, au moment où elle rend son prononcé, sait que le médecin choisi par l'assuré ne reconnaît pas les tarifs en vigueur, elle doit veiller à ce que la décision mentionne ce fait; celle-ci doit préciser en outre que l'AI rembourse, contre présentation des factures en question, les frais des mesures qui ont fait l'objet d'une décision, jusqu'à concurrence des tarifs en vigueur.

Offices de vente d'appareils acoustiques¹

Selon la circulaire concernant la remise d'appareils acoustiques dans l'AI, du 20 novembre 1964, numéros 27 et 28, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs d'appareils acoustiques indiqués par l'Office fédéral des assurances sociales. Dans la liste des fournisseurs conventionnels du 15 février 1965, cependant, figurent seuls les fournisseurs, et non pas les différents offices de vente. Par conséquent, il ne convient pas de remettre cette liste aux assurés. Si ces derniers omettent de mentionner le fournisseur dans la formule de demande de prestations, ils seront priés de compléter dans ce sens. Les secrétariats des commissions AI, de leur côté, sont priés de s'abstenir d'influencer ce choix. Lorsque l'assuré choisit un fournisseur qui ne figure pas dans la liste en question, son dossier doit être soumis à l'Office fédéral (voir n° 27 de la circulaire).

¹ Extrait du Bulletin de l'AI n° 62.

BIBLIOGRAPHIE

A. Breitenmoser: **Le personnel enseignant des classes orthopédagogiques.** « Pro Infirmis », novembre 1964, p. 138-140.

Fr. Dinstuhl: **Freude und Frohsinn.** Ein Hilfsbuch für den Unterricht in Leibeserziehung an Sonderschulen. 2^e édition revue et augmentée, 75 pages. Editions Carl Marhold, Berlin-Charlottenburg 1964.

L. Dubost: **L'entraînement gestuel dans la formation professionnelle.** « Pro Infirmis », octobre 1964, p. 110-117.

J.-L. Duc: **Les mesures médicales de l'AI dans la jurisprudence du TFA.** Série d'articles parus dans « La Mutualité romande », fascicules 2, 3, 6, 7 et 8. Lausanne 1964.

Sepp Folberth: **Kinderheime, Kinderheilstätten in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich und der Schweiz.** 2^e édition revue et augmentée, avec des contributions de K. Nitsch et H. Kleinschmidt, une liste des homes et établissements, ainsi que d'autres adresses importantes pour la pédagogie. 320 pages. Editions Pallas, Lochham-Munich, 1964.

R. Genardini: **L'assistente sociale nell'opera di recupero dei minorati psichici** (en italien seulement). « Pro Infirmis », novembre 1964, p. 156-159.

Hans Herold: **Voraussetzungen und Ursprünge der Sozialversicherung.** Tirage à part de la Revue suisse des assurances sociales, 1965, fascicule 2, 30 pages. Editions Stämpfli & Cie, Berne.

K. J. Klauer: **Programmierter Unterricht an Sonderschulen.** 79 pages. Editions Carl Marhold, Berlin-Charlottenburg 1964.

M. Kobelt: **Les éducateurs d'arriérés.** « Pro Infirmis », novembre 1964, p. 134-137.

A. Rossier: **Rééducation fonctionnelle et réintégration sociale des paraplégiques.** Tirage à part de la Revue de médecine des accidents et des maladies professionnelles, 1964, n^{os} 1/2. Editions Berichthaus, Zurich.

F. Sandmeier: **Expériences faites dans le domaine de la réadaptation professionnelle, depuis l'entrée en vigueur de l'AI.** Tirage à part de « Praxis », revue suisse de médecine, n° 13, p. 391-397. Berne, Editions Hallwag, 1965.

Service de documentation du Centre international d'informations sur les moyens auxiliaires techniques: **Documentation illustrée**, sous forme de feuilles volantes, avec commentaires en anglais, espagnol, allemand et français. En vente auprès de la SAIH (Fédération suisse des institutions en faveur des invalides), bureau Pro Infirmis, Zurich. Paraît depuis 1964.

/ **Problèmes de la vie quotidienne des handicapés. Comment les résoudre.** Série d'articles parus dans « Réadaptation », revue mensuelle, fascicule 115, 1964, pages 7-60, Paris.

Réadaptation des paraplégiques. Série d'articles parus dans « Réadaptation », revue mensuelle, n° 107, p. 7-38. Paris 1964.

Richtlinien für die Organisation von Erziehungsheimen für Kinder und Jugendliche. Publié par la Conférence nationale suisse pour le travail social, sur la base des délibérations d'un groupe de travail, dans la Revue suisse d'utilité publique, fascicule 3, 1965, pages 40-51. En vente auprès de la Société suisse d'utilité publique, 8039 Zurich.

INFORMATIONS

**Interventions
parlementaires
traitées**
Question écrite
Forel
du 4 mars 1965

Le Conseil fédéral a donné la réponse suivante, en date du 11 juin, à la question écrite Forel (RCC 1965, p. 182):

« Il est exact que les jeunes invalides mentaux qui ont suivi une formation scolaire spéciale avec l'aide de l'AI, mais ne peuvent suivre une formation professionnelle, n'ont plus droit à aucune prestation de l'AI jusqu'à leur majorité. Cette lacune a donné lieu à diverses propositions de révision, qui font présentement l'objet d'une étude au sein de la Commission fédérale d'experts pour la révision de l'AI.

L'AI encourage la création et le développement d'ateliers d'occupation permanente pour invalides mentaux par l'octroi de subventions pour la construction et l'exploitation. Cependant, le Conseil fédéral aimerait laisser aux cantons, aux communes et aux institutions privées reconnues d'utilité publique, qui sont mieux à même d'apprécier les besoins dans les cas particuliers, le soin de prendre l'initiative en ce domaine. »

**Allocations
familiales
dans le canton
de Lucerne**

Le Grand Conseil du canton de Lucerne a approuvé le 29 juin 1965 une loi en vertu de laquelle le montant minimum légal de l'allocation pour enfant passe de 15 à 22 fr. par enfant et par mois. La loi prévoit en outre les nouvelles dispositions suivantes:

N'a pas droit à l'allocation cantonale l'enfant qui a droit aux allocations en vertu de lois d'un autre canton ou de la Confédération. En cas de décès, d'accident, de maladie et d'interruption passagère du travail, sans faute de la part du bénéficiaire, les allocations doivent être versées pour le mois où s'éteint le droit au salaire et le mois suivant; dans les cas pénibles, elles seront versées encore, au-delà de ce terme, pendant une durée de trois mois au maximum. Les personnes exerçant une activité indépendante toucheront une allocation de 15 fr. par enfant et par mois, comme jusqu'ici.

La nouvelle loi est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1965.

**Répertoire d'adresses
AVS/AI/APG**

Page 10, caisse 32, Ostschweiz. Handel
Nouvelle adresse: 8570 Weinfelden, bâtiment postal
Nouveau numéro de téléphone: (072) 5 02 01.

Page 20, caisse 98, Horticulteurs
Nouveau numéro de téléphone: (051) 53 37 80

**Nouvelles
personnelles**

M. *Max Greiner*, gérant de la caisse cantonale de compensation de Zurich depuis 1948, a pris sa retraite le 30 juin. Il a été remplacé par M. *Karl Ott*, jusqu'ici adjoint. M. Greiner a été pendant près de 17 ans président de la Commission de coordination des caisses de compensation en matière d'AVS (et par la suite en matière d'AVS/AI/APG). Durant cette période, il a fourni un travail appréciable dans le domaine de l'information des assurés et affiliés.

M. *Georg Bommeli*, gérant de l'Ostschweizerische AHV-Ausgleichskasse für Handel und Industrie depuis le 1^{er} janvier 1964, a donné sa démission et a été remplacé par M. *Theo Emmenegger* le 1^{er} juin de cette année. La caisse de compensation s'est transférée d'Amriswil à Weinfelden.

M. *Ernst Küry*, gérant de la caisse de compensation « Brasserries », a pris sa retraite le 1^{er} juillet 1965. Ce vétéran des assurances sociales avait déjà pris part au cours d'instruction du 11/12 janvier 1940, organisé en vue de l'introduction du régime des allocations pour perte de salaire. De 1947 à 1956, il présida l'Association des caisses de compensation professionnelles, qui venait d'être fondée. Dans l'exercice de cette fonction, M. Küry sut mériter la confiance de tous ses partenaires, ce qui contribua à la réussite des nouvelles institutions sociales, en particulier lors du lancement de l'AVS. Il continuera, d'ail-

leurs, son œuvre comme représentant de nos assureurs au sein du Conseil d'administration de l'Association internationale pour la sécurité sociale.

Le successeur de M. Kury sera M. *Hans Münch*.

Le gérant de la caisse de compensation Céramique et Verre, M. *Kurt Jasinski*, a pris sa retraite le 15 juin, après une longue et féconde carrière. Le nouveau gérant de la caisse est M. *Robert Funk*.

M. *Eduard Burckhardt*, ancien directeur de l'Office cantonal du travail, a démissionné en tant que président de la commission cantonale AI de Bâle-Ville. M. Burckhardt a bien mérité des assurances sociales suisses en qualité de membre des commissions fédérales d'experts pour l'introduction de l'AVS et de l'AI, d'expert en matière d'application de l'AI, et aussi pour ce qu'il a fait dans le domaine de l'assurance-chômage. Un nouveau président a été nommé en la personne de M. *Carl Mi-ville*, préposé à l'assurance-vieillesse et survivants cantonale.

Nommé au Conseil d'Etat, M^e *R. Kölbener*, avocat, a donné sa démission comme président de la commission AI d'Appenzell Rh.-Int. Le nouveau président est M. *Karl Dörig*, chef de l'Office cantonal du travail, Appenzell.

Errata RCC juin

A la page 258, à la fin du secteur « rentes de veuves », lire: Conversion AVS→AI

A la page 279, arrêt R.H., à la fin du texte en lettres grasses, il faut lire: c'est-à-dire des frais d'automobile pour autant qu'ils dépassent les frais de voyage habituels d'un non-invalidé. De même, en italien: alle spese d'automobile che superano quelle di viaggio abituali di un non invalido.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

RENTES

Arrêt du TFA, du 5 novembre 1964, en la cause M.-E. C.

Article 5, 4^e alinéa, de la convention italo-suisse du 17 octobre 1951. La notion de « survivants » est celle des articles 23 et 25 à 28 LAVS et comprend uniquement la veuve et les orphelins.

Articolo 5, capoverso 4, della convenzione italo-svizzera del 17 ottobre 1951. La nozione di « superstiti » è quella degli articoli 23 e 25 a 28 LAVS e comprende unicamente la vedova e gli orfani.

L'assuré, de nationalité italienne, né en 1926, célibataire, a travaillé en Suisse depuis 1954 jusqu'à son décès, en septembre 1962. Pendant cette période, son employeur et lui-même versèrent des cotisations à l'AVS.

En avril 1964, la mère de l'assuré, qui est domiciliée en Italie, demanda le transfert de ces cotisations aux assurances sociales italiennes. Au mois de mai de la même année, la Caisse suisse de compensation refusa de faire droit à cette demande, estimant que la notion de « survivants » de l'article 5 de la convention italo-suisse du 17 octobre 1951 était celle de la LAVS, qui admet comme seuls survivants la veuve et les orphelins, à l'exclusion des ascendants et collatéraux. La commission de recours confirma la décision de la caisse.

La mère de l'assuré interjeta alors appel au TFA, estimant que le terme de « survivants » devait être interprété conformément à la législation italienne (article 13 de la loi italienne no 218 du 4 avril 1952), qui considère comme « survivants » les parents âgés de plus de 65 ans d'un assuré qui décède sans laisser ni femme ni enfants.

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

1. La demande de transfert des cotisations a été déposée par l'appelante au mois d'avril 1964 et rejetée par la caisse au mois de mai, c'est-à-dire à une époque où était encore en vigueur la convention italo-suisse du 17 octobre 1951 relative aux assurances sociales. Depuis, cette convention fut remplacée, avec effet dès le 1^{er} septembre 1964, par celle du 14 décembre 1962 relative à la sécurité sociale, dont les dispositions concernant le transfert des cotisations diffèrent sensiblement de celles de la convention précédente. Etant donné qu'en l'espèce, la question litigieuse est antérieure au mois de septembre 1964, on pourrait se demander si elle doit être tranchée conformément à l'ancienne convention ou selon les normes de la nouvelle. La question peut cependant rester indécise du fait que les deux conventions conduisent, pour les raisons suivantes, au même résultat.

a) Selon l'article 5, 4^e alinéa, de la convention de 1951, les ressortissants italiens qui n'ont pas acquis un droit à une rente de l'AVS suisse, « ainsi que leurs *survivants* », peuvent exiger que les cotisations versées par l'assuré et son employeur à l'AVS soient transférées aux assurances sociales italiennes. Etant donné que l'article 5 de la convention a uniquement pour objet les droits des ressortissants italiens envers l'AVS suisse, il semble que les termes légaux employés dans cette disposition et notamment celui de « survivants », à l'alinéa 4, ressortissent au droit suisse, pour autant que la convention n'y déroge pas expressément. L'article 3, 1^{er} alinéa, de la convention conduit à la même solution; il prévoit en effet que « dans la gestion des assurances sociales..., les dispositions applicables seront en principe uniquement celles du pays contractant où est exercée l'activité déterminante pour l'assurance ». Cette disposition fut d'ailleurs reprise dans la convention de 1962 (art. 4, 1^{er} al., chap. 2, du protocole final y relatif). L'unique définition tirée du droit italien qui concerne l'article 5 de la convention de 1951 est celle contenue à l'article 4 du protocole final; cependant, elle ne vise que l'événement assuré, ce qui confirme, *a contrario*, l'application exclusive du droit suisse à toutes les autres notions juridiques de l'article 5 de la convention. Il n'est dès lors pas douteux qu'il faille considérer comme « survivants », au sens de l'article 5, 4^e alinéa, de la convention, uniquement les personnes susceptibles de prétendre une rente de survivants en application des articles 23 et 25 à 28 LAVS, c'est-à-dire la veuve et les orphelins d'un assuré (arrêt du TFA, en la cause F., du 29 mai 1963), mais non pas sa mère. L'appelante n'a donc pas qualité de « survivant » selon la législation suisse, de sorte que, comme cela résulte clairement de l'article 5, 4^e alinéa, de la convention en question, elle n'a pas droit au transfert demandé.

b) Le droit au transfert des cotisations devrait également être refusé à l'appelante si l'on appliquait la nouvelle convention du 14 décembre 1962. En effet, aux termes de l'article 23, 5^e alinéa, de cette convention, les ressortissants italiens qui remplissent certaines conditions — qui n'offrent aucun intérêt en l'espèce — ont, jusqu'au 31 août 1969, la faculté de demander le transfert des cotisations versées par *eux-mêmes et leurs employeurs* à l'AVS suisse lors de la réalisation de l'événement assuré en cas de vieillesse selon la législation italienne. Il résulte de cette disposition qu'à partir du 1^{er} septembre 1964, les ressortissants italiens ne peuvent demander le transfert que des cotisations inscrites en leur faveur dans les comptes individuels des cotisations (CIC) ouverts en Suisse. La nouvelle convention fait de la faculté de demander le transfert un droit purement personnel du titulaire du CIC. Elle ne contient plus la moindre allusion à un droit quelconque qu'auraient les survivants de l'assuré à un tel transfert, comme le prévoyait l'article 5, 4^e alinéa, de la convention de 1951; au contraire, le fait que la dernière phrase de l'article 23, 5^e alinéa, de la récente convention réserve, en matière de transfert, l'application de l'ancienne convention seulement en ce qui concerne « l'utilisation des cotisations transférées, l'éventuel remboursement à l'intéressé et les effets du transfert », confirme que dès le 1^{er} septembre 1964, les survivants d'un assuré n'ont plus aucun droit au transfert.

2. Il ressort de ce qui précède que la demande de transfert des cotisations ne peut être admise ni en vertu de la convention de 1951, ni selon celle de 1962. Ainsi, il n'est pas nécessaire de décider si la convention italo-suisse du 14 décembre 1962 était applicable ou non au présent cas.

Assurance-invalidité

CONDITIONS D'ASSURANCE DONNANT DROIT AUX PRESTATIONS

Arrêt du TFA, du 4 décembre 1964, en la cause V. B.

Article 9, 4^e alinéa, lettre a, LAI. Seul le père légitime ou le père d'un enfant naturel qui suit sa condition, en vertu d'un jugement déclaratif de paternité conformément à l'article 325 CCS, est réputé père au sens de cette disposition. Le père naturel n'est en revanche pas considéré comme tel.

Articolo 9, capoverso 4, lettera a, LAI. Solamente il padre legittimo o il padre di un figlio naturale giudizialmente attribuitogli con effetti di stato civile in base all'articolo 325 CCS, è considerato padre ai sensi di questa disposizione; non però anche il padre naturale.

L'appelante, de nationalité autrichienne, née en Suisse en avril 1963, est la fille naturelle d'une Autrichienne, qui est entrée en Suisse le 31 octobre 1960, et d'un Suisse. Le père naturel a reconnu sa paternité par une transaction extrajudiciaire et s'est engagé à verser à l'enfant jusqu'à fin décembre 1963, une indemnité de 18 000 francs. L'enfant souffre d'une tendance aux pieds bots. Par décision du 20 février 1964, la caisse de compensation rejeta la demande de mesures médicales présentée à l'AI, parce que les conditions de l'article 9, 4^e alinéa, LAI n'étaient pas toutes remplies. Le juge cantonal rejeta le recours présenté contre cette décision, étant donné qu'il n'y a pas de liens de parenté au sens du CCS entre la recourante et son père par le sang. Dans son appel, le représentant de l'enfant fit valoir qu'en appliquant par analogie l'article 27, 2^e alinéa, LAVS, on peut admettre que le père naturel reconnu par jugement ou par transaction extrajudiciaire est aussi le père au sens de l'article 9, 4^e alinéa, lettre a, LAI. Au cours de la procédure d'appel, les parents de l'appelante par le sang cohabitèrent de nouveau.

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

1. Le point litigieux est de savoir si l'appelante, qui est Autrichienne, a droit aux mesures médicales. Comme la convention concernant les assurances sociales conclue entre l'Autriche et la Suisse, le 15 juillet 1950, se rapporte dans notre pays à l'AVS et à l'assurance-accidents uniquement, cette question doit être tranchée selon le droit suisse, c'est-à-dire sur la base de la LAI.

Conformément à l'article 6, 2^e alinéa, LAI — et sous réserve de l'article 9, 4^e alinéa, LAI — les étrangers et les apatrides n'ont droit aux prestations qu'aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile en Suisse et que s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins dix années entières de cotisations ou quinze années ininterrompues de domicile en Suisse. En vertu de l'article 9, 4^e alinéa, LAI, les étrangers et

apatrides mineurs, qui ont leur domicile civil en Suisse, ont droit aux mesures de réadaptation s'ils remplissent eux-mêmes les conditions prévues à l'article 6, 2^e alinéa, LAI ou si :

a. leur père ou mère compte au moins dix années entières de cotisations ou quinze années ininterrompues de domicile en Suisse lors de la survenance de l'invalidité, et

b. si eux-mêmes sont nés invalides en Suisse ou si, lors de la survenance de l'invalidité, ils ont résidé en Suisse sans interruption depuis une année au moins ou depuis leur naissance.

Il n'est pas contesté qu'en l'espèce, les conditions énumérées sous lettre b de cette disposition soient remplies. En revanche la mère ne remplit pas les conditions requises la concernant, de sorte que la solution à donner au litige dépend de la question de savoir si le père naturel est bien le « père » au sens de cette disposition.

2. D'après la pratique de l'OFAS, est père au sens de l'article 9, 4^e alinéa, LAI uniquement « celui qui a des liens de parenté avec l'enfant au sens du droit civil (art. 325 CCS), mais non pas celui qui contribue financièrement seulement à son entretien ». L'appelante se réfère par contre à l'article 27, 2^e alinéa, LAVS et exige que dans le cadre de l'article 9, 4^e alinéa, LAI, une réglementation analogue soit appliquée.

Il est exact que, pour l'enfant naturel, l'article 27, 2^e alinéa, LAVS est plus favorable que la pratique de l'OFAS à l'égard de l'article 9, 4^e alinéa, LAI. En effet, selon l'article 27, 2^e alinéa, LAVS, ont droit à une rente d'orphelin simple ou même double non seulement les enfants naturels qui suivent la condition du père et qui sont mentionnés au premier alinéa, mais aussi les enfants naturels « dont le père a été condamné par jugement ou s'est engagé par transaction extrajudiciaire à contribuer aux frais d'entretien ».

On trouve d'ailleurs des dispositions semblables dans d'autres lois d'assurances sociales. L'article 85, 4^e alinéa, LAMA assimile également à un enfant légitime, quant aux droits qui dérivent du décès de son père, tout enfant naturel « dont la filiation a été établie par un prononcé exécutoire ou par une reconnaissance écrite et digne de foi de l'assuré ». Parmi les enfants qui, selon l'article 31 LAM, ont droit à une rente en même temps que le conjoint survivant ou après lui, figurent « les enfants naturels de l'assuré ». Donnent droit à l'allocation pour enfants au sens de l'article 9 LFA « les enfants naturels, ainsi que les enfants du conjoint de l'allocataire et les enfants adoptifs ». Conformément à l'article 6, 2^e alinéa, LAPG, donnent droit à cette même allocation « les enfants du conjoint et les enfants naturels du militaire, qu'il entretient entièrement ou d'une manière prépondérante ». Cette règle vaut aussi pour les indemnités journalières selon les articles 22 et suivants LAI. De plus, les pères naturels qui touchent une rente AI ont droit selon l'article 35, 1^{er} alinéa, LAI à une rente complémentaire pour l'enfant naturel, dans la mesure où celui-ci, en cas de décès du père, pourrait prétendre une rente d'orphelin conformément à l'article 27 LAVS.

Contrairement à ces normes, dans lesquelles le rapport existant entre le père naturel et son enfant est expressément pris en considération, dans une plus ou moins grande mesure, en tant que condition du droit à la rente, ce rapport n'est pas spécialement mentionné à l'article 9, 4^e alinéa, LAI. Celui-ci ne parle que du « père ». C'est avec raison que dans ce cas aussi, la pratique administrative n'exclut pas complètement la filiation illégitime existant entre le père et l'enfant. Il se justifie pleinement qu'elle la limite à la filiation paternelle au sens de l'article 325 CCS, étant donné notamment le caractère d'exception de l'article 9, 4^e alinéa, LAI. D'après la règle fondamentale de l'article 6, 2^e alinéa, LAI, les étrangers mineurs n'auraient, le cas échéant, droit à des mesures de réadaptation que s'ils comptaient au moins quinze années ininterrompues

de domicile en Suisse. La commission d'experts pour l'introduction de l'AI a estimé que cette condition était trop restrictive (rapport de la commission d'experts, chap. A I 3 de la 3^e partie). C'est pourquoi le Conseil fédéral a proposé aux Chambres fédérales une réglementation qui, pratiquement, concorde avec le système actuel. On peut admettre que, sous le nom de « père », le législateur désigne le père au sens du droit de famille (Egger, notes 1 et suivantes ad art. 325 CCS), c'est-à-dire le père légitime, de même que le père naturel qui a envers l'enfant les mêmes obligations que s'il était légitime (art. 325, 2^e alinéa, CCS; cf. également le message du Conseil fédéral concernant la LAI, 1958, p. 29, chiffre 3, 1^{er} alinéa). Il y a d'ailleurs lieu de se référer aux articles 38, 3^e alinéa, et 40, 3^e alinéa, LAI, aux termes desquels la rente complémentaire en faveur d'un enfant naturel doit être réduite dans la mesure où elle dépasse les aliments dus par le père. De ces dispositions aussi, il ressort que la LAI fait dans certains cas une distinction entre les enfants naturels, au sens de l'article 325 CCS, et ceux auxquels le père doit seulement des aliments.

Il n'y a donc pas lieu de modifier cette pratique administrative contestée. Lors de la survenance de l'invalidité, le père naturel n'était donc pas le « père » de l'appelante au sens de l'article 9, 4^e alinéa, lettre a, LAI.

3. L'OFAS estime que la solution serait différente si un statut d'enfant recueilli, durable et gratuit, était établi entre le père et l'enfant; mais cette supposition est en contradiction avec un autre jugement du TFA, d'après lequel un droit aux prestations AI ne peut naître en principe que si toutes les conditions requises sont remplies lors de la survenance de l'événement assuré. Certes, la LAI ne le dit pas expressément. Cependant, ce principe correspond à la notion générale d'assurance, comme le relève le Conseil fédéral dans son message sur l'introduction de l'AI (p. 20, chap. III/1; p. 28, chap. II/1; p. 29, chap. 3, 2^e al.; p. 121, art. 6; cf. également ATFA 1962, p. 110, considérant 1 = RCC 1962, p. 468). Il correspond en outre à la jurisprudence du TFA concernant la LAVS (ATFA 1956, p. 229, considérant 2 = RCC 1957, p. 29). De plus, ce principe est sous-entendu dans diverses dispositions de la LAI, par exemple à l'article 9, 4^e alinéa, lettres a et b; à l'article 10, 1^{er} alinéa; à l'article 28, 1^{er} alinéa; à l'article 29, 1^{er} alinéa; à l'article 36, 1^{er} alinéa et à l'article 42, 1^{er} alinéa. Aussi ne s'expliquerait-on pas, en particulier, la disposition transitoire de l'article 85, 1^{er} alinéa, LAI, d'après laquelle l'invalidité des assurés déjà invalides lors de l'entrée en vigueur de la loi est réputée survenue au moment de cette entrée en vigueur, si le principe en question n'était pas admis. L'article 35, 3^e alinéa, LAI, enfin, apparaît comme une conséquence de ce principe; il y est précisé que les enfants « qui sont adoptés ou recueillis par des personnes déjà invalides » ne donnent pas droit à la rente complémentaire.

Par conséquent, un éventuel statut d'enfant recueilli, même s'il était durable et gratuit, ne changerait en rien la solution à donner au présent litige, parce qu'il n'existait pas lors de la survenance de l'événement assuré.

4. Si les parents de l'appelante se marient, celle-ci obtiendrait ainsi la nationalité suisse (loi fédérale sur l'acquisition et la perte de la nationalité suisse, du 29 septembre 1952, art. 2, 1^{er} al., lettre a). Verrait-elle alors naître après coup des droits aux prestations de l'AI en raison de l'infirmité annoncée en décembre 1963, parce que dans ce cas, une exception au principe mentionné sous chiffre 3 de ces considérants s'imposerait? Cette question peut rester indécise. L'appelante a la faculté de présenter, le cas échéant, une nouvelle demande.

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 4 décembre 1964, en la cause K. W.

Article 8 LAI. Un assuré qui éprouve de la peine à se déplacer et qui ne peut, à cause d'une déformation grave de ses mains, conduire un véhicule à moteur pour exercer une activité lucrative, a droit à une contribution aux frais de taxi depuis son domicile jusqu'à son lieu de travail et retour. Cette contribution est calculée d'après les frais de transport effectifs; toutefois, compte tenu de l'article 16, 3^e alinéa, RAI, les frais d'entretien sont à la charge de l'invalide en tant que part de frais lui incombant. (Considérant 2.)

Articolo 8 LAI. Un assicurato che ha difficoltà di spostarsi e che, a causa di grave deformazione delle mani, non è in grado di guidare un veicolo a motore per poter esercitare un'attività lucrativa, ha diritto ad un sussidio per le spese di tassi dal suo domicilio al luogo di lavoro e ritorno. Questo sussidio è calcolato in base alle spese effettive di trasporto; tenuto conto dell'articolo 16, capoverso 3, OAI, le spese di manutenzione sono a carico dell'invalide come parte delle spese che deve sopportare. (Considerando 2.)

L'assuré souffre des séquelles d'une poliomyélite contractée quand il était enfant. Depuis décembre 1957, cet assuré, qui avait suivi autrefois les cours d'une école de commerce, travaille dans une fabrique d'appareils où il s'occupe du service des imprimés. En été 1960, il demanda à la commission AI de lui accorder des mesures médicales (cures de bains, etc.); son médecin certifia qu'il avait besoin d'une cure de bains une fois par an et d'une douche subaquale totale (traitement au jet sous l'eau) une fois par semaine, parce qu'il avait les bras et les jambes extrêmement atrophiés, ainsi que les mains déformées. L'AI prit ces mesures en charge à partir du 1^{er} janvier 1960.

D'autre part, selon le jugement d'un tribunal civil du 6 septembre 1962, le divorce fut prononcé à la demande de l'épouse; l'enfant fut attribué à la mère et l'assuré fut condamné à verser une pension alimentaire mensuelle à son ex-femme et à sa fille.

Par lettre du 3 avril 1963, l'assuré annonça à la commission AI qu'il ne pouvait utiliser plus longtemps l'autobus de la ville pour se rendre à son lieu de travail, distant de 4 km. ½, car il avait déjà eu plusieurs accidents en prenant ce véhicule. Quelques semaines plus tard, le médecin traitant attesta que l'assuré avait besoin d'un taxi le matin pour se rendre à son travail, et le soir pour rentrer chez lui; on ne pouvait en effet plus attendre de l'assuré qu'il utilise l'autobus, « où il avait eu un accident ». La commission s'adressa à l'office régional AI compétent et reçut le 8 octobre 1963 le rapport suivant :

« L'assuré gagne 1280 francs par mois en qualité d'employé à plein temps. Il habite dans un appartement de deux pièces et paie un loyer mensuel de 103 francs. Il est sur le point de se remarier et désire garder son appartement, car il n'a pas pu en trouver un qui lui convienne près de son lieu de travail. Comme il est obligé de faire les trajets en taxi, il demande à l'AI d'en supporter les frais, soit 200 francs par trimestre, à partir d'octobre 1963. Pour ce prix modique, un automobiliste le prend deux fois par jour dans sa voiture, pour lui permettre de se rendre à son lieu de travail et de rentrer à domicile. »

Le 13 décembre 1963, l'OFAS, en réponse à une question de la commission AI, recommanda d'accorder une contribution aux frais de taxi, mais ne dépassant pas

150 francs par trimestre. Selon le prononcé de la commission du 31 octobre 1963, la caisse de compensation fit savoir le 2 avril 1964 que l'AI, vu les articles 21 LAI et 11 RAI, prenait à sa charge les frais de taxi jusqu'à concurrence de 50 francs par mois, pour la période d'avril 1963 à décembre 1969. L'assuré recourut et réclama une indemnité trimestrielle de 200 francs à partir d'octobre 1963. Pour cette somme modique, l'automobiliste mentionné le conduisait quatre fois par jour en voiture sur un trajet de 4 km. $\frac{1}{2}$. Comme le recourant s'était remarié et que sa situation financière était difficile, il ne pouvait pas supporter lui-même les frais de taxi. Par jugement du 29 juin 1964, le tribunal cantonal rejeta le recours en se référant à l'arrêt du TFA, du 18 mars 1963, en la cause M. S. (RCC 1963, p. 360).

L'assuré a interjeté appel dans les délais légaux et a réclamé une indemnité de déplacement de 200 francs au moins par trimestre, à partir d'octobre 1963. En effet, prétend-il, le nouveau « chauffeur » qui le transporte depuis mai 1964, au prix de 200 francs par trimestre, le fait par pure complaisance et jusqu'à nouvel avis. L'assuré s'est remarié et doit encore, selon le jugement de divorce, verser une pension alimentaire mensuelle de 357 fr. 50. La caisse de compensation considère l'appel comme non fondé. En revanche, l'OFAS écrit dans son préavis qu'il recommande d'accorder une indemnité de 200 francs par trimestre, et fait notamment remarquer ce qui suit :

« Si l'on compte une dépense de 2 francs en moyenne par trajet en taxi entre le domicile et le lieu de travail, cela fait 8 francs par jour, ou 200 francs par mois à raison de 25 jours de travail, ou 600 francs par trimestre. Il faut déduire de ce montant moyen les frais d'entretien, soit les deux tiers. Il reste donc à verser une contribution aux frais de taxi de 200 francs par trimestre. »

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

1. Les articles 8, lettre d, 21, 2^e alinéa, et 26 LAI ne prévoient que l'octroi ou la fourniture de moyens auxiliaires. C'est pourquoi la liste des moyens auxiliaires figurant à l'article 14, 1^{er} alinéa, RAI énumère exclusivement les objets et les installations dont la remise aux invalides — en toute propriété ou en prêt — est prévue à l'article 15 RAI. Le TFA a admis ce point de vue (ATFA 1963, p. 146, et 1964, p. 42, considérant 2).

2. Cette conception étroite des moyens auxiliaires peut conduire à des résultats peu satisfaisants, comme en l'espèce. Si un invalide qui a beaucoup de peine à se déplacer exerce une activité lui permettant de couvrir ses besoins, l'AI lui remet un véhicule à moteur pour qu'il puisse se rendre à son travail (art. 15, 2^e al., RAI). Cependant, du point de vue social, il est souhaitable que l'on aide aussi un invalide actif qui ne peut pas conduire un véhicule à moteur, du fait de son infirmité, et qui doit par conséquent utiliser un taxi pour se rendre à son travail et pour rentrer chez lui. Toutefois, comme les articles 8 et 21 LAI prévoient comme moyens auxiliaires uniquement des *objets* à remettre, il ne faut pas en conclure, sous prétexte que les trajets en taxi représentent des moyens auxiliaires adéquats dans des circonstances spéciales, que l'assurance soit tenue de verser des prestations en conséquence, comme cela s'est produit dans le jugement du TFA du 18 mars 1963 en la cause M. S. (RCC 1963, p. 360). Bien au contraire, des cas comme la présente cause autorisent à penser que le législateur a, par inadvertance, omis de régler un point et que celui-ci devra être réglé par le juge, eu égard au but poursuivi par la loi. Cette conclusion est d'autant plus justifiable que, lors des délibérations parlementaires concernant les articles 8 et 21 LAI, aucun orateur ne s'est occupé des invalides que l'on peut aider uniquement au moyen de trajets en taxi entre le domicile et le lieu de travail (Bull. stén. 1959, Conseil national, p. 108 et 112-115; Conseil des Etats, p. 137 et 139).

L'assuré, en qualité d'employé à plein temps d'une exploitation industrielle, exerce

une activité lui permettant de couvrir ses besoins. Il ne peut cependant conduire un véhicule à moteur, à cause de la déformation de ses mains, et doit donc utiliser un taxi pour se rendre à son travail et pour rentrer chez lui. C'est pourquoi, conformément à l'article 16, 3^e alinéa, RAI, il paraît équitable de ne mettre à sa charge que les frais dits d'entretien et de faire supporter les autres frais par l'AI. Contrairement à l'opinion de l'OFAS, il ne faut pas se fonder de façon schématique sur une valeur moyenne évaluée, mais tenir compte des frais de transport *effectifs* dans chaque cas particulier.

3. Au cours de la procédure cantonale, l'assuré avait déclaré que son « chauffeur » bénévole lui faisait parcourir en voiture quatre fois 4 km. $\frac{1}{2}$ par jour et qu'il lui demandait pour cela 200 francs par trimestre, soit 66 fr. 65 par mois. Si l'on déduit de ce montant de 66 fr. 65 la somme de 16 fr. 65, soit un quart, comme frais d'entretien présumés, il reste à la charge de l'assurance 50 francs par mois, comme le tribunal compétent l'a décidé. Les pièces du dossier ne permettent pas d'admettre que ce montant soit trop bas. (On ne peut pas vérifier, faute de motivation, pourquoi l'OFAS a fixé les frais d'entretien aux deux tiers des frais totaux.)

Au cours de la procédure d'appel, l'assuré objecte que le propriétaire de la voiture qui le transporte depuis mai 1964 se contente d'une indemnité trimestrielle de 200 francs pour le moment. S'il cessait de lui rendre ce service, l'assuré aurait la faculté de présenter une nouvelle demande à la commission AI au sens de l'article 46 LAI. Il faudrait alors réexaminer entièrement l'état de fait et voir en même temps si l'AI doit continuer à verser une contribution pour les *quatre* voyages en taxi par jour, du lundi au vendredi. Enfin, le médecin a écrit le 16 mai 1963 à la commission AI que deux voyages par jour suffisaient, car « le patient restait en ville à midi ».

Arrêt du TFA, du 11 mai 1964, en la cause U. Z.

Article 19 LAI. Un enfant mineur apte à recevoir une formation pratique a droit à des subsides pour la formation scolaire spéciale au-delà de la période de scolarité obligatoire, si sa formation peut être suffisamment poussée pour lui permettre plus tard — serait-ce même dans une institution — de gagner sa vie au moins en bonne partie lui-même.

Articolo 19 LAI. Un minorene idoneo a ricevere una formazione pratica ha diritto ai sussidi per l'istruzione scolastica speciale oltre al periodo scolastico obbligatorio, se la sua formazione può essere sufficientemente spinta da permettergli più tardi — fors'anche in un'istituto — di guadagnarsi lui stesso la sua vita o almeno buona parte di essa.

L'assuré, né en 1944, souffre d'oligophrénie mongoloïde (débilité mentale) et fréquente depuis 1956 une école de pédagogie curative. En 1960, il présentait un QI de 15 selon Kramer. Du 1^{er} janvier 1960 au 24 août 1961, l'AI paya une contribution pour les frais d'école spéciale de l'assuré. Par lettre du 15 mai 1962, le père de l'assuré demanda à l'AI de continuer à verser une telle contribution pendant les trois ans à venir. Le président d'une association de pédagogie curative fit savoir à la commission AI que l'assuré avait fait de bons progrès, malgré son faible quotient intellectuel. Il disposait maintenant d'un bon vocabulaire et participait spontanément aux exercices collectifs; il avait aussi appris à accomplir de petits travaux, bien que son attitude au travail fût inégale. Pendant les prochaines années d'école,

il devait encore se débarrasser de ses stéréotypes de langage et de mouvement et apprendre à exécuter d'autres travaux. Certes, il ne pourrait jamais subir une réadaptation professionnelle lui permettant d'atteindre une pleine capacité de gain; mais en choisissant une occupation appropriée, on pourrait parvenir à une capacité de gain de 10 pour cent environ.

Le 2 octobre 1962, la commission AI décida de cesser d'allouer des subsides pour formation scolaire spéciale, la fréquentation de l'école spéciale ne pouvant plus entraîner de progrès chez l'assuré. Cette décision fut notifiée au père de l'assuré par la caisse de compensation le 26 novembre 1962.

Le père de l'assuré recourut auprès de la commission de recours, demandant un nouvel examen du cas. Il citait à l'appui un rapport médical du 6 décembre 1962, d'après lequel l'assuré faisait encore des progrès réjouissants dans l'école de pédagogie curative; l'année précédente, on avait constaté une réelle amélioration dans son attitude au travail, dans ses contacts, son langage et ses travaux pratiques.

Après introduction du recours, la commission AI donna mandat à l'office régional d'étudier la possibilité d'une formation professionnelle de l'assuré. Voici l'essentiel du rapport de l'office régional déposé le 18 octobre 1963 :

« Si important qu'il soit de mener aussi loin que possible la formation des débiles mentaux même les plus gravement atteints, nous devons cependant constater indéniablement que l'assuré n'a aucune chance d'être un jour capable d'un travail représentant une activité lucrative. Quand bien même il pourrait trouver plus tard une occupation quelconque, on ne pourrait pourtant pas parler d'une activité lucrative, puisqu'il ne pourra jamais exécuter un travail, même le plus simple, sans surveillance. Il ne sera pas non plus capable d'une activité dans un atelier protégé, car ses réalisations sont trop peu importantes pour qu'un travail productif soit possible.

...

L'assuré apprend à travailler le cuir dans l'école de pédagogie curative et fait aussi des essais avec un métier à tisser à la main d'un modèle simple. Il est stimulé actuellement par ses camarades d'école quand il voit qu'ils travaillent. Laissé à lui-même, il reste assis et ne fait rien. De plus, il travaille seulement dans un entourage qui lui est familier. Nous n'avons pu faire aucun essai de travail avec lui, parce qu'il ne réagissait tout simplement pas à nos injonctions ».

Par jugement du 9 décembre 1963, la commission cantonale de recours rejeta le recours, estimant que l'assuré ne pouvait pas être formé en vue d'une future activité lucrative; c'est pourquoi il n'avait pas droit à des subsides pour la formation scolaire spéciale. Le père a fait appel devant le TFA contre ce jugement et a demandé que des subsides pour la formation scolaire spéciale soient alloués à son fils jusqu'à ce que ce dernier ait atteint sa 20^e année. La caisse de compensation recommande le rejet de l'appel. Dans son préavis, l'OFAS expose qu'on peut s'attendre que l'assuré fera encore des progrès notables dans l'école de pédagogie curative; dans ces circonstances, rien ne s'oppose à l'octroi de subsides pour la formation scolaire spéciale jusqu'à ce que l'assuré ait atteint sa majorité, ce qui conduit à admettre l'appel.

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

1. Conformément à l'article 9, 1^{er} alinéa, LAI, des subsides sont alloués pour la formation scolaire spéciale des mineurs aptes à recevoir une instruction mais qui, par suite d'invalidité, ne peuvent fréquenter l'école publique ou dont on ne peut attendre qu'ils la fréquentent. Ces mineurs sont réputés invalides lorsque l'atteinte à leur santé aura vraisemblablement pour conséquence une incapacité de gain (article 5, 2^e alinéa, LAI). La formation scolaire spéciale représente une mesure de réadaptation au sens de l'article 9, 1^{er} alinéa, LAI, qui doit être nécessaire et de nature à améliorer leur

capacité de gain, à la rétablir, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Sur la base de cette disposition légale, un droit à des subsides pour la formation scolaire spéciale est aussi reconnu aux mineurs susceptibles seulement d'une formation pratique, pour autant qu'ils aient une chance d'acquérir une capacité de gain — ne serait-ce que dans une mesure limitée. Un invalide est ainsi réputé avoir déjà une capacité de gain quand il ne peut travailler que dans une institution; il est suffisant, mais aussi nécessaire, qu'il puisse assurer par un tel travail une partie de son entretien.

2. L'assuré, qui souffre d'oligophrénie, suit depuis 1956 une école de pédagogie curative. Depuis le 1^{er} janvier 1960 et jusqu'au 24 août 1961, l'AI a versé un subside pour cette formation. La seule question qui se pose est de savoir si des subsides doivent être accordés pour la période qui va suivre jusqu'à la majorité de l'assuré. Que l'assuré ait déjà atteint sa 17^e année en août 1961 ne met pas nécessairement obstacle à l'allocation de subsides. Il est vrai que la formation scolaire spéciale se limite, en règle générale, aux années pendant lesquelles le mineur devrait, sans invalidité, suivre l'école publique. Une formation scolaire spéciale en dehors de cette période n'est cependant pas exclue quand on peut espérer, après l'âge de la scolarité obligatoire, obtenir de nouveaux progrès qui rendront l'assuré capable de gagner sa vie; en outre, la formation scolaire spéciale peut aussi signifier formation scolaire ultérieure dans tous les cas où un assuré n'a pas pu, pour cause d'invalidité, acquérir en temps normal, de façon suffisante, la formation scolaire requise (ATFA 1962, p. 67 = RCC 1962, p. 351 et RCC 1964, p. 88).

Dans ces circonstances, la formation de l'assuré dans l'école de pédagogie curative ne représente plus, depuis août 1961, une mesure de réadaptation. A cette époque, l'assuré avait derrière lui 5 ans d'école et il était évident qu'il ne pourrait jamais acquérir une capacité de gain. Cela a été confirmé par le rapport de l'office régional d'octobre 1963, selon lequel l'assuré sera manifestement incapable d'assurer par son activité — serait-ce même dans une institution — une partie de son entretien. Il est beaucoup trop dépendant d'une surveillance constante, ce qui exclut toute mesure de réadaptation. Les attestations de la direction de l'école et du médecin, selon lesquelles l'assuré fait des progrès dans cette école, ne sont pas en contradiction avec les constatations de l'office régional. Malgré les progrès déjà obtenus et ceux qu'on peut encore attendre, l'assuré ne pourra jamais, en raison de ses facultés intellectuelles très restreintes, être développé suffisamment pour parvenir à exercer une activité lucrative même partielle.

RENTES, INDEMNITÉS JOURNALIÈRES ET ALLOCATIONS POUR IMPOTENTS

Arrêt du TFA, du 21 octobre 1964, en la cause O. C.

Article 22, 1^{er} alinéa, LAI. Par « incapacité de travail » donnant, le cas échéant, droit à l'indemnité journalière, il faut entendre non pas l'évaluation médicale de la gêne purement fonctionnelle, mais l'incapacité de l'assuré d'exercer son activité professionnelle accoutumée. (Considérant 2.)

Articles 8 et 22 LAI. Les conditions du droit à l'indemnité journalière peuvent être examinées librement, nonobstant l'existence d'une décision mettant à la charge de l'AI les frais d'actes médicaux. (Considérant 2.)

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. En cas de fracture accidentelle, le traitement de l'affection comme telle ne se limite pas seulement aux mesures médicales usuelles; il comprend aussi les mesures qui doivent être prises pour empêcher ou écarter les complications et qui sont en relation de fait et de temps avec le processus de la guérison.

La physiothérapie ne représente pas en soi nécessairement une mesure de réadaptation. Elle n'en devient une — comme cela se produit pour d'autres mesures médicales — que lorsqu'elle est nettement séparée du traitement et qu'elle vise avant tout à la réadaptation professionnelle. (Considérant 3.)

Articolo 22, capoverso 1, LAI. Per « incapacità al lavoro » la quale, dato il caso, dà diritto all'indennità giornaliera, devesi intendere non la valutazione medica del disturbo funzionale, ma l'incapacità dell'assicurato ad esercitare la sua attività professionale consueta. (Considerando 2.)

Articoli 8 e 22 LAI. Le condizioni del diritto all'indennità giornaliera possono essere esaminate liberamente, nonostante l'esistenza di una decisione che pone a carico dell'AI le spese delle cure mediche. (Considerando 2.)

Articolo 12, capoverso 1, LAI. In caso di frattura dovuta ad infortunio, il trattamento dell'affezione, come tale, non si limita unicamente ai provvedimenti sanitari usuali; esso comprende pure i provvedimenti che devono essere presi per impedire o eliminare le complicazioni e che sono in relazione di fatto e di tempo con il processo della guarigione.

La fisioterapia non rappresenta per sè stessa un provvedimento d'integrazione. Essa costituisce un tale provvedimento — come ne è il caso per altri provvedimenti sanitari — soltanto quando essa è nettamente separata dal trattamento o qualora miri anzitutto all'integrazione professionale. (Considerando 3.)

L'assuré s'est cassé le bras gauche lors d'une chute, le 13 août 1961. Dans un rapport du 30 juin 1962, le professeur V. a posé le diagnostic de « fracture sous-capitale disloquée et non consolidée de l'humérus gauche, avec ankylose de toutes les articulations du membre supérieur ». Ce médecin envisageait une cure opératoire de la pseudarthrose en voie de formation et déclarait essentiel un traitement physiothérapique préalable pour permettre de récupérer la fonction des articulations. La commission AI, saisie le 18 juin 1962 d'une demande de mesures médicales de réadaptation et après avoir reçu le rapport précité, a accepté de prendre en charge les frais du traitement physiothérapique dès le 1^{er} juin 1962 et pour une durée de six mois (prolongée ultérieurement jusqu'à la fin de l'année); elle a refusé, en revanche, d'assumer les frais de l'intervention chirurgicale envisagée. Ce prononcé a été notifié à l'assuré par décision de la caisse de compensation du 18 septembre 1962. Par décision complémentaire des 25 septembre et 15 octobre 1962, la caisse de compensation a fixé à 18 francs (plus supplément de réadaptation) le montant de l'indemnité journalière durant l'application des mesures médicales accordées. Invitée en février 1963 par la commission AI à payer cette indemnité pour la période du 1^{er} juin au 31 décembre 1962, la caisse a estimé toutefois que l'assuré ne satisfaisait pas aux exigences de l'article 22 LAI — n'ayant été ni empêché durant trois jours consécutifs par les mesures de réadaptation d'exercer une activité lucrative, ni frappé d'une incapacité de travail de 50 pour cent au moins —; elle a rendu le 7 mars 1963 une décision refusant tout versement d'indemnités journalières. L'assuré a recouru contre cette décision et demandé le maintien de la précédente décision du 15 octobre 1962. L'autorité de première instance a admis le

recours et reconnu à l'intéressé le droit à des indemnités journalières pour la période du 1^{er} juin au 31 décembre 1962. Elle a constaté que le recourant avait été en clinique durant six jours consécutifs en juin 1962 et avait été frappé, durant la période en cause, d'une incapacité de travail de 50 pour cent ou davantage, selon l'appréciation médicale déterminante; elle a considéré que l'assuré remplissait ainsi les conditions de l'article 22 LAI.

L'appel interjeté par l'OFAS fut admis par le TFA pour les motifs suivants :

1. ...

2. L'article 22, 1^{er} alinéa, LAI dispose que « 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 ».

a. La caisse a nié le droit à des indemnités journalières, considérant que l'assuré n'avait été ni empêché durant trois jours consécutifs par les mesures de réadaptation d'exercer une activité lucrative, ni frappé d'une « invalidité économique » de 50 pour cent au moins. Sur le premier point, l'avis de la caisse apparaît inexact pour ce qui concerne le début du mois de juin 1962, ainsi que l'a constaté le juge cantonal. Quant au second point, le texte légal exige un degré minimum non pas d'incapacité de gain, mais d'« incapacité de travail » — sans qu'il soit besoin d'une relation de cause à effet entre l'exécution de la réadaptation et l'incapacité (voir ATFA 1963, p. 285, RCC 1965, p. 45, et les arrêts qui y sont cités). Or l'incapacité de travail, au sens de cette disposition, n'est autre que l'incapacité de l'assuré d'exercer son activité professionnelle accoutumée. Il sied de relever à cet égard ce qui suit :

- Le degré d'incapacité de travail n'est pas identique à l'évaluation médicale de la gêne purement fonctionnelle (p. ex. de la diminution d'une fonction en raison de l'atteinte organique);
- l'évaluation de la gêne fonctionnelle servira certes de base à l'estimation de la mesure dans laquelle l'assuré est inapte à exercer son activité professionnelle accoutumée; mais les effets de cette gêne pourront être fort différents selon le genre de l'activité. Des répercussions de la diminution fonctionnelle sur l'activité individuelle et concrète de l'assuré découlera le taux de l'incapacité de travail;
- les conséquences économiques de l'incapacité de travail, en revanche, ne font pas partie des critères d'estimation de cette incapacité — contrairement à ce que semble penser la caisse — et débordent le cadre de l'article 22 LAI; encore que, si le gain d'un assuré n'en est pas affecté, on doit présumer que, vu le genre de l'activité exercée, la gêne fonctionnelle n'a pas porté atteinte à la capacité de travail.

Dans l'espèce, le médecin a estimé que l'incapacité de travail de l'intimé était totale jusque vers la mi-août, des trois quarts jusqu'à la première semaine d'octobre et de la moitié encore jusqu'à la fin de l'année 1962. Il est permis de se demander s'il a tenu un compte suffisant, dans son appréciation, du caractère mixte de l'activité du patient, à la fois exploitant vigneron (activité où prédomine l'aspect manuel du travail) et commerçant en vins (métier où la fonction paraît essentiellement dirigeante). Cette question n'a toutefois pas besoin d'être éclaircie, la solution du litige résultant d'autres éléments.

b. L'office appelant soutient en effet que le traitement physiothérapeutique ne présentait pas le caractère de mesures de réadaptation, nonobstant la décision du 18 septembre 1962, et que la condition fondamentale de l'octroi d'indemnités journalières fait ainsi défaut.

Si le droit à des indemnités journalières ne peut être donné que « pendant la réadaptation », aux termes de l'article 22 LAI, ces indemnités n'en sont pas moins une

prestation autonome, ainsi qu'il appert en particulier de l'énumération des mesures de réadaptation figurant à l'article 8 LAI. Les conditions de ce droit peuvent donc être examinées librement par le juge, et l'existence d'une décision mettant à la charge de l'AI les frais d'actes médicaux ne supprime pas le pouvoir d'examen du juge quant à la réalité d'une réadaptation dans le cadre de l'article 22 LAI. Or, cet examen l'amène dans l'espèce à nier la réalité d'une réadaptation.

3. Le traitement d'une fracture osseuse accidentelle appartient de toute évidence au traitement de l'affection comme telle. Il tend en général à obtenir la guérison de la lésion — et la récupération de la fonction du membre atteint — par consolidation de l'os fracturé. Cette consolidation peut se heurter à des complications qui la retardent, voire la compromettent partiellement ou totalement. Les actes médicaux destinés à combattre ces complications et à en prévenir ou écarter les effets doivent eux aussi être considérés comme faisant partie du traitement proprement dit. On ne saurait en effet limiter la notion du traitement de l'affection aux premières mesures médicales usuelles et en exclure les actes rendus nécessaires par l'échec — ou le défaut — de ces mesures, aussi longtemps du moins que ces actes sont en relation de fait et de temps avec le processus qui intervient entre la fracture et sa guérison (voir p. ex. arrêt R. B. du 18 décembre 1962, RCC 1963, p. 162). La physiothérapie ne représente pas en soi une mesure de réadaptation au sens de l'article 12 LAI; comme pour toute autre mesure, sa qualification juridique dépend de son but prépondérant; elle ne pourra donc être séparée de l'ensemble des mesures de traitement que si le dessein relègue clairement à l'arrière-plan l'idée de traitement.

Dans l'espèce, la fracture s'est compliquée de pseudarthrose et d'une ankylose des articulations, qui compromettaient la guérison par consolidation de l'os fracturé. Lors même qu'une ostéosynthèse tardive semble avoir rendu superflue l'intervention chirurgicale envisagée, dont la physiothérapie était apparemment condition préalable du plein succès, les actes médicaux entrepris avaient pour objectif premier de mettre fin à une atteinte pathologique exigeant un traitement de l'affection comme telle. Les relations de fait et de temps entre l'affection et ces actes ne permettent de séparer aucun de ceux-ci du complexe des mesures médicales exigées par le traitement proprement dit. Certes, les desseins de réadaptation professionnelle étaient également présents, car la capacité de travail serait demeurée nulle ou fort minime à défaut de récupération de la fonction du membre atteint; mais la physiothérapie n'en signifiait pas moins l'une des étapes du traitement de la fracture, dont la guérison était compromise, et les desseins indéniables de réadaptation professionnelle n'étaient pas prépondérants au point de reléguer à l'arrière-plan ceux de traitement de l'affection comme telle.

Les actes médicaux n'ayant ainsi pas le caractère de mesures de réadaptation au sens de l'article 12 LAI, force est de constater que la condition première mise par l'article 22, 1^{er} alinéa, LAI à l'octroi d'indemnités journalières fait défaut durant la période en cause.

4. ...

Arrêt du TFA, du 11 décembre 1964, en la cause F. F.

Article 29, 1^{er} alinéa, LAI. Tant qu'une assurée, victime d'une hémiplegie, est soumise à un traitement récupérateur, son état de santé doit être considéré comme évolutif, ce qui interdit d'admettre une invalidité permanente au sens de la première variante de la disposition précitée.

Articolo 29, capoverso 1, LAI. Finchè un'assicurata, vittima di un'emiplegia, è sottoposta ad un trattamento recuperatorio, il suo stato di salute dev'essere considerato evolutivo, ciò che impedisce di ammettere un'invalidità permanente ai sensi della prima variante della disposizione precitata.

L'assurée, née en 1904, de nationalité italienne, est établie en Suisse depuis 1947 au moins. A la suite d'une attaque dont elle fut victime le 25/26 septembre 1962, elle présente des séquelles d'une hémiplegie (paralysie faciale gauche, paralysie totale du bras gauche et partielle de la jambe gauche). Par prononcé du 11 novembre 1963, la commission AI reconnut l'assurée totalement invalide dès le 29 septembre 1962; elle lui refusa en revanche l'octroi d'une allocation pour impotent. Ce prononcé fit l'objet d'une décision de la caisse intimée qui fixa au 1^{er} septembre 1963 (mois dans lequel l'assurée avait agi) le point de départ du droit à la rente.

L'autorité de première instance, saisie à son tour de l'affaire, confirma la décision administrative en ce qui concerne le début du droit à la rente.

Pour sa part, le TFA, sur appel de l'intéressée, a annulé le jugement cantonal et renvoyé la cause à la commission AI pour instruction complémentaire et nouveau prononcé dans le sens des considérants suivants :

1. L'octroi d'une rente AI est subordonné à la condition que l'assuré soit invalide pour la moitié au moins ou, dans les cas pénibles, pour les deux cinquièmes au moins (art. 28, 1^{er} al., LAI). A elle seule, l'existence d'une atteinte à la santé ne constitue pas un motif autorisant aussitôt l'octroi d'une rente, mais il faut encore que cette atteinte diminue, d'une manière permanente ou pendant une longue période, la capacité de gain (art. 4 LAI). Le droit à la rente naît dès que l'assuré présente une incapacité permanente de gain de la moitié au moins (I^{re} variante) ou dès qu'il a été totalement incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs et subit encore une incapacité de gain de la moitié au moins (II^e variante; art. 29, 1^{er} al., LAI).

Une rente peut être allouée pour cause d'invalidité permanente lorsque l'assuré présente, selon toute vraisemblance, une atteinte à la santé plus ou moins stabilisée, qui par conséquent n'entraîne pas inéluctablement la mort à brève échéance, mais qui soit essentiellement irréversible et de nature à restreindre durablement la capacité de gain malgré d'éventuelles mesures de réadaptation. Une modification ultérieure des circonstances économiques (du fait de l'accoutumance plus importante que prévue ou d'une activité plus appropriée, par exemple) n'exclut en revanche pas — en particulier chez de jeunes assurés — l'existence d'une incapacité de gain permanente au sens de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI. A cela correspond du reste l'article 41 LAI, qui permet de revoir la rente dans cette hypothèse. Pour les assurés d'un certain âge, il suffit, quant à l'atteinte à la santé physique ou mentale, qu'elle soit essentiellement irréversible jusqu'à l'ouverture du droit à une rente de vieillesse (cf. l'arrêt F. D. du 22 septembre 1964 = RCC 1964, p. 508).

Aux termes de l'article 48, 2^e alinéa, LAI, enfin, « si l'assuré exerce son droit à la rente plus de six mois après la naissance du droit, la rente n'est allouée qu'à partir du mois dans lequel l'assuré a agi ».

2. Il n'est pas contesté que l'appelante présente actuellement une invalidité totale et permanente. Seule est litigieuse la question du point de départ de la rente à laquelle elle a droit.

Dans l'espèce, les premiers juges ont estimé que l'assurée pouvait en principe prétendre une rente pour invalidité permanente dès le 1^{er} septembre 1962, mais que la demande de prestations était tardive. Or, après l'attaque dont elle fut victime le 25/26 septembre 1962, l'appelante a été soumise à divers traitements qui ont permis

une récupération partielle de la motricité de la jambe gauche (cf. le rapport médical du 29 octobre 1963). Elle présentait, au moment de l'application de ces mesures, un état évolutif qui ne permettait pas de pronostiquer une invalidité permanente, au sens de la jurisprudence rappelée plus haut, qui eût atteint le degré fixé par la loi (cf. p. ex. ATFA 1963 p. 279 = RCC 1965, p. 42, ainsi que les arrêts F. D. précité, A. M. du 27 mai 1964 = RCC 1964, p. 395, et J. A. du 28 avril 1964 = RCC 1964, p. 394). Il n'est en revanche pas possible de déterminer, sur la base des pièces du dossier, à quel moment ce pronostic eût pu être posé. Tout au plus résulte-t-il du rapport médical précité que, le 8 juillet 1963, il n'y avait déjà plus rien à faire. Il est toutefois possible que tel ait été le cas dès avant cette date et que l'appelante puisse ainsi prétendre en principe le versement de la rente antérieurement au 1^{er} juillet 1963. Or, si les conditions auxquelles est subordonné l'octroi d'une rente pour invalidité permanente devaient avoir été réunies en l'occurrence dans les six mois ayant précédé le dépôt de la demande de prestations, l'article 48, 2^e alinéa, LAI ne ferait pas obstacle au versement de cette rente dès et y compris le mois durant lequel ces conditions auraient été réalisées (cf. p. ex. l'arrêt A. M. précité = RCC 1964, p. 395).

Aussi se justifie-t-il de renvoyer la cause à la commission AI pour qu'elle procède à une instruction complémentaire, puis fixe à nouveau le début du droit à la rente.

Arrêt du TFA, du 22 décembre 1964, en la cause M. N.

Article 42, 1^{er} alinéa, LAI. Une infirmité mentale ne peut être considérée comme la cause de l'impotence que si elle empêche d'emblée l'assuré d'effectuer, d'une manière indépendante, les actes ordinaires de la vie ; n'est pas impotent celui qui doit être seulement dirigé et contrôlé.

Articolo 42, capoverso 1, LAI. Un'infirmità mentale può essere considerata causa della necessità d'aiuto e assistenza soltanto se l'assicurato non è in grado di eseguire, in modo indipendente, gli atti consueti della vita quotidiana ; la semplice guida e sorveglianza dell'assicurato non costituiscono necessità d'aiuto.

L'assuré, né le 4 avril 1944, atteint d'épilepsie et d'imbécillité grave, est inapte à recevoir une instruction. Il est constamment interné dans des établissements et séjourne actuellement dans celui de B. Par suite d'une première demande de prestations AI, déposée en 1960, il bénéficia d'une contribution aux frais de pension du 1^{er} janvier 1960 jusqu'au 30 avril 1964. En février 1964, les organes de l'AI ont été saisis d'une nouvelle demande, vu que l'assuré allait atteindre l'âge de 20 ans. Dans la feuille annexe à la demande, il était noté, à propos de l'allocation pour impotent, que les soins spéciaux et la garde nécessaires consistaient en l'espèce à « laver, vêtir, etc. » le patient. Le rapport médical du 15 février 1964 établi à la demande de la commission AI par le médecin de l'établissement hospitalier mentionne ce qui suit au sujet de l'état de l'assuré : « Parle lentement, pesamment, mais distinctement seulement lorsqu'on lui parle. Sinon, reste passif, étranger à ce qui l'entoure, et doit être exhorté plusieurs fois avant d'entreprendre tout travail. » Le médecin jugeait son état stationnaire et déclarait notamment que pour se vêtir et se dévêtir, faire sa toilette et manger, il avait constamment besoin de l'aide partielle d'autrui ; lors d'un entretien téléphonique avec l'établissement, il fut précisé que « l'assuré était à même d'accomplir d'une manière indépendante les actes quotidiens de la vie, hormis se baigner, se raser et découper la

viande (à cause du danger); on devait en outre lui dire de boutonner ses habits et lacer ses chaussures ».

Sur la base de ces renseignements, la commission AI rendit le 2 avril 1964 un prononcé accordant à l'assuré une rente entière d'invalidité et une allocation en raison d'une impotence d'un tiers, à partir du 1^{er} mai 1964. La caisse notifia la décision conforme le 8 mai 1964.

Le père de l'assuré recourut contre cette décision en alléguant que l'état de son fils nécessitait des soins et une surveillance constante, ce qui justifiait l'octroi d'une allocation pour impotent entière. Se fondant sur la jurisprudence constante du TFA, l'autorité de recours rejeta le recours. Le père de l'intéressé porta la cause devant le TFA et fit valoir en substance que l'infirmité mentale dont était atteint son fils ne devait pas inciter les organes de l'AI à évaluer trop bas le taux de l'impotence. Il présentait actuellement une impotence de degré moyen et son état allait empirant.

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

1. ...

2. a. Conformément à l'article 42, 1^{er} alinéa, LAI, les assurés invalides qui sont dans le besoin et qui sont impotents à tel point que leur état nécessite des soins spéciaux et une garde ont droit à une allocation pour impotent. Selon l'article 39 RAI, il y a lieu de distinguer trois degrés d'impotence: le degré faible, le degré moyen et le degré grave. Le degré d'impotence est déterminé dans chaque cas particulier selon la durée et l'importance des soins et de la garde quotidienne.

b. La jurisprudence considère un assuré comme impotent lorsqu'il doit avoir *recours à l'aide d'autrui* pour les actes ordinaires de la vie et les soins du corps. Il faut entendre par là, essentiellement, s'habiller, se déshabiller, prendre ses repas et aller aux toilettes (voir p. ex. ATFA 1961, p. 60, considérant 1 = RCC 1962, p. 42). Il s'ensuit qu'un assuré qui est en mesure d'accomplir sans l'aide d'autrui ces actes quotidiens n'est pas impotent au sens de l'article 42, 1^{er} alinéa, LAI, même si son état mental rend nécessaire une surveillance continuelle (arrêté du TFA du 24 février 1961, en la cause M. H., RCC 1961, p. 157).

L'impotence d'un faible degré implique déjà la nécessité pour l'assuré d'avoir recours à autrui dans une mesure qui atteigne une certaine ampleur (voir p. ex. ATFA 1961, p. 344, considérant 1 = RCC 1962, p. 171). Il faut laisser à l'administration un assez large pouvoir d'appréciation pour déterminer l'impotence dans chaque cas particulier.

3. Il y a lieu d'admettre en l'occurrence qu'au début d'avril 1964, l'assuré avait besoin d'une aide *partielle* d'autrui pour se vêtir, se dévêtir, se nourrir et faire sa toilette. Cela ressort du rapport médical du 15 février 1964, sur lequel il convient de se fonder en tout premier lieu. Cet état de fait n'a d'ailleurs pas été contesté en appel. L'appelant prétend en revanche avec insistance qu'en raison de son infirmité mentale, l'assuré a constamment besoin de l'aide d'autrui, notamment pour se vêtir, manger, se laver et aller aux toilettes; en outre, le fait que l'on doit lui servir ses repas à part donne beaucoup de travail au personnel. Toutefois, il ressort des pièces du dossier qu'au moment déterminant, cette aide se bornait aux exhortations et à la surveillance de l'assuré, d'autant plus que celui-ci était en mesure de se conformer aux ordres reçus. C'est d'ailleurs dans ce sens qu'il faut comprendre l'attestation du médecin, selon laquelle l'assuré doit être exhorté plusieurs fois avant d'entreprendre tout travail. L'aide apportée à l'assuré entre dès lors dans le cadre normal des soins et de la surveillance des malades mentaux et ne constitue donc pas, selon la jurisprudence constante, une impotence, même si les personnes chargées de s'occuper de l'intéressé sont

mises largement à contribution. Une infirmité mentale ne peut être considérée comme la cause de l'impotence que si elle empêche d'emblée l'assuré d'accomplir de manière indépendante les actes ordinaires de la vie. Tel n'est pas le cas en l'espèce. Il est vrai qu'au moment déterminant, il existait incontestablement des indices d'une impotence réelle, car l'aide d'autrui était nécessaire à l'assuré pour divers actes; mais de là à dire que l'assuré présentait une impotence moyenne ou même grave, il y a un pas que le juge cantonal n'a pas franchi, sans qu'on puisse lui reprocher d'avoir outrepassé son pouvoir d'appréciation.

4. ...

Allocations familiales

Arrêt du TFA, du 14 décembre 1964, en la cause A. G.

Articles 1^{er}, 1^{er} alinéa, et 4, 1^{er} alinéa, LFA; article 2 RFA. Un salarié, qui travaille en permanence dans une exploitation agricole et reçoit des demi-rentes de l'AI, a droit à des allocations familiales entières.

Articoli 1, capoverso 1, e 4, capoverso 1, LFA; articolo 2 OFA. Un salariato che lavora durevolmente in un'azienda agricola e beneficia di mezze rendite AI, ha diritto agli assegni familiari interi.

A. G., né en 1904, marié et père de famille, travaille comme ouvrier agricole depuis 1929 dans la même exploitation. Après avoir dû suspendre son activité durant un certain temps, pour raisons de santé, il l'a reprise dès juin 1963. L'AI lui a accordé des mesures médicales de réadaptation jusqu'à fin mai 1963; l'ayant ensuite reconnu atteint d'une incapacité de gain de 60 pour cent, elle l'a mis au bénéfice d'une demi-rente simple d'invalidité et de demi-rentes complémentaires pour son épouse et un enfant encore mineur.

Informée de l'octroi de la rente, la caisse a d'abord suspendu en automne 1963 le versement de l'allocation de ménage pour travailleur agricole. Puis, statuant définitivement, elle a décidé le 1^{er} avril 1964 d'accorder à compter du 1^{er} octobre 1963 une allocation réduite à 40 pour cent (proportion de la capacité résiduelle de gain), soit à 24 francs par mois.

La commission de recours, saisie de l'affaire, a estimé la réduction inéquitable, comparée à l'octroi de la pleine allocation dans des cas semblables mais où l'épouse également pouvait collaborer aux travaux agricoles. Aussi a-t-elle admis le recours et reconnu à l'intéressé le droit à l'allocation de ménage entière.

L'OFAS a déféré ce jugement au TFA. Il soutient en substance que, lorsqu'un travailleur agricole a une capacité réduite et touche une demi-rente de l'AI, son activité n'est que partielle et qu'il est justifié de lui verser une allocation réduite au taux de la capacité résiduelle de gain; que cette solution a de plus l'avantage d'éviter le cumul des allocations familiales et des rentes complémentaires de l'AI.

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

1. Ont droit à des allocations familiales pour travailleurs agricoles, selon l'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, LFA, « les personnes qui, en qualité de salariés, exécutent contre

rémunération, dans une entreprise agricole, des travaux agricoles, forestiers ou ménagers ». Seuls sont exclus de ce droit certains membres de la famille de l'exploitant, nommément désignés à l'article 1^{er}, 2^e alinéa, LFA. En exécution du 4^e alinéa de ce même article, le Conseil fédéral a précisé dans son règlement les notions d'exploitation agricole (art. 7 RFA) et de travailleur agricole (art. 1^{er} RFA); il a prescrit en outre que, si la loi fixe des montants mensuels d'allocations, « les travailleurs agricoles qui ne sont occupés que passagèrement par un employeur ont droit aux allocations pour chaque jour complet de travail », les heures isolées ne pouvant, en règle générale, être converties en jours de travail (art. 2 RFA).

L'article 2 LFA prévoit deux genres d'allocations familiales: l'allocation de ménage et les allocations pour enfants, dont les conditions personnelles d'octroi sont définies par les articles 3 et 9 LFA.

Quant à l'article 4 LFA enfin, il met au versement des allocations une exigence relative au montant du salaire, n'autorisant ce versement que « si le salaire payé par l'employeur correspond au moins aux taux locaux usuels pour les travailleurs agricoles ». Ainsi que l'a reconnu la jurisprudence, il faut entendre par salaire local usuel la rémunération — tant en espèces qu'en nature — ordinairement versée, dans la région en cause et pour une exploitation analogue, à un travailleur étranger à la famille, compte tenu de la capacité de travail de l'intéressé si celle-ci n'est pas entière (voir p. ex. ATFA 1961, p. 91, lettre c = RCC 1961, p. 433; 1961, p. 97, lettre b, et 1964, p. 59/60, considérant 3 = RCC 1964, p. 215).

2. Dans l'espèce, l'intimé exécute des travaux agricoles dans une exploitation agricole. Il n'a aucun lien de parenté avec son employeur. Nul ne conteste qu'il remplisse les conditions personnelles mises à l'octroi de l'allocation de ménage (le défaut d'allocation pour enfant, en raison de l'âge du seul enfant encore mineur, n'est apparemment pas litigieux). Quant au salaire, sans doute est-il extrêmement faible: il n'a été que de 50 francs en espèces pour le mois de juin 1963, auxquels s'ajoute la nourriture estimée à quelque 100 francs; mais — outre qu'il s'agissait du premier mois de travail suivant la convalescence et que les termes du certificat de l'employeur, du 21 juillet 1963, laissent supposer qu'il peut avoir été augmenté à nouveau par la suite — rien ne permet d'affirmer qu'il serait inférieur au taux local usuel pour un travailleur agricole jouissant d'une capacité résiduelle équivalente.

Aussi bien l'office appelant ne dénie-t-il pas à l'intimé le droit à une allocation de ménage. Il ne conclut qu'à la réduction du montant de cette allocation à proportion de la capacité résiduelle de gain:

a. A l'appui de sa conclusion, l'OFAS invoque au premier chef l'article 2 RFA. Il en tire le principe que les allocations ne sont dues que pour la durée du travail accomplie et, assimilant en substance le rendement au temps d'occupation, soutient que le travailleur dont la capacité de travail est sensiblement réduite ne saurait être considéré comme un salarié occupé à plein temps dans l'agriculture.

Les termes de l'article 2 RFA expriment clairement que cette disposition concerne les seuls travailleurs agricoles occupés « passagèrement » (« nur vorübergehend », « solo temporaneamente ») par un employeur. Elle vise donc des travailleurs saisonniers ou employés sporadiquement ou à la journée. Mais ses termes mêmes s'opposent — contrairement à ce que le TFA avait admis dans un cas d'espèce (arrêt W. du 24 décembre 1960) — à ce que l'application en soit étendue à un travailleur occupé en permanence et de manière exclusive par le même exploitant agricole. Il est dès lors superflu d'examiner si et sous quelle forme un rendement réduit pourrait être converti en jours de travail plein.

b. En fait, l'office appelant veut éviter le cumul d'allocations familiales entières avec les rentes complémentaires — elles aussi destinées à l'entretien des proches — servies par l'AI.

Le TFA a constaté déjà, dans l'arrêt P. V. du 27 février 1964 (ATFA 1964, p. 57 = RCC 1964, p. 214), qu'une réduction des allocations familiales agricoles n'était expressément prévue par aucune disposition légale. Il a prononcé que ni l'article 43, ni l'article 45 LAI — qui prévoient la suppression ou la réduction de certaines prestations lors de cumul avec des rentes de l'AI — ne permettaient de réduire par analogie les allocations familiales, celles-ci différant profondément tant par leur nature que par leur but des prestations mentionnées à ces articles. S'il a laissé indécisé, dans cet arrêt, la possibilité d'une telle réduction par voie d'interprétation de dispositions de la LFA, cette question doit être aujourd'hui résolue négativement.

Le principe d'une réduction possible des allocations familiales en raison d'une capacité réduite de travail ne peut être tiré de l'article 2 RFA, ainsi qu'il a été dit plus haut. Il ne peut davantage l'être de l'exigence d'un salaire normal au sens de l'article 4 LFA et de la jurisprudence (voir arrêts cités sous considérant 1). Si le tribunal, considérant dans un cas d'espèce que le salaire représentait pour une part la rémunération du travail encore fourni et pour l'autre part une prestation sociale de l'employeur à un collaborateur qui l'avait servi sa vie durant, a octroyé la moitié de l'allocation à un ouvrier agricole de 88 ans (arrêt W. précité), non seulement il a expressément précisé qu'il s'agissait de circonstances à caractère transitoire et se présentant uniquement dans des cas de diminution progressive de la capacité de travail due à l'âge avancé, mais encore force est de constater qu'une telle solution présuppose l'admission d'une lacune de la loi qu'il appartiendrait au juge de combler. Or, le juge n'a pas de motif impérieux d'admettre une lacune de ce genre en l'état de la législation. Il faut bien plutôt donner raison à l'autorité judiciaire de première instance qui, considérant l'octroi des pleines allocations familiales au travailleur agricole atteint dans sa capacité de gain et bénéficiant de ce fait d'une demi-rente d'invalidité, lorsque son épouse collabore également à l'exploitation (voir arrêt P. V. précité), tiendrait pour inéquitable de réduire ces allocations envers un travailleur se trouvant dans une situation identique, mais dont l'épouse serait empêchée par son état de santé ou ses obligations familiales d'exercer une activité lucrative.

c. Si les allocations familiales ne peuvent être réduites du seul fait de la réduction de la capacité de gain, il n'en résulte pas pour autant l'octroi de ces allocations sans égard aucun à l'ampleur de la capacité résiduelle. Ne peut en effet être qualifié de travailleur agricole au sens de la LFA que celui qui exécute véritablement des travaux agricoles comparables à ceux effectués par un domestique de campagne, mais non pas celui qui se bornerait à « bricoler » ou à accomplir des tâches insignifiantes.

Il n'est toutefois pas besoin de fixer définitivement ici la limite dès laquelle une diminution du rendement devrait être tenue pour telle qu'elle exclurait l'admission d'une activité agricole, comme il n'est pas nécessaire non plus d'examiner si le cumul de rentes entières d'invalidité et de pleines allocations familiales ne pourrait aboutir dans certains cas à un montant dépassant à tel point le revenu normal du travail que ce cumul devrait être déclaré manifestement abusif et contraire à l'ordre juridique. Il suffit de constater que la capacité de gain d'un bénéficiaire de demi-rente d'invalidité est d'un tiers au moins (art. 28, 1^{er} al., LAI) et que cette capacité résiduelle lui permet — à tout le moins lorsque l'activité agricole répond aux aptitudes et à l'état de l'intéressé, comme cela est sans conteste le cas dans l'espèce — d'exercer dans l'agriculture une activité encore compatible avec la qualité de travailleur agricole au sens de la LFA; que, d'autre part, le cumul de la rente et de l'allocation ne heurte pas l'ordre juridique.

CHRONIQUE MENSUELLE

Le Conseil fédéral ayant décidé, le 24 juin, que la *loi sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI* entrerait en vigueur le 1^{er} janvier 1966 (cf. RCC 1965, p. 244), le Département fédéral de l'intérieur a envoyé à ce sujet, en date du 10 juillet, une circulaire aux gouvernements des cantons. Celle-ci précise quels sont les détails à régler par la législation cantonale. En outre, le *projet du règlement d'exécution* de la loi sur les prestations complémentaires a été envoyé le 4 août aux cantons et aux institutions d'utilité publique, pour préavis.

★

Une délégation suisse ayant à sa tête M. A. Saxer, directeur, préposé aux conventions internationales en matière d'assurances sociales, et une délégation liechtensteinoise dirigée par le Prince Henri de *Liechtenstein* ont arrêté, le 6 juillet, le texte d'une *convention relative à l'AVS et à l'AI*. Cet accord, qui a été paraphé par les chefs des deux délégations et qui doit être signé à Vaduz aussi rapidement que possible, élargit le champ d'application de la convention de 1954 par l'introduction d'une réglementation relative à l'AI. Pour sortir ses effets, ce nouvel instrument doit encore être ratifié par les parlements des deux Etats.

★

Les effets du mariage sur le droit à la rente d'orphelin et à la rente complémentaire pour enfant

On s'est demandé, peu après l'introduction de l'AVS, si les orphelins mineurs qui se marient ont encore droit à une rente. C'est ainsi qu'une caisse de compensation a posé la question à l'OFAS à propos d'une bénéficiaire de rente d'orphelin, âgée de 17 ans, qui se mariait. Les articles 25, 2^e alinéa, et 26, 2^e alinéa, LAVS, qui énumèrent les causes d'extinction du droit à la rente d'orphelin, ne donnent pas d'éclaircissements concernant ce cas spécial. L'OFAS a estimé que, du fait de son mariage, une jeune fille perd son droit à une telle rente. L'argument principal était que le mariage rend majeur et que les personnes majeures ne sont plus considérées comme des « enfants » au sens des dispositions sur les rentes d'orphelin. En outre, par son mariage, l'« enfant » du sexe féminin perd dans tous les cas l'aide économique de ses parents; c'est désormais à son époux qu'il incombe, en vertu du droit civil, de pourvoir à son entretien, de sorte que l'on ne saurait parler véritablement de la perte d'un soutien (cf. RCC 1952, p. 269).

Des cas de ce genre se sont rarement produits jusqu'à ces derniers temps. Cependant, grâce à l'introduction de rentes complémentaires dans l'AI d'abord, puis dans l'AVS, et par suite de l'élévation de la limite d'âge à 25 ans pour les jeunes gens faisant des études ou un apprentissage, le cercle des fils et filles ayant éventuellement droit à une rente s'est considérablement agrandi. En ce qui concerne les bénéficiaires de rentes d'orphelin appartenant au nouveau groupe d'âge, ainsi que les enfants pour lesquels les parents reçoivent une rente complémentaire, on a vu augmenter de façon sensible la probabilité des mariages et, par voie de conséquence, le nombre des cas où il y a lieu de savoir si le mariage doit être considéré comme une cause d'extinction du droit à la rente d'orphelin et à la rente complémentaire pour enfants. Par suite de l'élévation de la limite d'âge, notamment, de nouveaux aspects juridiques du problème sont apparus; c'est ce que montre l'exemple suivant, dont l'administration et les tribunaux ont eu à s'occuper.

Se fondant sur la nouvelle réglementation, une étudiante de 21 ans, qui s'était mariée avec un étudiant, avait demandé une rente d'orphelin dès l'entrée en vigueur de ladite réglementation, soit à partir du 1^{er} janvier 1964. Conformément à la pratique suivie jusqu'à présent dans l'AVS, la caisse de compensation et l'autorité de recours ont nié un droit à cette rente. De son côté, le TFA, par un arrêt récent dont nous reproduisons un extrait à la

page 358, a refusé tout droit à la rente et confirmé le jugement de première instance.

Dans son arrêt, ce tribunal a considéré que la fille majeure qui se marie acquiert un nouveau statut d'assurée. La jeune épouse est tenue de verser des cotisations aussi longtemps qu'elle exerce une activité lucrative, mais elle est libérée de cette obligation dès que l'activité cesse. Son statut est également modifié du fait qu'à la mort du mari, elle acquiert un droit à la rente de veuve et, le cas échéant, à des rentes d'orphelin. Il convient de souligner que l'épouse, en tant qu'assurée, appartient à un nouveau groupe familial, ce qui influence de façon décisive le mode de calcul des rentes — qu'il s'agisse d'une rente de veuve ou, plus tard, d'une rente de vieillesse. Ce statut d'assurée de la femme mariée, foncièrement différent d'autres statuts, est encore caractérisé par le fait que la veuve perd son droit à la rente de veuve en cas de remariage. Le TFA a attaché moins d'importance à la modification des rapports juridiques touchant les prestations alimentaires, vu que la rente d'orphelin — du moins la rente d'orphelin de père — prend, la plupart du temps, naissance indépendamment de l'état de besoin réel dans lequel se trouve l'orphelin. En effet, ce droit à la rente naît en général sans égard aux répercussions économiques de la mort du père.

L'arrêt du tribunal, selon lequel les filles perdent en se mariant tout droit à la rente d'orphelin, s'applique aussi aux rentes d'orphelins doubles, de même qu'aux rentes complémentaires pour enfants de l'AVS et de l'AI. Comme il a été exposé précédemment (cf. RCC 1961, p. 199), les conditions du droit à la rente d'orphelin et, partant, les causes d'extinction de ce droit sont déterminantes aussi pour les rentes complémentaires, car celles-ci ne peuvent être allouées que si, en cas de décès de l'un des parents, un droit à la rente d'orphelin existe. Il faut donc s'en tenir à la règle générale d'après laquelle une fille qui se marie perd dans tous les cas son droit éventuel à une rente d'orphelin ou à une rente complémentaire AVS ou AI.

La question de savoir si la rente allouée à un jeune homme qui fait encore des études et qui se marie s'éteint également n'a pas été tranchée par le tribunal, car elle ne se posait pas en l'espèce. Pour y répondre, il faudrait tenir compte du fait que la situation est un peu différente; pour un jeune homme bénéficiant d'une prestation, le mariage n'entraîne pas une modification du statut d'assuré aussi importante que pour une jeune fille. C'est pourquoi l'OFAS a estimé jusqu'à présent que la rente d'orphelin ou la rente complémentaire pouvait en principe être servie à un jeune homme, même après son mariage, sous réserve cependant d'une jurisprudence exprimant un avis contraire.

Enfin, on pourrait encore se demander si la rente d'orphelin ou la rente complémentaire versée à un enfant au-dessous de 20 ans, invalide à 50 pour cent au moins, s'éteint par suite du mariage de l'intéressé. Cette question, cependant, ne présente qu'un intérêt plutôt théorique, car un tel cas ne semble guère devoir se présenter. Toutefois, étant donné ce qui précède, on devrait admettre là aussi que le droit à la rente d'une fille invalide s'éteindrait en cas de mariage.

Comment sont nées les prestations complémentaires

1. L'idée

Lorsque, vers la fin de la deuxième guerre mondiale, l'on se remit à discuter de la création d'une AVS fédérale, il y eut également un fort courant d'opinion en faveur de rentes assurant l'existence des bénéficiaires. Les voix qui se sont fait entendre en faveur de cette solution ne se sont jamais tues depuis lors. Comme on le sait, les délibérations de la commission d'experts et de l'Assemblée fédérale ont donné naissance à un projet prévoyant des rentes de base; ce projet a été adopté en votation populaire à une majorité écrasante.

La *rente de base* vise à garantir à chaque citoyen devenu invalide ou ayant atteint la limite d'âge, ou à ses survivants en cas de décès, des ressources qui lui permettent de couvrir ses besoins partiellement, mais non pas entièrement. Grâce à ce système, il a été possible, tout en s'en tenant au principe de l'assurance obligatoire générale, de ne pas exiger des cotisations très élevées et d'encourager la prévoyance collective des entreprises et des associations, ainsi que la prévoyance individuelle. La solution adoptée fait appel à l'entraide de l'économie et de l'individu; elle a été considérée, à bon droit, comme la solution suisse. Toutefois, il en est résulté que 200 000 citoyens environ ne disposent pas de moyens leur permettant de couvrir tous leurs besoins en cas de vieillesse, d'invalidité ou en cas de décès de la personne qui assume leur entretien. Pour résoudre ce problème, la plupart des cantons créèrent, avec une contribution financière assez modeste de la Confédération, une *aide complémentaire* grâce à laquelle une partie au moins des nécessiteux devait être préservée de l'indigence. Plusieurs cantons instituèrent un système d'aide à la vieillesse, aux survivants et aux invalides comportant des droits aux prestations; certains d'entre eux, financièrement forts, réussirent même à le financer par leurs propres ressources, empêchant ainsi les vieillards et survivants nécessiteux de tomber à la charge de l'assistance publique, sauf dans quelques cas spécialement graves. Et pourtant, malgré les progrès réalisés ainsi en faveur de nombreux nécessiteux, la situation générale n'était pas encore satisfaisante.

La *loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC) du 19 mars 1965* a créé, heureusement, une situation toute nouvelle. Des subventions fédérales sensiblement plus élevées permettent désormais à tous les cantons de développer leurs systèmes d'aide de manière à garantir un minimum vital, pratiquement, à tous ceux qui, pour cause de vieillesse ou d'invalidité, ou par suite du décès de leur soutien, ne touchent qu'un revenu insuffisant.

Pour atteindre ce but, on a choisi une solution fédéraliste. On a renoncé à répartir entre les cantons une somme fixe relativement faible. Seules, les institutions suisses d'utilité publique (dont l'activité s'étend à tout le territoire national) continuent à toucher des subventions fixes. Les subsides versés jusqu'à présent par la Confédération aux fondations Pour la Vieillesse et Pour la Jeunesse sont augmentés; de plus, l'Association Pro Infirmis en bénéficie également. Les ressources de ces institutions seront à utiliser dans les cas où les prestations complémentaires cantonales ne suffisent pas à « boucher les trous », ainsi que pour les prestations en nature et les services rendus aux personnes âgées, survivants et invalides. On ne saurait trop insister sur l'importance de cette dernière tâche. Maintenant que l'on peut fournir à tous les nécessiteux, pratiquement, des ressources suffisantes pour mener une existence modeste, il se révèle toujours plus clairement que l'argent seul n'est pas tout. Grâce à l'exemple fourni par l'AI, on reconnaît de mieux en mieux la nécessité d'une aide d'un genre différent, qui permette à l'invalidé, âgé ou non, et aux nécessiteux en général, de se rendre aussi indépendants que possible. Le financement des prestations en nature et des services rendus devient de plus en plus important et urgent. Ici et là, il faudra encore procéder à certaines réorganisations; les perspectives sont bonnes.

Quant aux prestations en espèces, ce sont les cantons qui devront en assumer la principale responsabilité. Ceux d'entre eux qui verseront des prestations complémentaires suffisantes aux rentiers de l'AVS et de l'AI recevront, selon leur capacité financière, des subventions fédérales s'élevant au minimum à 30 pour cent et au maximum à 70 pour cent des prestations versées, s'ils fixent le droit des bénéficiaires et le montant des prestations conformément aux prescriptions fédérales. Ces subventions s'élèveront probablement à environ 100 millions de francs par année, contre 6 millions jusqu'à présent. Ce sont les cantons qui auront à prendre l'initiative du versement de prestations complémentaires; ce sont eux, avant tout, qui en assumeront la gestion. Ils se fonderont sur des lois cantonales promulguées à cet effet. Lorsque ces lois seront créées et prêtes à l'exécution, et alors seulement, les prestations complémentaires pourront commencer à être versées; lorsqu'elles auront été approuvées par la Confédération, et alors seulement, les subventions fédérales pourront être accordées aux cantons.

2. Les travaux préparatoires

Certes, les cantons ne disposent pas de beaucoup de temps s'ils veulent bénéficier des subventions fédérales déjà à partir de la date la plus proche, soit dès le 1^{er} janvier 1966. La Confédération a fait son possible pour faciliter et accélérer les travaux de législation cantonale sur les prestations complémentaires. Le délai de référendum de la loi du 19 mars 1965 ayant expiré le 23 juin, le Conseil fédéral a décidé, le lendemain déjà, de mettre la loi en vigueur pour le 1^{er} janvier 1966; cela signifie que les cantons et institutions, qui seront alors prêts ou résolus à verser des prestations avec effet rétroactif à cette date, recevront des subventions fédérales dès le 1^{er} janvier 1966.

Une circulaire du Département fédéral de l'intérieur a été envoyée aux cantons le 10 juillet; elle donne les instructions nécessaires à la législation cantonale. En outre, le projet du règlement d'exécution, avec les prescriptions sur le calcul des subventions fédérales et les dispositions d'application technique, a été soumis aux cantons, pour préavis, le 4 août.

De son côté, la Conférence des caisses cantonales de compensation a établi un « décret-modèle » pour faciliter les préparatifs de la législation cantonale. En effet, le calcul et le versement des prestations complémentaires seront confiés, dans la plupart des cantons, à la caisse cantonale de compensation. Les quelques exceptions connues jusqu'à présent sont motivées par des considérations « historiques ». Des représentants de l'Office fédéral des assurances sociales ont pris part aux travaux de la commission chargée d'élaborer ce modèle, leur tâche consistant à veiller à ce que ce dernier fût conforme aux prescriptions de la loi fédérale.

3. La nature des prestations complémentaires

Dans le message sur la sixième révision de l'AVS, il était question de prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (en allemand, le terme de *Zusatzleistungen* a été remplacé, depuis lors, par celui de *Ergänzungsleistungen*, qui exprime mieux la nature de ces prestations et qui permet d'éviter une confusion avec les *Zusatzrenten*, rentes complémentaires AVS et AI). Comme leur nom l'indique, ces prestations visent à compléter le revenu insuffisant des assurés jusqu'à une certaine limite fixée par la loi. Leur montant n'est donc pas expressément fixé, mais elles sont décrites comme la différence entre la limite de revenu applicable et le revenu déterminant de l'assuré (art. 5, 1^{er} al., LPC). Sous cette forme absolue, ce système est nouveau pour les cantons de la Suisse allemande. Il signifie qu'entre zéro et un montant correspondant à la limite de revenu, des prestations complémentaires de toute grandeur sont concevables. La prestation complémentaire atteint le montant de la limite de revenu lorsque les déductions légales (p. ex. frais de maladie élevés) sont si importantes qu'elles égalent ou dépassent les recettes de l'assuré (rente AVS ou AI, plus d'autres revenus éventuels), de telle manière qu'il n'y a plus de revenu à prendre en compte.

Ce qui vient d'être dit montre clairement l'importance capitale des limites de revenu dans la réglementation sur les prestations complémentaires. Elles permettent de fixer en même temps le nombre des bénéficiaires et le montant des prestations. Les limites sont les suivantes: 3000 francs pour les personnes seules, 4800 francs pour les couples, 1500 francs pour les orphelins. La RCC donnera plus tard de plus amples détails sur les modalités du calcul du revenu. L'importance des limites de revenu dans leurs répercussions financières est illustrée par l'article 4, lettre a, de la nouvelle loi. Selon cette disposition, les cantons peuvent les réduire d'un cinquième. En cas de réduction générale dans ce sens-là, le nombre des bénéficiaires diminuerait probablement de près de 30 pour cent; les prestations totales baisseraient même de plus de la moitié.

Le traitement des paralysies et des séquelles de paralysie

La réadaptation à la vie professionnelle de nos semblables atteints de paralysies présuppose un traitement adéquat. Comme il existe encore des idées peu claires sur l'exécution des mesures physiothérapeutiques, nous avons estimé utile de donner ci-dessous la parole à un spécialiste éprouvé de ces problèmes, le Dr E. Le Grand, Langenthal. Nous le remercions vivement du travail dont il a bien voulu se charger. On peut consulter sur le même sujet la RCC de 1962, p. 185, et le présent numéro., p. 353.

Celui qui entreprend un traitement de paralysies doit comprendre que, dès les premiers jours, ce ne sont pas les mouvements pour eux-mêmes qu'il faut exercer, mais la fonction, c'est-à-dire la mise en œuvre effective des membres. Cela signifie que l'apprentissage d'un mouvement, tout utile qu'il soit, ne représente qu'une étape. Seul le résultat final, c'est-à-dire la possibilité d'utilisation des membres permettra de décider si les efforts des médecins, des infirmières et des thérapeutes ont été couronnés de succès. En d'autres termes, seul compte ce que le patient a finalement acquis : la possibilité de se subvenir à soi-même, de se mouvoir, de travailler dans son ménage ou dans sa profession.

L'exigence primordiale du traitement des paralysies est donc de stimuler et d'utiliser les forces restantes de manière à obtenir la meilleure fonction pour une durée aussi longue que possible. Pour atteindre ce but, il est important d'encourager le patient à participer activement à ce travail. Il doit lui aussi contribuer au renforcement de sa musculature, à l'entraînement de sa coordination en exécutant un travail pratique. Le professeur Fanconi, en tant que président de l'Association européenne contre la poliomyélite, a écrit : « Il faut inculquer constamment au patient qu'il est responsable de l'amélioration de sa fonction musculaire et que le physiothérapeute ne peut que l'y aider. »

Pendant le traitement, il s'agit d'adapter l'effort à la capacité du patient, de ne pas exiger trop de lui (ce qui est rarement le cas), mais aussi de ne pas en exiger trop peu, ce qui arrive beaucoup plus fréquemment. Le rendement optimum s'apprécie d'après l'état général et varie suivant la nature de la maladie et le cours de son évolution ; il doit constamment être adapté aux circonstances nouvelles. Les progrès les meilleurs n'exigent pas seulement de l'intuition et de la collaboration du médecin et du thérapeute, mais la spécialisation de l'un et de l'autre dans le traitement des paralysies.

Les patients doivent s'exercer non seulement pendant les leçons de thérapie, mais encore toute la journée ; c'est pourquoi les bons thérapeutes leur prescri-

vent des exercices à faire à domicile. Le traitement ambulatoire, en particulier celui des enfants, exige que les proches soient également instruits. La conduite du traitement aura des résultats d'autant plus réjouissants que les éducateurs seront meilleurs. Cela est valable autant pour les parents que pour les thérapeutes.

*

S'agit-il de paralysies flasques — autrefois la poliomyélite surtout, actuellement les polyradiculites, les polynévrites, etc. — ce sont les exercices de gymnastique curative d'opposition ou de résistance qui constituent l'élément central de la thérapie. Ce n'est qu'en présence de muscles totalement inactifs et seulement pour le début du traitement que différents auteurs recommandent l'induction des mouvements par des excitations électriques avec la collaboration du patient. Dès qu'un mouvement actif est possible, la répétition de celui-ci aura naturellement un effet renforçant bien meilleur que l'électrothérapie, qui n'est alors plus utile et prend beaucoup de temps.

Les massages peuvent être effectués pour introduire les exercices de gymnastique et pour remplir les moments de repos. Ils ne devraient pas, normalement, dépasser le 10 pour cent du temps consacré au traitement. Le principe « le thérapeute ne doit pas travailler le patient, mais travailler avec lui » est également valable ici. Ainsi que nous l'avons déjà dit, la gymnastique curative représente le traitement de choix des paralysies. Seul celui qui a appris cette spécialité (qui demande aujourd'hui trois ans de formation clinique) devrait s'occuper de la réadaptation des paralysés.

Avant le début du traitement et plus tard, à intervalles réguliers, il faut établir dans chaque cas un statut exact des paralysies. On a recommandé à plusieurs reprises et avec raison, dans des congrès sur la poliomyélite, de n'entreprendre aucun traitement avant d'avoir établi un bilan musculaire exact car, sans ces indications précises, on court le danger d'exercer des muscles qui étaient déjà prédominants avant le début du traitement et de provoquer ainsi une dysharmonie musculaire.

Le thérapeute a, entre autres, la tâche de lutter contre les redoutables déformations. Celles-ci menacent tout particulièrement les organismes en période de croissance. Le thérapeute doit les déceler et, lorsqu'elles paraissent imminentes, prendre les mesures qui s'imposent en collaboration avec le médecin. Dans ce domaine-là, qui est la partie la plus difficile du traitement des paralysies flasques, un personnel insuffisamment formé peut provoquer des désastres. Je suis toujours surpris de voir avec quelle inconscience on « joue » avec les patients dans des circonstances aussi importantes.

La pire des situations, à cet égard, est celle qui se produit en cas d'altérations de la colonne vertébrale, en particulier de scoliozes. Ici, le traitement n'influence pas seulement la musculature, la position et la mobilité de la colonne vertébrale, mais aussi les déformations du thorax et les lésions secondaires que ces déformations produisent sur les organes internes. Ce n'est que grâce au travail par équipe des spécialistes de la paralysie, médecins, thérapeutes en

gymnastique curative et mécaniciens en orthopédie que l'on pourra obtenir, après des années, un résultat optimum.

Un enfant menacé doit être dirigé très attentivement et sans interruption au moins jusqu'à la fin de sa période de croissance. Il s'agit là aussi d'un travail d'équipe, plein de responsabilité, mais aussi d'une très grande valeur, que seul peut apprécier celui qui connaît les graves échecs des cas mal soignés. Il arrive constamment que des patients, par négligence ou malentendu, échappent aux contrôles médicaux ; c'est pourquoi, lorsque existe un danger de déformation, seule une surveillance stricte peut en prévenir les conséquences.

Les moyens auxiliaires ne doivent être ordonnés que par des médecins spécialistes. Les thérapeutes et orthopédistes (mécaniciens et cordonniers) qui voudraient en décider de leur propre chef, même s'il s'agit seulement d'une simple paire de supports plantaires, feraient preuve d'un manque regrettable du sens des responsabilités, car leur ordonnance, si elle est fautive, peut avoir des répercussions défavorables jusqu'à la tête du patient.

Les paraplégiques, quelle que soit l'étiologie de leur paralysie, posent des problèmes si variés qu'on ne peut leur donner les soins assurant la meilleure récupération possible que dans des centres de réadaptation spécialisés. C'est pourquoi je m'abstiens d'aborder le traitement des paralysies dans ces cas-là.

Les *paralysies à tendance spastique du système nerveux central* (traumatismes crâniens, tumeurs, hémorragies cérébrales, etc.) deviennent de plus en plus fréquentes ; elles exigent un traitement qui doit être avant tout orienté vers la prévention d'une hypertonie musculaire menaçante et de la prédominance de groupes musculaires isolés. Il ne s'agit pas, dans ces cas, de véritables paralysies, mais de paralysies apparentes dues en particulier à l'action exagérée des antagonistes. Comme chaque stress¹, le travail manuel du muscle en particulier, peut conduire à une tension encore plus grande de ces antagonistes, le principe suivant est d'une importance capitale : « *Non seulement les massages n'améliorent jamais la paralysie, mais encore ils comportent le danger d'un accroissement des spasmes musculaires.* »

Il est difficile d'exclure les massages du traitement des prétendues paralysies à tendance spastique, tant ceux-ci jouissent encore dans le public d'un grand crédit en tant que traitement des paralysies. Cela est d'autant plus difficile que ce traitement augmente souvent les possibilités de mouvements, mais profite justement aux forces musculaires qui devraient être contenues afin de libérer les antagonistes incapables d'agir. Les mouvements trop rapides favorisent aussi les spasmes, ce qui démontre avec quelle finesse il faut conduire le traitement des paralysies pour obtenir un bon résultat.

Si l'on veut réadapter des traumatisés du crâne, il ne faut pas masser, ni travailler d'une manière brusque et irréfléchie, mais il faut utiliser une thérapie qui ne provoque pas de réflexes, qui libère la musculature affaiblie et permet, par ce moyen, sa remise en action. Je mentionne à ce propos les méthodes de Bobath, de Kabath, de Rood, etc. On peut suivre plusieurs voies, car seul

¹ Réactions du corps à une agression, quelle qu'en soit la nature.

compte ici le résultat fonctionnel, c'est-à-dire ce que le patient a pratiquement appris à faire.

Aujourd'hui, lorsque c'est possible, on lève très tôt les patients atteints dans leur système nerveux central, parce que l'on sait que, sans cela, apparaît la maladie de l'immobilisation : atrophie musculaire, ostéoporose, contractures accompagnées de positions vicieuses des articulations, perte du sens de l'équilibre et de la coordination, détérioration psychique, incontinence, lésions de la peau par compression, etc.

Plus les patients se lèvent et marchent tôt, moins il se formera une fausse image du mouvement et des malpositions, et d'autant mieux les tissus seront irrigués, en particulier aussi dans la région du cerveau, ce qui réduit au minimum les lésions psychiques.

Malheureusement, seul un quart des paralysés du système nerveux central retrouvent la fonction des extrémités supérieures, si bien que, dans beaucoup de cas, au plus tard après quelques mois de traitement de réadaptation, il faut passer au reclassement des patients devenus manchots. Cependant, si on les instruit convenablement, on arrive souvent à les rendre indépendants pour les soins corporels, pour s'habiller et manger et même pour travailler, en particulier dans les professions non manuelles.

Cette indépendance s'apprend grâce à l'intervention des ergothérapeutes ; toutefois, comme on ne dispose pas toujours de ce personnel, ce sont les moniteurs de gymnastique curative et les infirmières qui doivent parfois se charger de cette tâche.

Au traitement des paralysies appartient encore l'adaptation du logement et des moyens de transport. Il est essentiel que ces adaptations soient faites rapidement une fois que leur nécessité a été reconnue, car *chaque retard risque de détruire ce qui a été acquis et de perturber gravement le patient.*

*

En résumé, on peut dire que le traitement des paralysies devrait être entrepris aussi rapidement que possible et conduit sans interruption par un personnel qualifié.

Les massages sont d'une importance mineure en cas de paralysie flasque, ils sont même dangereux dans les parésies à tendance spastique.

Les enfants doivent être confiés à des spécialistes de la paralysie qui les suivent sans interruption au moins jusqu'à la fin de la période de croissance, si l'on veut prévenir un mauvais développement.

Il est essentiel que le thérapeute ne « travaille » pas le patient, mais travaille avec lui, qu'il ne lui fasse pas seulement subir des mouvements, mais qu'il pense toujours que seul un résultat utilisable décide du succès ou de l'échec du traitement.

Listes de paie CNA et décomptes AVS

Les entreprises soumises à l'assurance-accidents obligatoire doivent régler compte, pour leurs salariés, avec la CNA et avec la caisse de compensation AVS. Or, le salaire qui est déterminant pour les cotisations AVS/AI/APG n'est pas tout à fait identique à celui qui sert de base au calcul des primes d'assurance-accidents, notamment parce que celle-ci prévoit un gain maximum assuré.

Malgré les différences qui existent entre les deux assurances, on s'est efforcé, depuis l'introduction de l'AVS en 1948, d'établir les décomptes des entreprises soumises à l'assurance-accidents de manière qu'ils puissent être présentés aussi bien à la CNA qu'à la caisse AVS. On a ajouté aux listes de paie, mises par la CNA à la disposition des entreprises qui lui sont affiliées, des colonnes spécialement affectées à la détermination du salaire soumis à cotisations dans l'AVS. Sur la base des expériences faites au cours des dernières années, la CNA a élaboré à présent, d'entente avec l'OFAS, une nouvelle liste de paie. Cette liste est remise par la CNA dès janvier 1965 et désignée sous le nom de « Bloc de paie E »; elle permet à l'employeur d'établir en une seule opération, d'une manière parfaitement sûre, les bases de décompte pour l'assurance-accidents et pour l'AVS.

L'ordre dans lequel les colonnes de la nouvelle liste sont disposées tient compte du processus des travaux. Les inscriptions faites pour une paie commencent à gauche sur la feuille A et finissent à droite sur la feuille B (voir figure ci-jointe). De cette feuille B, on fait une copie sur une autre feuille gommée, munie de perforations horizontales. Les bandes ainsi constituées sont détachées et collées, dans l'ordre chronologique, sur les cartes du personnel (figure C). De cette manière, l'employeur obtient un journal détaillé des salaires et, en même temps, des notices concordantes pour chaque salarié. A la fin de l'année, il n'aura qu'à additionner, sur chaque carte, les chiffres de la colonne « Salaire soumis à cotisations AVS/AI/APG », pour pouvoir annoncer ces montants à la caisse de compensation, qui inscrira au CIC les cotisations correspondantes.

Bien entendu, la nouvelle liste de paie contiendra un mode d'emploi détaillé, ainsi qu'une explication des différences essentielles qui existent dans l'obligation de cotiser selon les prescriptions de la CNA et celles de l'AVS. Correctement remplie, cette liste sera reconnue comme comptabilité des salaires régulièrement tenue, au sens de l'article 137, 1^{er} alinéa, RAVS. Le « bloc de paie E » constitue donc un moyen commode pour toutes les entreprises qui règlent compte avec la CNA sans disposer d'un système de comptabilité mécanisée ou automatisée. Il peut être demandé à toutes les agences d'arrondissement de la CNA.

A

Ouvriers, employés		Heures ou journées de travail										Total des heures ou jours	Salaire par heure ou par jour	Gain en espèces y compris salaires pour travaux à la tâche	Suppléments			
Nom	Prénom	Date																
Paie du _____																		

B

Salaire en espèces, y compris les suppléments	Valeur des prestations en nature	Timbravac. et pour Jrs. fériés et bonifications	Salaire brut		Dédutions			Salaire net (1 ÷ 5)	Indemnités exonérées des primes	Palement	Salaire non soumis au paiement des primes resp. des cotisations		Salaire soumis aux cotisations AVS/AI/APG (4 ÷ 11)	N° de contr.	Date de la paie	
			Hommes	Femmes	Primes acc. non prof.	AVS/AI/ APG	Total				CNA					AVS/AI/ APG
											Hommes	Femmes				
1	2	3	4		5			6	7	8	9	10	11	12	13	14

C

N° de l'assuré _____ **Carte personnelle 19** N° de contrôle _____

Nom et prénom : _____ Né le : _____ Occupation : _____
 Adresse : _____ Etat civil : _____ Enfants : _____ Entrée : _____ Sortie : _____

Salaire en espèces, y compris les suppléments	Valeur des prestations en nature	Timbre vac. et pour Jrs fériés et bonifications	Salaire brut (col. 4)	Dédutions			Salaire net	Indemnités exonérées des primes	Palement	Salaire non soumis au paiement des primes resp. des cotisations		Salaire soumis aux cotisations AVS/AI/APG	N° de contrôle	Date de la paie
				Primes acc. non prof.	AVS/AI/ APG	Total				CNA (col. 10)	AVS/AI/ APG			

- A Moitié de gauche de la liste de paie.
- B Moitié de droite de la liste de paie.
- C Carte du personnel pour coller les bandes de paie (copie de la feuille B).

Problèmes d'application de l'AI

Physiothérapie ¹

Les actes physiothérapeutiques tels que la gymnastique curative, les massages, les exercices de gymnastique effectués dans l'eau, etc., ne sont pas réputés mesures médicales au sens de l'article 12 LAI lorsqu'ils font encore partie du traitement de l'affection comme telle (fractures, luxations, contusions, distorsions, altérations inflammatoires ou dégénératives du tronc ou des extrémités, etc.).

Lorsqu'un assuré demande la prise en charge de mesures physiothérapeutiques, la commission AI examinera si elles sont nécessaires et appropriées, en se fondant sur un plan thérapeutique détaillé du médecin traitant ; ce plan devra indiquer le genre, la fréquence et la durée de ces mesures, ainsi que le résultat que l'on peut en attendre. Le prononcé et la décision doivent indiquer clairement quels actes thérapeutiques sont pris en charge par l'AI, et dans quelle mesure. Ainsi, par exemple, il ne doit pas arriver qu'un paralytique soit traité par des massages, alors qu'il aurait fallu, dans son cas, de la gymnastique curative. Les massages, en effet, ne font qu'aggraver l'enraidissement en cas de paralysie spastique ; ils peuvent donc compromettre sérieusement le succès du traitement. C'est pourquoi le terme de « physiothérapie » ne suffit pas à caractériser la mesure en cause.

¹ Extraits du Bulletin de l'AI n° 61. Cf. aussi dans le présent numéro de la RCC, p. 347.

INFORMATIONS

- Initiative populaire de l'AVIVO** L'initiative populaire pour l'augmentation des rentes AVS/AI en vue d'assurer le minimum vital suffisant, déposée en juin 1962 (RCC 1962, p. 340), a été retirée le 24 juin écoulé, eu égard à la nouvelle loi fédérale sur les prestations complémentaires. Dans sa séance du 28 juin, le Conseil fédéral a pris acte de ce retrait.
- Allocations pour enfants dans le canton de Berne** Dans un rapport adressé le 4 mai 1965 au Conseil exécutif, à l'intention du Grand Conseil, au sujet de la modification de la loi sur les allocations pour enfants aux salariés, la Direction de l'économie publique propose de porter de 15 à 25 francs le montant minimum légal de l'allocation pour enfant. Le Grand Conseil traitera vraisemblablement le projet de loi lors de sa session d'automne.
- Allocations pour enfants dans le canton de Schaffhouse** Aux termes de l'article 8, 1^{er} alinéa, de la loi sur les allocations pour enfants aux salariés, le taux minimum de l'allocation pour enfant est de 15 francs par mois et par enfant. Un projet de loi présenté par le Conseil d'Etat le 14 avril 1965 prévoit l'augmentation de ce taux à 20 francs. La nouvelle disposition doit, après son adoption en votation populaire, entrer en vigueur le 1^{er} janvier 1966.
- Allocations familiales dans le canton de Vaud** Le conseil d'administration de la Caisse générale d'allocations familiales et le comité cantonal de la Fédération rurale vaudoise de mutualité et d'assurances sociales ont décidé d'améliorer les allocations familiales avec effet au 1^{er} juillet 1965.
- 1. Allocations familiales aux salariés non agricoles*
- a.* L'allocation pour enfant a été portée de 25 à 30 francs par mois et par enfant, jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire, en principe.
- b.* Les enfants qui, ayant terminé leur scolarité obligatoire, font un apprentissage ou des études en Suisse donnent droit à une allocation de formation professionnelle de 50 francs par mois. Le droit à cette allocation s'éteint au plus tard lorsque le jeune homme ou la jeune fille atteint 25 ans. D'autre part, le droit à l'allocation de formation professionnelle est subordonné aux conditions suivantes: celui des parents qui a droit

à l'allocation doit exercer son activité principale en qualité de salarié au service d'un employeur affilié à la caisse générale; le gain propre de l'enfant ne doit pas dépasser une certaine limite (240 francs par mois, ou 330 francs si l'activité professionnelle de l'enfant est exercée hors du lieu de domicile des parents).

2. *Allocations familiales aux travailleurs agricoles*

Les travailleurs agricoles ont droit, dans les mêmes conditions que les salariés non agricoles, à une allocation de formation professionnelle pour les enfants de 16 à 25 ans qui font un apprentissage ou des études. Cette prestation, qui se compose de l'allocation pour enfant prévue par la LFA et d'une allocation complémentaire cantonale, s'éleve, par enfant et par mois, à :

50 francs pour les enfants qui sont en apprentissage ou aux études en Suisse ;

70 francs pour les enfants qui accomplissent un apprentissage officiel agricole ou font des études agricoles dans une école officielle vaudoise ou suisse.

Le taux de l'allocation de ménage et de l'allocation de naissance, ainsi que le montant de la contribution des employeurs, ne subissent pas de modification.

Répertoire d'adresses AVS/AI/APG

Canton des Grisons; nouveaux numéros de téléphone:

Page 8, Caisse cantonale de compensation, et

page 24, commission AI: (081) 22 62 62/63.

Page 18, Caisse de compensation 87, Bündner Gewerbe: (081) 22 24 40.

Page 25, Office régional AI, Coire: (081) 22 51 25.

Page 32, Administration cantonale de l'IDN: (081) 22 21 21.

Page 14, Caisse 62, Confiseurs.

Nouvelle adresse: Zurich 2, Selnaustrasse 6 / Case postale, 8039 Zurich.

Numéro de téléphone supplémentaire: (051) 25 20 67.

Page 19, Caisse 92, Photo.

Nouvelle adresse: Zurich 2, Selnaustrasse 6 / Case postale, 8039 Zurich.

Numéro de téléphone supplémentaire: (051) 25 20 67.

Nouvelles personnelles

Dans la subdivision AVS/AI/APG de l'OFAS, M. A. Bise a été nommé chef de section II de la section des prestations complémentaires.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

RENTES

Arrêt du TFA, du 31 décembre 1964, en la cause M. S.

Article 23, 2^e alinéa, LAVS. Une femme divorcée ne peut réclamer une rente de veuve à la mort de son ex-mari que si le jugement de divorce précise que « la somme qui lui a été allouée au sens de l'article 151 CCS » représente une pension alimentaire ou une indemnité versée à titre de réparation morale.

Articolo 23, capoverso 2, LAVS. Una donna divorziata può esigere una rendita vedovile alla morte del suo ex-marito, soltanto se la sentenza di divorzio precisa che « l'indennità pecuniaria che le è stata aggiudicata ai sensi dell'articolo 151 CCS » rappresenta una pensione alimentare o un'indennità versata a titolo di riparazione morale.

Le mariage de l'assurée, qui est née le 10 mai 1907, a été annulé le 17 juin 1952 par le tribunal de district conformément à l'article 142 CCS. On peut lire ce qui suit sous chiffre 3 de la convention de divorce concernant les effets accessoires du divorce, qui a été ratifiée par l'autorité judiciaire :

« Le défendeur s'engage à verser à la plaignante une indemnité de 4000 francs au sens de l'article 151 CCS. Cette somme est payable dès que les circonstances le permettront, c'est-à-dire dès que le défendeur gagnera plus de 400 francs par mois.

En outre, le défendeur cède à la plaignante ses prétentions successorales à l'égard de ses frères et sœurs. Il autorise la plaignante à notifier cette cession aux frères et sœurs une fois que le jugement de divorce aura passé en force. »

Le jugement de divorce précise que, selon la convention passée entre les parties, celles-ci considèrent aussi la cession des prétentions successorales comme une indemnité au sens de l'article 151 CCS.

Jusqu'à la mort de son ex-mari, survenue le 1^{er} juin 1954, la femme divorcée n'a reçu aucun versement au sens du chiffre 3 de la convention de divorce. Sa demande de rente de veuve, présentée en décembre 1962, fut rejetée le 27 février 1963 par décision de la caisse de compensation, parce que l'ex-mari n'était pas tenu à une pension alimentaire au sens de l'article 23, 2^e alinéa LAVS.

Recourant contre cette décision, le représentant de l'assurée fit valoir en substance que l'indemnité prévue dans le jugement de divorce devait être considérée, du moins en partie, comme une pension alimentaire. Dans son préavis, la caisse de compensation recommanda d'admettre partiellement le recours, estimant que l'obligation de verser une indemnité était assimilable à une obligation d'entretien. La recourante a droit à une rente de veuve aussi longtemps que l'indemnité de 4000 francs n'aura pas été entièrement versée. La commission cantonale de recours rejeta le recours parce que l'ex-mari n'avait pas été condamné dans le jugement de divorce à verser une pension alimentaire sous forme de rente. Dans son appel, le représentant de l'assurée sollicita l'octroi d'une rente de veuve « limitée éventuellement au montant de 4000 francs ». Il mit d'ailleurs en doute la compétence de la commission cantonale de recours, qui n'avait « tenu aucun compte » de la recommandation de la caisse de compensation. Le TFA a rejeté l'appel pour les motifs suivants :

1. Dans la procédure de recours, la caisse de compensation a recommandé d'admettre en partie la demande de l'assurée. Comme, en vertu de l'article 85, 2^e alinéa, lettre d, LAVS, le juge n'est pas lié par les conclusions des parties, l'autorité de première instance avait la faculté, du point de vue du droit de procédure, de rejeter catégoriquement le recours. Il s'agit d'examiner si cette façon de procéder est compatible avec l'article 23, 2^e alinéa, LAVS.

2. Conformément à l'article 23, 2^e alinéa, LAVS, la femme divorcée est assimilée à la veuve en cas de décès de son ancien mari, si son mariage avait duré dix ans ou moins et si le mari était tenu envers elle à une pension alimentaire. Se fondant sur cette disposition, l'appelante pourrait — et cela n'a pas été contesté, avec raison d'ailleurs — réclamer une rente de veuve si la somme qui lui a été allouée dans le jugement de divorce du 17 juin 1952, sous chiffre IV/3, devait être considérée comme une pension alimentaire. Le cas doit être tranché uniquement d'après le jugement de divorce. Comme ce n'est point le rôle des autorités AVS de déterminer elles-mêmes la nature juridique des effets accessoires du divorce, celle-ci doit être exprimée de façon claire et nette dans le jugement de divorce (ATFA 1955, p. 200 = RCC 1955, p. 420, et RCC 1958, p. 98).

3. Selon le jugement de divorce, le mari, qui était fortement endetté et qui ne travaillait pas régulièrement, devait verser 4000 francs à l'appelante à titre d'« indemnité au sens de l'article 151 CCS », dès qu'il serait « en mesure » de le faire. En outre, il cédait « ses prétentions successorales à l'égard de ses frères et sœurs », également au sens d'une indemnité conformément à l'article 151 CCS. Peu importe, en l'espèce, que cette « cession » ratifiée par le juge soit valable en regard de l'article 636, 1^{er} alinéa, CCS, et de ce qui est dit dans un arrêt publié dans ATF, vol. 57 II (p. 23 et suivantes, considérant 1); cette question peut être laissée de côté.

L'article 151, 1^{er} alinéa, CCS prévoit que l'époux innocent dont les « intérêts pécuniaires, même éventuels », sont compromis par le divorce, a droit à une « indemnité » équitable de la part du conjoint coupable. De son côté, l'article 151, 2^e alinéa, CCS donne au juge la possibilité d'allouer à l'époux innocent une somme d'argent à titre de réparation morale, si les faits qui ont déterminé le divorce ont porté une grave atteinte aux intérêts personnels de cet époux.

L'indemnité prévue au premier alinéa de la disposition précitée doit en particulier dédommager l'époux innocent de la perte du droit à la pension alimentaire (cf. art. 160, 2^e al. CCS), ou des avantages découlant du régime matrimonial, ou encore de l'abandon d'intérêts pécuniaires éventuels — notamment du point de vue successoral. Il faut donc tenir compte de la situation économique présente et future dans son ensemble,

sans oublier le droit à la retraite (disposition ressortissant au droit privé et au droit public) de celui qui est tenu à la pension alimentaire, ni le droit de l'épouse survivante à une pension de veuve (Egger, 2^e éd., N 7 ad art. 151 CCS; Hinderling, Das schweiz. Ehescheidungsrecht, 2^e éd., p. 101 et suivantes).

Si l'on se fonde sur le jugement de divorce du 17 juin 1952, il semble que, parmi les possibilités mentionnées à l'article 151 CCS, seule l'indemnité destinée à compenser la perte d'avantages découlant du régime matrimonial soit exclue. En effet, les questions se rapportant au régime matrimonial sont réglées de façon définitive sous chiffre 2 de la convention de divorce, où il est dit ce qui suit :

« Ainsi, les parties ont procédé à une liquidation entre époux. » En revanche, les constatations du juge au sujet des causes du divorce, et de la manière dont le mari s'est acquitté de ses obligations financières, permettent de considérer la somme allouée à la femme divorcée comme une indemnité versée à titre de réparation morale. Cependant, il n'est pas nécessaire d'approfondir la question, car le jugement de divorce n'indique pas expressément que l'obligation de verser une pension alimentaire existe au sens de l'article 23, 2^e alinéa, LAVS. Sous chiffre 3 de la convention de divorce, il n'y a aucune référence directe ou même par analogie à cette obligation. En outre, le mode de paiement de l'indemnité et les échéances fixées constituent un état de fait qui est à l'opposé des conclusions de l'appelante. Enfin, vu que l'obligation de verser une pension alimentaire n'est pas mentionnée et que le motif du versement de l'indemnité n'apparaît pas clairement, on ne peut pas non plus admettre que l'appelante doive bénéficier de la protection de caractère pénal prévue à l'article 217, chiffre 1, 1^{er} alinéa, CPS (cf. ATF 87 IV, p. 86 et 69 IV, p. 182, considérant 2).

Arrêt du TFA, du 8 février 1965, en la cause K. S. — M.

Article 25, 2^e alinéa, LAVS. Lorsqu'une orpheline, âgée de plus de 18 ans et qui fait un apprentissage ou des études, se marie, son droit à la rente d'orphelin s'éteint.

Articolo 25, capoverso 2, LAVS. Il matrimonio di un'assicurata, beneficiaria di una rendita per orfani, d'età superiore ai 18 anni e che è ancora agli studi, ha per effetto la soppressione di detta rendita.

Le père de l'assurée, bénéficiaire d'une rente de vieillesse simple, décéda le 24 décembre 1962. L'épouse fut mise au bénéfice d'une rente de veuve et sa fille, née le 16 juillet 1943, étudiante, obtint une rente d'orphelin. Lorsque la fille eut vingt ans révolus, il en résulta l'extinction de son droit à la rente (fin juillet 1963). Le 6 juillet 1963, elle épousa un étudiant, entretenu, comme elle-même, par ses parents. Se fondant sur les nouvelles dispositions en vigueur à partir du 1^{er} janvier 1964 sur la limite d'âge applicable aux orphelins qui font encore des études, elle déposa une nouvelle demande de rente d'orphelin. La caisse rejeta sa demande, vu qu'elle était mariée et que son mari devait dès lors subvenir à son entretien.

Par jugement du 18 novembre 1964, l'autorité de première instance rejeta le recours formé par l'assurée, en relevant en substance qu'une enfant mariée n'est plus à la charge de ses parents et que, dans le droit de l'AVS, elle entre dans une autre catégorie d'assurés. Le jugement précisa en outre qu'une minorité des juges s'était prononcée pour l'admission du recours parce que, en l'espèce, l'assurée a encore besoin d'aide financière malgré son mariage.

L'assurée porta ce jugement devant le TFA et demanda qu'on lui verse une rente d'orphelin jusqu'à l'accomplissement de sa 25^e année. Le TFA rejeta l'appel pour les motifs suivants:

Les enfants dont le père par le sang est décédé ont droit à une rente d'orphelin simple (art. 25, 1^{er} al., LAVS). Le droit à la rente s'éteint par l'accomplissement de la 18^e année ou par le décès de l'orphelin. 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. 25, 2^e al., LAVS, dans la teneur valable depuis le 1^{er} janvier 1964).

La question litigieuse en l'espèce est de savoir si une fille âgée de moins de 25 ans, faisant des études et dont le père est décédé, peut prétendre une rente d'orphelin après son mariage. Il faut partir du fait qu'une rente d'orphelin est liée à l'obligation d'entretien des parents et que cette obligation cesse d'exister lors du mariage de la fille, puisque celle-ci est en général entretenue par son mari. Par conséquent, la fille orpheline qui se marie passe, du point de vue du droit AVS, dans une autre catégorie d'assurés spécialement créée: L'obligation pour l'épouse de payer des cotisations fait l'objet d'une réglementation particulière (art. 3, 2^e al., lettre b, LAVS). Après son mariage et pour autant qu'elle remplisse les conditions y relatives — s'il s'agit par exemple d'une jeune veuve ayant un enfant qui continue ou qui commence des études — elle a droit à une rente de veuve pour elle-même et à une rente d'orphelin pour son enfant. En outre, le calcul de ces rentes, comme d'ailleurs celui des rentes de vieillesse qui prendront, le cas échéant, naissance ultérieurement (rente de vieillesse pour couple ou rente de vieillesse simple pour veuve), subit l'influence du statut juridique particulier qu'accorde l'assurance à la femme mariée. C'est pourquoi le sens clair de la loi veut que, par la conclusion du mariage, la femme n'appartienne pas encore simultanément, du point de vue du droit AVS, à un autre groupe familial, ce qui lui permettrait de toucher, du fait du décès de son père, une rente d'orphelin. De façon analogue à l'extinction du droit à la rente d'orphelin de la fille au moment de son mariage, l'article 23, 3^e alinéa, LAVS dispose d'ailleurs que le droit à la rente de veuve s'éteint par le remariage de cette dernière.

Le fait que l'appelante, dont le mari est étudiant, continue à avoir besoin de l'aide financière de parents est sans importance pour la solution à donner au présent litige. Le droit à la rente ordinaire d'orphelin ne dépend pas du tout — et cela vaut aussi pour toute la période d'études ou d'apprentissage — du besoin d'entretien ou d'assistance de l'orphelin. L'événement assuré est réputé réalisé à la mort du père, même si par exemple l'orphelin dispose éventuellement d'une fortune lui permettant de continuer à vivre de façon indépendante. La question de savoir si le droit à la rente d'orphelin de la fille s'éteint par son mariage doit être tranchée — ainsi que cela a été exposé — selon le droit AVS; c'est pourquoi il est superflu de considérer la situation à la lumière du droit de famille et d'examiner à quel titre l'appelante peut prétendre, après son mariage, des prestations d'aide de la part de ses parents (cf. toutefois le commentaire Egger, N 3 et 5 ad art. 272 CCS; N 26 et 29 ad art. 328 CCS; Commentaire Lemp, N. 15 ad art. 160 CCS).

C'est donc avec raison que l'administration et l'autorité de première instance ont nié le droit de l'appelante à une rente d'orphelin à partir de son mariage. Reste indécisé, cependant, la question de savoir si un fils âgé de moins de 25 ans, qui fait des études ou un apprentissage et dont le père est décédé, continue à avoir droit à une rente d'orphelin après son mariage.

Arrêt du TFA, du 30 décembre 1964, en la cause A. D.

Article 47, 1^{er} alinéa, LAVS. Le fait que la caisse a commis une erreur en continuant à verser une rente d'orphelin au-delà de son terme ne dégageait nullement la mère de l'enfant de son obligation de se renseigner; en se retranchant dans un mutisme total, l'intéressée a commis pour le moins une négligence qui exclut sa bonne foi au sens de la loi. (Considérant 2.)

Article 20, 2^e alinéa, LAVS. Les limites du pouvoir d'appréciation des caisses de compensation quant à la mesure dans laquelle des rentes échues peuvent être compensées avec des rentes en cours ne sont outrepassées que si la compensation ordonnée est de nature à mettre en péril les moyens d'existence du débiteur, compte tenu d'éventuelles obligations légales d'assistance de tiers envers le débiteur. (Considérant 3.)

Articolo 47, capoverso 1, LAVS. Il fatto che la cassa ha commesso un errore continuando a versare una rendita per orfani oltre al suo termine, non disimpegna per niente la madre del bambino dall'obbligo d'informarsi; chiudendosi nel più rigido mutismo, l'interessata ha per lo meno commesso una negligenza che esclude la sua buona fede ai sensi della legge. (Considerando 2.)

Articolo 20, capoverso 2, LAVS. I limiti del potere discrezionale delle casse di compensazione in merito alla misura in cui le rendite scadute possono essere compensate con rendite in corso, sono superati soltanto se la compensazione ordinata è tale da compromettere l'esistenza economica del debitore, tenuto conto di eventuali obblighi legali d'assistenza da parte di terzi verso il debitore. (Considerando 3.)

A. D., veuve depuis 1945 et mère de trois enfants nés en 1937, 1939 et 1941, touche une rente de veuve de l'assurance-vieillesse et survivants; elle a bénéficié en outre de rentes d'orphelins pour ses enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. Sa fille G., cadette de la famille, ayant accompli sa 18^e année le 9 septembre 1959, le droit à cette dernière rente d'orphelin s'éteignit à la fin de ce mois. Toutefois, l'Ecole d'infirmières attesta le 22 novembre 1960 que G. D. en suivait les cours « du 3 novembre 1960 au 30 octobre 1963 ». La caisse de compensation informa donc A. D. par lettre du 28 novembre 1960, que le droit à la rente d'orphelin serait maintenu « du 1^{er} décembre 1960 au 30 septembre 1961 (20 ans) ». Elle rendit le 16 décembre 1960 une décision qui en fixait le montant à 260 francs par an, soit 21 fr. 70 par mois, et portait la mention : « G. reprend droit à la rente du fait de ses études. »

Le 1^{er} juillet 1961, la caisse communiqua à l'intéressée que, par suite de la revision légale, sa rente était portée dès cette date à 108 francs par mois. Ce montant, qui englobait la rente de veuve (par 72 francs) et la rente d'orphelin (par 36 francs), continua par erreur de la caisse à être servi au-delà du terme d'extinction de la rente d'orphelin, sans que la destinataire réagît.

La caisse s'étant aperçue enfin de son erreur, elle exigea d'A. D., par décision du 30 janvier 1964, restitution de la rente d'orphelin versée à tort pour la période du 1^{er} octobre 1961 au 31 janvier 1964, soit 1008 francs au total. Par décision du 27 février 1964, elle refusa d'admettre la bonne foi de l'intéressée et rejeta par conséquent la demande présentée de remise de l'obligation de restituer cette somme perçue sans droit. Elle précisa ultérieurement, dans une lettre du 13 juillet 1964, les modalités du remboursement, par compensation, avec la rente de veuve en cours. L'assurée recourut contre cette décision en demandant principalement l'abandon de toute restitution et

subsidiairement de pouvoir amortir la créance par des retenues de 30 francs par mois sur la rente de veuve en cours. Le tribunal cantonal rejeta le recours. L'appel interjeté par l'assurée fut écarté par le TFA pour les motifs suivants :

1. ...

2. L'appelante ne conteste pas devoir restitution d'un montant de 1008 francs touché à tort. Sa fille G., en effet, n'avait de toute évidence plus droit à la rente d'orphelin pour la période en cause. D'autre part, alors même que le droit à la rente d'orphelin appartient à l'enfant (art. 25 LAVS) et que la mère n'en fût plus représentante légale dès la majorité, la restitution incombe bien à l'appelante, qui a touché le versement indû. Seule est litigieuse la question de la remise de l'obligation de restituer ce montant.

Aux termes des articles 47 LAVS et 79 RAVS, la remise de l'obligation de restituer des rentes perçues à tort est subordonnée à deux conditions: l'intéressé doit avoir reçu les rentes de bonne foi, et la restitution du montant indû doit représenter pour lui une charge trop lourde. La bonne foi exige le défaut non seulement d'intention dolosive, mais encore de négligence. Selon un principe général du droit, expressément confirmé par la jurisprudence en matière d'assurance-vieillesse et survivants, ne peut ainsi invoquer sa bonne foi celui qui aurait pu et dû savoir, s'il avait fait preuve de l'attention que les circonstances permettaient d'exiger de lui, que la rente versée l'était à tort.

Dans l'espèce, l'appelante a continué à percevoir une rente d'orphelin durant 28 mois après que sa fille fût devenue majeure, alors que la caisse l'avait dûment informée, par lettre du 28 novembre 1960, que cette rente serait maintenue jusqu'à l'âge de 20 ans, soit jusqu'au 30 septembre 1961. Tout au long de cette période (et même après que sa fille eut terminé ses études, en automne 1963), elle n'a à aucun moment averti la caisse ni fait la moindre démarche pour s'assurer de la régularité du paiement. Or, elle ne pouvait ignorer que le montant versé depuis le 1^{er} juillet 1961 englobait — comme cela avait été le cas jusqu'alors — tant sa rente de veuve que la rente d'orphelin; on ne saurait douter qu'elle eût réagi si la rente d'orphelin, dont l'octroi lui avait été garanti jusqu'à fin septembre 1961, avait cessé d'être payée avant cette date. Elle devait ensuite s'étonner que le montant mensuel des versements restât identique postérieurement au mois de septembre 1961, ce qui était manifestement impossible — même aux yeux du moins averti — après extinction de la rente d'orphelin. Certes, la continuation du versement de la rente d'orphelin au-delà de son terme est due à une erreur de la caisse, qui ne peut être minimisée; mais cette erreur ne dégageait aucunement l'intéressée de ses obligations. Certes aussi, les décisions successives pouvaient être propres à susciter quelque incertitude; mais en un tel cas, l'assurée ne peut simplement laisser aller les choses et a l'obligation de se renseigner. En se retranchant dans un mutisme total, l'appelante a par conséquent commis pour le moins une négligence qui exclut sa bonne foi au sens de la loi. Aucun élément quelconque du dossier ne permet à la Cour de céans une conclusion différente de celle des premiers juges.

La première des conditions mises par la loi à la remise de l'obligation de restituer le montant touché sans droit faisant ainsi défaut, l'appel doit être rejeté, sans qu'il soit besoin d'examiner si la seconde de ces conditions, soit celle de la charge trop lourde, serait ou non remplie.

3. La caisse a communiqué à l'intéressée, par lettre du 13 juillet 1964, un plan de remboursement de la somme à restituer, sous réserve de l'issue du recours en matière de remise. Ce plan prévoit la compensation de la dette avec la rente de veuve, à raison du montant intégral de cette rente pour les mois de février à juillet 1964 et de 50 francs pour les mois suivants (la dette étant ainsi éteinte par compensation à fin mars 1965).

Tant en recours qu'en appel, le mandataire a conclu subsidiairement à un échelonnement du remboursement à raison de 30 francs par mois. Le juge cantonal, ignorant la lettre précitée, postérieure à la décision litigieuse, a déclaré qu'il ne lui incombait pas de régler le mode de remboursement et a renvoyé l'assurée à s'adresser à la caisse et à lui proposer au besoin un remboursement échelonné. A défaut de jugement cantonal, la Cour de céans ne peut davantage entrer en matière sur ce chef de conclusions. Mais l'assurée aurait encore la faculté d'interjeter recours contre le plan de compensation, la lettre du 13 juillet — si tant est qu'il s'agit d'une décision — n'indiquant pas les moyens de droit. Il sied toutefois de relever ce qui suit :

L'article 20, 2^e alinéa, LAVS, qui prévoit la compensation des rentes à restituer avec les rentes échues, ne règle pas les modalités de la compensation et ne subordonne cette dernière à aucune condition particulière, mais il laisse aux caisses le pouvoir d'apprécier si la compensation doit être opérée et la mesure dans laquelle elle doit l'être. En cas de contestation, les autorités judiciaires ne doivent dès lors intervenir que si la caisse a outrepassé les limites de son pouvoir d'appréciation. Or ces limites ne peuvent être outrepassées que si la compensation ordonnée serait de nature à mettre en péril les moyens d'existence du débiteur, compte tenu — ce qu'il faudrait prendre en considération dans l'espèce — des obligations légales d'assistance des enfants envers leur mère.

Assurance-invalidité

CONDITIONS D'ASSURANCE DONNANT DROIT AUX PRESTATIONS

Arrêt du TFA, du 8 janvier 1965, en la cause G. R.

Articles 36, 1^{er} alinéa, et 39, 1^{er} alinéa, LAI. Une Suisse à l'étranger, invalide pour plus de la moitié, qui a adhéré avec son mari à l'assurance facultative déjà avant la réalisation de l'événement assuré, sans avoir toutefois exercé jusqu'alors une activité lucrative et payé des cotisations, ne peut, à défaut de la durée minimale de cotisations, prétendre une rente ordinaire de l'AI; elle ne peut non plus, faute d'avoir son domicile en Suisse, prétendre une rente extraordinaire.

Articoli 36, capoverso 1, e 39, capoverso 1, LAI. Una Svizzera all'estero, invalida per più della metà, che ha aderito con il marito all'assicurazione facoltativa già prima dell'avverarsi dell'evento assicurato, senza aver tuttavia esercitato fino allora un'attività lucrativa e pagato contributi, non può, in mancanza della durata minima di contribuzione, pretendere una rendita ordinaria dell'AI; essa non può neppure, non essendo domiciliata in Svizzera, beneficiare di una rendita straordinaria AI.

L'assurée, née en 1917, de nationalité suisse, mais domiciliée en Allemagne depuis 1941, adhéra avec son mari le 1^{er} janvier 1960 à l'assurance facultative pour les Suisses à l'étranger. En sa qualité d'épouse d'un agriculteur, elle n'a pas versé de cotisations depuis son adhésion. En avril 1962, elle déposa une demande de prestations AI. Dans son rapport à l'intention de la commission AI, le médecin exposa que l'état de la

patiente, atteinte de sclérose en plaques, allait s'aggravant, et que depuis 1961, elle ne pouvait plus vaquer aux travaux ménagers que dans une mesure très réduite. Par décision du 17 juillet 1964, la caisse de compensation refusa de lui octroyer des prestations de l'AI. Sur recours de l'assurée, l'autorité de première instance confirma la décision négative de la caisse. L'assurée interjeta appel contre ce jugement en demandant qu'une rente d'invalidité lui soit versée.

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

...

La demande de l'appelante tendant à l'octroi d'une rente ordinaire d'invalidité se heurte en tout cas à l'article 36, 1^{er} alinéa, LAI, selon lequel le droit aux rentes ordinaires revient aux assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent une année entière au moins de cotisations. L'appelante, qui a adhéré à l'assurance facultative en 1960, n'a jamais payé de cotisations et n'est pas soumise à cette obligation, attendu que, selon ses dires, elle n'a jamais touché un salaire en espèces dans l'entreprise de son mari, ni exercé une autre activité lucrative. Les cotisations versées par son mari ne sauraient lui donner droit à une rente d'invalidité. Le fait que les années, pendant lesquelles la femme mariée n'a pas payé de cotisations, doivent être comptées comme années de cotisations ne peut d'aucune manière modifier quoi que ce soit à l'affaire. En effet, de telles années de cotisations ne peuvent influencer le droit à la rente que si l'épouse a payé des cotisations durant une année au moins, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Au surplus, les années de mariage ne peuvent être comptées comme années de cotisations qu'à partir du 1^{er} janvier 1960 (date de l'adhésion à l'assurance facultative) du fait qu'auparavant, l'appelante n'avait pas qualité d'assurée. Enfin, la loi n'autorise pas l'appelante, en tant que ressortissante suisse à l'étranger, à toucher une rente extraordinaire d'invalidité indépendamment du versement de cotisations.

...

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 19 décembre 1964, en la cause E. M.

Article 12, 1^{er} alinéa, LAI. Lorsqu'après un accident, le traitement primaire d'une blessure est suivi d'une suture secondaire du nerf, celle-ci est la continuation du traitement entrepris et elle sert ainsi à faire disparaître les conséquences directes de l'accident; les deux étapes du traitement forment un tout, non seulement du point de vue médical, mais aussi du point de vue du droit AI.

Articolo 12, capoverso 1, LAI. Se, in seguito ad infortunio, il primo trattamento di una ferita è seguito più tardi da una neurorrafia secondaria, questa è da considerarsi come continuazione della terapia iniziata e serve ancora all'eliminazione delle conseguenze dirette dell'infortunio; queste due fasi del trattamento formano un tutto non solo dal punto di vista terapeutico, ma anche nel diritto dell'AI.

L'enfant, née en 1962, s'est gravement blessée à la main droite le 16 mars 1964; le 1^{er} juin de la même année, une demande en son nom a été adressée à l'AI. Le médecin

a suturé la plaie dans un hôpital pour enfants, ce qui a été notifié à la caisse-maladie de la fillette. Deux mois plus tard, un spécialiste en chirurgie a « traité les lésions qui subsistaient depuis l'accident ».

La commission AI lui ayant demandé un rapport, le spécialiste certifia ce qui suit:

« Le 16 mars 1964, l'assurée s'est blessée à l'avant-bras droit avec un éclat de verre et on a soigné la plaie dans un hôpital pour enfants. Une fois la plaie guérie, des symptômes de paralysie du nerf cubital sont apparus. Le chirurgien a constaté, le 1^{er} mai, l'existence d'une main en griffe typique et, le 19 mai, il a fait une opération qui a révélé une stricture cicatricielle du nerf cubital au poignet, accompagnée d'une section de son rameau profond sur la face palmaire de la main, ainsi que d'une lésion du nerf médian. Il a effectué une neurolyse des deux nerfs atteints et a suturé le rameau profond. La patiente a été hospitalisée du 18 au 22 mai. »

Sur la base du prononcé de la commission AI, la caisse de compensation décida le 8 août 1964 de ne pas examiner la demande de mesures médicales, déposée trop tard auprès de l'AI (art. 78, 2^e al., RAI). Le père de la fillette recourut et présenta le certificat suivant du médecin, daté du 13 août :

« La paralysie combinée du nerf médian et du nerf cubital de la main est une de celles qui jouent le rôle le plus décisif quant aux possibilités d'utilisation de la main... Lorsqu'une main en griffe est anatomiquement fixée, d'autres opérations de remise en état sont nécessaires, mais elles ne permettent jamais à la main de se mouvoir normalement. Dans le cas particulier, il existait déjà une main en griffe, qui n'était cependant pas encore anatomiquement fixée. L'intervention chirurgicale était donc urgente, en ce sens que l'opération ne devait pas forcément être faite dans un délai de quelques jours, mais du moins dans un délai de quelques semaines. »

La commission AI proposa de rejeter le recours. L'opération du mois de mai n'aurait pas été à la charge de l'AI même si l'accident de l'enfant avait été annoncé à temps; en effet, cette opération n'est pas une mesure de réadaptation, mais bien le traitement d'une affection comme telle.

Par jugement du 12 septembre 1964, le président du Tribunal cantonal admit le recours et mit à la charge de l'AI « les frais du traitement complémentaire à partir du 18 mai 1964 ». Il est dit dans les considérants que l'intervention chirurgicale du 19 mai a servi à empêcher la paralysie et à guérir la main en griffe, et qu'elle représente une mesure de réadaptation au sens de l'article 12 LAI.

L'OFAS a interjeté appel dans les délais légaux en proposant que la demande concernant les mesures médicales soit rejetée. Comme l'inclusion de la partie distale du nerf cubital dans la cicatrice et la section de son rameau profond sont les suites directes de l'accident, la suture secondaire du nerf fait encore partie du traitement de l'affection comme telle. Dans sa lettre du 14 novembre, le médecin déclare que cet appel n'est pas fondé. Grâce à son intervention, la main blessée pourra, selon toute vraisemblance, être de nouveau utilisée normalement. Une suture secondaire du nerf n'est plus assimilable au traitement de l'affection comme telle lorsque — comme en l'espèce — il existe déjà au moment de l'opération une main en griffe provenant d'une paralysie du nerf cubital. La suppression d'un tel état stable est une mesure de réadaptation, indépendamment du fait qu'une suture secondaire du nerf ait été possible et couronnée de succès ou non. La paralysie du nerf cubital qui existait chez l'enfant n'a pas été décelée lors du traitement de la blessure entrepris en mars.

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

1. A l'origine, la commission cantonale AI avait estimé que la demande du 1^{er} juin 1964 était arrivée trop tard, selon l'article 78, 2^e alinéa, RAI; c'est pourquoi elle l'avait

écartée (prononcé du 30 juillet). Le 2 septembre, la commission a proposé le rejet du recours du 17 août, en alléguant que l'intervention du 19 mai n'était pas une mesure de réadaptation (art. 12 LAI). C'est avec raison que l'autorité de première instance s'est occupée du recours après ce nouvel avis de l'administration dans une affaire pendante.

2. Si une affection n'est pas congénitale, mais a été provoquée par une maladie ou un accident, l'AI doit accorder des mesures médicales uniques ou répétées dans une période limitée, au cas où ces mesures sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain — actuelle ou future — de l'assuré ou à la préserver d'une diminution notable. Ainsi, l'article 2, 1^{er} alinéa, RAI, en relation avec l'article 12 LAI, fait une distinction entre les mesures médicales de réadaptation et le traitement médical d'une affection comme telle, qui concerne l'assurance-maladie. Le traitement médical est une notion générale, tandis que les mesures médicales de réadaptation sont une notion beaucoup plus étroite du droit de l'AI. C'est uniquement en cas d'infirmité congénitale, et dans des conditions bien déterminées, que toutes les mesures médicales paraissant indiquées sont mises à la charge de l'AI, quelle que soit leur durée, jusqu'à la majorité de l'enfant (art. 13 LAI en relation avec l'art. 1^{er}, 3^e al., OIC).

Pour effectuer une distinction claire entre le traitement d'une affection comme telle et les mesures médicales de réadaptation, il faut d'abord écarter les maladies *en évolution*, parce que, dans ce cas-là, les soins médicaux consistent avant tout en un traitement de l'affection comme telle (ATFA 1963, p. 43 et 59). Si, au contraire, la maladie a produit des séquelles plus ou moins *stables*, les mesures médicales deviennent des mesures de réadaptation lorsqu'elles visent, de façon prédominante, le but de réadaptation tel qu'il est décrit dans la loi.

3. Lorsque, comme en l'espèce, une profonde entaille à la main a touché des nerfs et que l'on procède à une suture secondaire du nerf après un traitement primaire de la plaie, cette suture est la continuation du traitement et elle sert ainsi à faire disparaître les conséquences directes de l'accident; les deux étapes du traitement forment un tout, non seulement du point de vue médical, mais aussi du point de vue du droit AI (le TFA se réfère à son arrêt non publié du 21 juillet 1964 en la cause S. Z.).

Dans le cas particulier, les mesures appliquées en mars et mai 1964 forment juridiquement un tout pour le traitement de l'affection comme telle. Le fait qu'une main en griffe existait déjà le 1^{er} mai ne change rien à l'affaire. Comme le médecin l'a écrit le 13 août à l'autorité de première instance, la main en griffe n'était pas encore anatomiquement fixée en mai. Toutefois, et c'est là le fait important, l'existence de la main en griffe prouve que, lors du traitement de la plaie en mars, on ne s'est pas occupé des lésions des nerfs, quelle que soit la raison de cette omission. C'est pourquoi le médecin a fait la suture secondaire du nerf le 19 mai, opération par laquelle on a simplement entrepris après coup ce qui aurait dû être fait quoi qu'il en soit. Par conséquent, cette intervention doit être considérée avant tout comme la suite du traitement médical commencé en mars et non pas comme une mesure de réadaptation, bien que l'enfant ait été grâce à elle préservé d'une invalidité au sens de l'article 5, 2^e alinéa, LAI. Assurément, bien des séquelles, qui nécessitent plus tard des mesures — même médicales — sont imputables à un traitement incomplet ou qui a échoué. Cependant, du moment qu'il était encore possible, en l'espèce, d'appliquer des mesures médicales complémentaires grâce à une suture du nerf qui (comme nous l'avons dit) fait partie nécessairement du traitement des suites de l'accident, c'est le caractère de traitement qui est prédominant, d'autant plus qu'à une relation de fait vient s'ajouter une étroite relation dans le temps. Si l'on examine les diverses phases du traitement, on

constate que l'évolution du cas présent se distingue à peine de celle où des mesures de remplacement successives doivent être prises, parce que la première mesure — normalement couronnée de succès — n'a pas atteint son but.

Arrêt du TFA, du 30 décembre 1964, en la cause B. B.

Article 21, 1^{er} alinéa, LAI; articles 14, 1^{er} alinéa, lettre f, et 15, 1^{er} alinéa, RAI. Un écolier atteint de paralysie cérébrale a droit à une machine à écrire électrique aux frais de l'AI s'il ne peut, à cause de son infirmité, effectuer à l'école ses travaux écrits d'une manière suffisante sans ce moyen auxiliaire.

Articolo 21, capoverso 1, LAI; articoli 14, capoverso 1, lettera f, e 15, capoverso 1, OAI. Un allievo affetto da paralisi cerebrale ha diritto ad una macchina elettrica per scrivere a spese dell'AI, se non è in grado, a causa della sua infermità, di eseguire a scuola i suoi compiti scritti in modo sufficiente senza questo mezzo ausiliare.

L'assurée, née en 1950, souffre depuis sa naissance de la maladie de Little. Actuellement, elle est soignée dans un home où elle reçoit également une formation scolaire.

Après qu'elle eut bénéficié de différentes prestations AI (entre autres de mesures médicales), le home d'enfants demanda à la commission AI, par lettre du 18 janvier 1964, d'accorder une machine à écrire électrique à la jeune fille, pour les motifs suivants :

« La main droite est déformée par des crampes spastiques; nous faisons beaucoup d'exercices et la jeune fille a besoin de sa main pour les travaux manuels, les jeux; elle a appris à écrire avec la main gauche; elle fait d'excellents progrès, et ses parents peuvent le constater à chaque lettre hebdomadaire qu'elle leur écrit. La jeune fille est désireuse d'apprendre, elle est appliquée et pleine de bonne volonté, mais l'écriture demande trop de temps. Une machine à écrire électrique permettrait à l'enfant d'accomplir beaucoup plus vite les travaux écrits et, par conséquent, de tout apprendre plus rapidement. »

Par décision du 23 avril 1964, la caisse de compensation informa le père de l'assurée que la demande du 3 avril 1964 avait été rejetée par la commission AI, parce que le home en question n'était pas reconnu par l'OFAS comme école spéciale et qu'il ne s'agissait pas, dans le cas présent, de formation professionnelle initiale. Un recours fut déposé au nom de l'assurée contre cette décision, demandant qu'une machine à écrire électrique soit accordée à la jeune fille en tant que moyen auxiliaire. Le 14 septembre 1964, l'autorité de première instance rejeta le recours, en déclarant qu'il incombait à ce home de mettre des machines à écrire électriques à disposition des élèves.

Ce jugement a été porté devant le TFA, avec les mêmes revendications. La caisse de compensation admet que l'assurée a besoin d'une machine à écrire électrique, mais elle est d'avis que l'appel doit être rejeté tout de même, parce que la machine ne représente pas un moyen auxiliaire dans ce cas-là. Dans son préavis, l'OFAS défend un point de vue contraire; quant aux motifs, il en sera question dans les considérants.

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

1. a. 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 et qui figurent dans

une liste que dressera le Conseil fédéral. La liste du Conseil fédéral comprend, entre autres, des « moyens auxiliaires pour la vie quotidienne » et nomme à titre d'exemple des « appareils pour écrire et pour lire » (art. 14, 1^{er} al., lettre f, RAI). Ces moyens auxiliaires sont remis à titre de prêt ou donnés, lorsque l'assuré en a besoin « pour étudier » (art. 15, 1^{er} et 3^e al., RAI).

b. La pratique a jugé que les machines à écrire mécaniques et électriques pouvaient être des moyens auxiliaires au sens des articles 14, 1^{er} alinéa, lettre f, et 15, 1^{er} alinéa, RAI, dans la mesure où elles sont nécessaires pour réadapter l'invalidé à une activité lucrative. Ce but de réadaptation n'est cependant pas atteint lorsque, par exemple, la machine à écrire sert, en effet, de moyen pour étudier, mais qu'en revanche, elle n'a incontestablement aucun rapport avec le but de réadaptation ultérieur (ATFA 1961, p. 50, 1962, p. 69 = RCC 1961, p. 428, et 1962, p. 211).

2. L'OFAS motive comme suit sa proposition d'admettre l'appel: Les mineurs infirmes moteurs cérébraux, dont les mains sont déformées, ont très souvent besoin d'installations spéciales pour écrire — en général de machines à écrire électriques munies d'un cadre spécialement perforé — sans lesquelles ils ne pourraient pas écrire d'une façon efficace. Dans ces cas, il existe en principe un droit à un tel moyen auxiliaire, si l'école n'est pas en mesure de le mettre à disposition des élèves. Etant donné que le home en cause ne dispose pas de machines à écrire électriques, le droit à la remise de ce moyen auxiliaire doit être reconnu en l'espèce, d'autant plus que le home a été admis provisoirement dans la liste des écoles spéciales et a reçu, dans le cas présent, l'autorisation spéciale requise pour les élèves d'autres cantons.

On ne peut qu'approuver ces arguments. Aucune des parties ne conteste, avec raison, qu'une machine à écrire électrique est le seul appareil permettant à l'assurée de surmonter son handicap dû à l'invalidité et d'écrire d'une façon efficace. Cet appareil sert, en outre, à sa formation scolaire, au sens de l'article 15, 1^{er} alinéa, RAI. Selon les indications figurant dans le mémoire de recours, la jeune fille fréquentait la 5^e classe. A ce sujet, il faut relever que la jeune fille, qui n'est pas encore capable de marcher seule et qui n'exercera probablement jamais une profession manuelle, est douée pour les langues; aujourd'hui déjà, elle parle et écrit l'allemand et le français et elle commence l'étude de l'anglais. Il n'est pas nécessaire de préciser qu'une des conditions pour apprendre des langues étrangères et pour maintenir les connaissances acquises, c'est d'écrire beaucoup à une vitesse appropriée. Ainsi qu'il est souligné dans le message du Conseil fédéral sur l'introduction de l'AI (p. 51), « en donnant à temps des moyens auxiliaires aux enfants invalides, non seulement on leur permet de recevoir une instruction appropriée, mais encore on facilite l'adaptation fonctionnelle, ce qui peut souvent simplifier l'adaptation professionnelle future ». Le but de la réadaptation est ainsi atteint.

3. L'assurée peut donc prétendre la remise d'une machine à écrire électrique en tant que moyen auxiliaire. Il incombe à la commission AI de préciser ce droit et de désigner, en outre, le modèle approprié.

RENTES

Arrêt du TFA, du 22 décembre 1964, en la cause J.-L. B.

Article 4 LAI. L'invalidité provenant d'une tentative de suicide n'est pas exclue de l'AI. (Considérant 2.)

Article 7 LAI. Demeure indécise la question de savoir si une tentative de suicide constitue « une faute grave » justifiant une sanction. (Considérant 3.)

Articolo 4 LAI. L'invalidità derivante da un tentativo di suicidio non è esclusa dall'AI. (Considerando 2.)

Articolo 7 LAI. Permane irresoluta la questione di stabilire se un tentativo di suicidio costituisca « una negligenza grave » che richiede una sanzione. (Considerando 3.)

L'assuré, né en 1923, a été blessé grièvement à la tête le 15 février 1962 d'un coup de feu tiré par lui-même. Après trépanation et malgré les suites opératoires compliquées, l'état de santé n'a cessé de s'améliorer ; toutefois, l'assuré, demeuré très diminué, est incapable de tout travail rémunéré et a besoin encore d'un traitement. Saisie d'une demande de prestations AI en juillet 1963, la commission AI a admis une invalidité totale et permanente dès le jour de la tentative de suicide. L'assuré fut mis ainsi au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 1963 (mois dans lequel il avait présenté sa demande).

La commission de recours a rejeté le recours tendant à l'octroi de la rente dès le mois où la cause de l'invalidité s'était produite.

Sur préavis de l'OFAS, le TFA a admis partiellement l'appel interjeté par l'assuré contre le jugement cantonal, et lui a reconnu le droit à une rente dès le 1^{er} février 1963. En voici les motifs :

1. Le litige porte sur le point de départ de la rente d'invalidité, fixé par la caisse au 1^{er} juillet 1963 et dont l'appelant demande le report à une date antérieure.

Les organes de l'assurance ont admis que l'assuré présentait dès le 15 février 1962 une invalidité permanente. Si cet avis est tenu pour exact, la solution adoptée quant au départ de la rente est entièrement conforme aux dispositions légales et ne peut être que confirmée...

Cependant, l'OFAS estime qu'il était prématuré d'admettre une invalidité permanente dès le 15 février 1962. Dans son rapport du 8 août 1963, en effet, un médecin constatait une large récupération et envisageait la possibilité d'une rééducation du patient dans son ancienne profession. Des mesures de réadaptation ont d'ailleurs été entreprises dans des centres français. Si même des complications survenues en 1964 semblent avoir remis en question la récupération future d'une véritable capacité de travail, il n'en demeure pas moins qu'à la date du prononcé administratif, l'état n'était pas stabilisé au point que l'invalidité dût être présumée permanente. Faisant sien l'avis de l'OFAS, la Cour de céans estime que l'on se trouvait bien plutôt en présence d'une invalidité de longue durée au sens de l'article 4 LAI.

Or, selon l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, le droit à la rente prend naissance, dans cette deuxième variante prévue par le texte légal, dès que l'assuré « a été totalement incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs et subit encore une incapacité de gain de la moitié au moins ». Dans l'espèce, nul ne conteste l'exis-

tence d'une incapacité totale de travail dès le 15 février 1962 et durant plus d'une année; à l'échéance du délai de 360 jours, l'assuré subissait en outre de toute évidence une incapacité de gain de plus des deux tiers. Il en découle que le droit à la rente entière simple d'invalidité a pris naissance le 1^{er} février 1963 seulement; la demande de prestations, parvenue aux organes de l'assurance en juillet de la même année, n'est donc pas tardive au sens de l'article 48, 2^e alinéa, LAI, de sorte que la rente peut par conséquent être allouée dès sa naissance...

2. En matière d'assurance obligatoire en cas d'accidents, le suicide et la tentative de suicide ne peuvent ouvrir droit à des prestations qu'à certaines conditions: il faut soit que le suicide ou sa tentative réponde à la notion donnée de l'accident et notamment à son caractère involontaire, hypothèse qui présuppose l'irresponsabilité totale de l'assuré lors de la commission de l'acte (voir p. ex. ATFA 1963, p. 16), soit qu'il ait pour cause adéquate un accident ou une maladie professionnelle assurés (voir p. ex. ATFA 1962, p. 93). La situation de droit est analogue en matière d'assurance militaire, où l'élément causal est représenté par les influences subies durant le service militaire ou l'atteinte à la santé qui en est résultée.

L'OFAS se demande si les principes ainsi posés dans ces deux branches d'assurance devraient être étendus, par analogie, à l'AI. Les conditions d'une telle analogie ne sont nullement remplies. Tandis que l'assurance-accidents et l'assurance militaire ne répondent que d'événements déterminés, dont elles doivent alors assumer les suites, l'AI couvre l'invalidité en tant que telle. L'élément causal de l'origine de cette invalidité n'est pas déterminant, et l'énumération des causes de l'invalidité à l'article 4 LAI n'y a pas ni ne peut y avoir la portée strictement limitative que ces causes ont dans les autres branches susmentionnées, où elles sont le fondement même de l'assurance. La notion d'accident au sens de l'article 4 LAI, en particulier, n'exige pas qu'il soit satisfait à la définition donnée en matière d'assurance-accidents, et rien ne pourrait motiver dans l'AI l'exclusion d'une atteinte à la santé physique ou mentale découlant d'un suicide manqué. — Cette solution rejoint par ailleurs l'opinion exprimée dans les travaux législatifs préparatoires (voir message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958, FF 1958 II, 1185).

3. Ceci admis, l'OFAS soulève le problème de l'application, au suicide manqué, des sanctions prévues à l'article 7 LAI. Cette disposition prévoit, à son premier alinéa, que « les prestations en espèces peuvent être refusées, réduites ou retirées, temporairement ou définitivement, à l'assuré qui a intentionnellement ou par faute grave, ou en commettant un crime ou un délit, causé ou aggravé son invalidité » (de même qu'aux art. 98, 3^e al., LAMA et 7, 1^{er} al., LAM, la notion de faute grave est rendue en allemand par « grobfahrlässig », soit par négligence grave).

L'OFAS tire des travaux législatifs préparatoires le principe que les sanctions de l'article 7 LAI ne sont pas applicables en cas de suicide manqué. Force est cependant de constater une contradiction entre ces travaux et la logique interne de la loi. La Commission fédérale d'experts pour l'introduction de l'AI n'entendait refuser ou réduire les prestations — outre les cas d'invalidité survenue lors de la commission d'un crime ou d'un délit — que si l'invalidité ou son aggravation était volontaire ou due à une négligence grave « constituant un acte punissable » (rapport du 30 novembre 1956, p. 46 ss. et p. 214, ch. 10), ce qui excluait en effet toute sanction en cas de suicide manqué. Toutefois, le législateur a supprimé cette restriction de la négligence grave aux seuls actes punissables. En déclarant qu'aucune sanction ne doit frapper l'assuré qui a causé son invalidité par une tentative

de suicide, « car son intention n'était pas de se mutiler pour obtenir une prestation de l'assurance », le message du Conseil fédéral du 28 octobre 1958 (FF 1958 II, 1888) n'aborde la question que sous l'angle de l'invalidité volontaire; il oublie apparemment le motif légal de sanction pour négligence grave. Or, si la notion de négligence grave englobe p. ex. l'alcoolisme ou le fait de se soustraire à un traitement (voir ATFA 1962, p. 101 et 303 = RCC 1962, p. 404, et 1963, p. 225), on ne saurait en exclure d'emblée le suicide et sa tentative.

La Cour de céans n'a toutefois aucun motif impérieux de trancher définitivement, dans la présente procédure, si et à quelles conditions un suicide manqué, causant ou aggravant une invalidité, devrait être qualifié de négligence grave et entraîner une sanction selon l'article 7 LAI. Outre que la question est soulevée à titre incidentiel seulement, les circonstances de l'espèce ne sont pas plus amplement connues et ne permettent pas d'affirmer qu'une négligence grave devrait être retenue à la charge de l'assuré, cela d'autant moins que les pièces figurant au dossier révèlent certaines atteintes préexistantes à la santé.

Arrêt du TFA, du 14 décembre 1964, en la cause E. K.

Article 4 LAI. Un assuré de 59 ans, dont le manque de discernement et l'inaptitude à exploiter convenablement un domaine doivent être attribués moins à ses particularités caractérielles qu'à une psychose appartenant au groupe des schizophrénies, c'est-à-dire à une véritable maladie mentale, est invalide au sens de la LAI.

Article 48, 2^e alinéa, LAI. Si une demande de rente a été rejetée, et que ce refus a passé en force, l'inscription par laquelle la rente a été requise perd son effet. Un droit ultérieur à la rente ne peut être sauvegardé que par une nouvelle demande.

Articolo 4 LAI. Un assicurato 59enne, la cui mancanza di discernimento e l'inettitudine a gestire convenientemente un'azienda agricola sono da attribuirsi meno alle sue particolarità di carattere che ad una psicosi appartenente al gruppo delle schizofrenie, vale a dire, ad una malattia mentale vera e propria, è invalido ai sensi della LAI.

Articolo 48, capoverso 2, LAI. Se una domanda di rendita è stata rifiutata ed il rifiuto è passato in giudicato, la richiesta con cui la rendita è stata fatta valere non ha effetto. Un ulteriore diritto alla rendita può essere tutelato soltanto mediante una nuova domanda.

L'assuré, né en 1905, célibataire, est agriculteur. Il a été mis sous tutelle en 1950, en vertu de l'article 369 CCS. Son tuteur a déposé une demande de prestations AI, en mars 1960, pour cause d'aliénation mentale. Il demandait le versement d'une rente. La commission AI repoussa cette demande en janvier 1961 en faisant valoir que l'assuré travaillait comme agriculteur indépendant, qu'il réalisait un gain convenable et qu'il n'était pas atteint d'une invalidité de 40 pour cent au moins. La décision rendue le 9 février 1961 par la caisse de compensation n'a pas été attaquée et est entrée en force.

En novembre 1963, le nouveau tuteur revint à la charge auprès de l'AI « vu la situation actuelle, maintenant tirée au clair », et il demanda le versement d'une rente. Il fit valoir qu'après le décès de la mère de l'assuré, survenu en automne 1959, les

cohéritiers avaient, non sans hésitations, laissé le domaine agricole à l'assuré, pour qu'il l'exploite durant une période d'essai. E. K. s'était catégoriquement refusé à quitter la ferme. Il avait dû reprendre le bétail pour la somme de 8170 francs, mais la valeur de celui-ci avait baissé entre-temps à 6900 francs. Il s'était en effet révélé entre-temps que l'assuré n'était pas en mesure d'exploiter convenablement le domaine et qu'il le laissait tomber dans un état pitoyable. C'est pourquoi lui, le tuteur, avait proposé à l'autorité tutélaire de ne laisser à l'assuré qu'une petite partie du domaine à exploiter et de réduire le cheptel à une vache et à deux ou trois bœufs. Dans son rapport de décembre 1963, le médecin déclare qu'il a trouvé la ferme en mauvais état, mais qu'il n'y a rien qui entrave la capacité de travail physique de l'assuré.

La commission AI refusa d'examiner la demande en janvier 1964, en déclarant qu'il n'y avait « pas de faits nouveaux justifiant l'octroi d'une rente ». Le 28 janvier 1964, la caisse de compensation notifia sa décision, par laquelle l'octroi d'une rente était refusé. L'autorité de première instance rejeta le recours présenté contre cette décision, en déclarant que des symptômes médicaux d'une véritable aliénation mentale faisaient défaut. Le fait que l'assuré exploitait mal le domaine et qu'il n'en retirait qu'un gain infime devait être attribué avant tout à la paresse de l'intéressé. Même si l'existence d'une invalidité devait être admise, on ne pourrait verser une rente qu'après exécution de mesures de réadaptation.

L'appel interjeté contre ce jugement fut admis par le TFA pour les motifs suivants :

1. L'invalidité, au sens de la LAI, 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 (art. 4 LAI). Cependant, ce n'est pas l'atteinte à la santé comme telle qui est assurée, ce sont les répercussions économiques de cette atteinte, c'est-à-dire l'incapacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, à condition que son degré atteigne le minimum légal. A cet effet, il faut examiner si et dans quelle mesure l'assuré subirait une perte du revenu du travail, en raison de son état de santé et compte tenu de ses capacités résiduelles, ainsi que d'une situation équilibrée du marché du travail, par rapport au revenu qu'il pourrait vraisemblablement obtenir s'il n'était pas invalide. A ce sujet, il est déterminant de savoir quelle est l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de l'assuré. La perte de gain effective et l'incapacité de gain peuvent concorder, ce qui est en général le cas lorsqu'on peut admettre que l'assuré est réadapté à la vie active de façon suffisamment stable.

2. En l'espèce, il faut se demander tout d'abord si l'appelant doit être considéré comme invalide au sens de l'article 4 LAI. Dans une expertise faite par le médecin du district, le 17 janvier 1948 déjà, et jointe au dossier au cours de la procédure d'appel, il est relevé que l'assuré est « sans aucun doute d'une intelligence au-dessous de la moyenne » ; en outre, il souffre d'une maladie mentale qui se manifeste occasionnellement par des états confusionnels l'empêchant d'avoir des notions claires des choses et par de véritables hallucinations. Environ dix ans plus tôt déjà, il avait dû s'occuper de lui à cause d'un état confusionnel aigu. Il se fait remarquer, par exemple, en s'attendant lui-même à la charrue après avoir attaché les bêtes de trait à un arbre. Fréquemment, il se met à proférer des paroles dépourvues de sens. En novembre 1960, le même médecin fit savoir à la commission AI que l'assuré était atteint d'une psychose (encore à l'état latent) appartenant au groupe des schizophrénies. Le rapport médical du 24 septembre 1964 confirme que l'état de l'assuré n'a pas changé depuis 1948. Celui-ci, poussé par un manque de discernement maladif total, ne tient aucun compte des bons

conseils qui lui sont prodigués. Il exécute à contretemps les travaux qui lui incombent. Vu sa maladie mentale, il n'est pas capable de réaliser un gain du travail appréciable.

Compte tenu de ces rapports, on peut admettre que l'inaptitude de l'assuré à exploiter convenablement son domaine doit être attribuée moins à des particularités de caractère qu'à une véritable aliénation mentale. Une expertise psychiatrique de l'assuré semble d'autant plus superflue qu'elle déclencherait probablement chez cet homme étrange et sénile l'éclosion complète de la schizophrénie.

3. On ne peut raisonnablement attendre de l'assuré qu'il utilise sa capacité résiduelle dans le marché général du travail. D'autre part, il n'est pas possible d'envisager une meilleure réadaptation professionnelle. D'après le témoignage digne de confiance du médecin, seule une occupation comme valet de ferme entrerait en ligne de compte. Cependant, vu le manque de discernement maladif de l'appelant, une telle mesure ne pourrait être mise à exécution que par la contrainte. Or, selon le médecin, cela provoquerait une stupeur de caractère schizophrénique ayant pour conséquence une incapacité totale de travail. D'autre part, il semble que l'appelant est tout de même en mesure de tirer un modeste revenu du domaine qui lui a été remis. Pour le moment donc, il n'y a pas lieu de l'interner. En déployant son activité actuelle, qui s'étend selon toute apparence à l'exploitation d'un domaine de quelque 450 ares (contre 750 ares précédemment) et qui a été admise par l'autorité tutélaire, et vraisemblablement aussi par sa parenté, l'assuré, âgé maintenant de 59 ans et plein de bonne volonté, utilise dans la mesure du possible la capacité de travail qui lui reste. Dans ces conditions, il doit être considéré comme réadapté.

Dès lors, pour juger si l'invalidité de l'appelant atteint un degré suffisant pour justifier l'octroi d'une rente, il faut comparer son revenu actuel à celui qu'il obtiendrait s'il n'était pas atteint d'une maladie mentale. Le tuteur de l'appelant fait valoir que la valeur initiale du bétail, qui était de 8200 francs à fin 1960, a, par suite d'une mauvaise gestion, baissé à 3100 francs en trois ans. On n'a pu faire ni réserves ni acquisitions. Le revenu annuel atteint, selon le tuteur, 2600 francs, y compris la nourriture et le logement. S'il n'était pas invalide, l'appelant travaillerait vraisemblablement comme manoeuvre et gagnerait environ 8400 francs par an. Ainsi, le degré d'invalidité dépasse 50 pour cent.

Si l'on s'en tient à ces indications, qui sont confirmées en substance par le rapport médical du 24 septembre 1964, on peut admettre comme certain que l'appelant, du fait de sa maladie mentale, n'a pas été en mesure de réaliser les espoirs placés en lui par l'autorité tutélaire et même par sa parenté, lorsque le domaine entier lui a été remis aux fins d'exploitation après la mort de sa mère. Il semble que, depuis la décision du 9 février 1961, les mauvaises répercussions économiques de la maladie ont pris une telle ampleur qu'il en est vraisemblablement résulté entre-temps une incapacité permanente de gain permettant l'octroi d'une rente. Cependant, les pièces versées au dossier ne permettent pas d'établir exactement quand l'invalidité est survenue et d'en évaluer le degré. Il appartient donc à la commission AI de déterminer à quel moment le droit éventuel à la rente a pris naissance (art. 29 LAI) et quel est le degré de l'invalidité. Il faudra à cet effet déterminer quant à sa durée et à son importance l'évolution économique décrite en instance de recours. Ce faisant, il faudra, en calculant le revenu réalisé, tenir compte de la dépréciation importante du domaine, conséquence de l'invalidité de l'assuré, et qui consiste en une diminution de la valeur du bétail, du terrain, des bâtiments et des outils.

On peut se demander, en l'espèce, si la première demande datant de mars 1960 déploie encore ses effets en ce qui concerne le droit à la rente. Il faut répondre par la

négative. En effet, si une demande de rente a été rejetée par une décision passée en force, l'inscription par laquelle la rente a été requise perd son effet quant au droit à la rente. Un droit ultérieur à la rente ne peut être sauvegardé que par une nouvelle demande, à moins que la première décision passée en force ne prévoie le contraire, par exemple en ordonnant l'application préalable de mesures de réadaptation. Cela signifie en l'espèce que la demande de rente déposée en mars 1960 est sans effet sur le droit actuel à la rente, puisque la demande en question a été liquidée par décision de refus de la caisse de compensation du 9 février 1961 et que ce refus a passé en force. Une nouvelle demande était donc nécessaire, et elle a été présentée en novembre 1963. Conformément à l'article 48, 2^e alinéa, LAI, la rente ne peut donc être versée qu'à partir du mois où cette deuxième demande a été présentée, à moins que la commission AI n'arrive à la conclusion que le droit à la rente n'a pas pris naissance plus de six mois avant le dépôt de la demande.

Arrêt du TFA, du 22 décembre 1964, en la cause M. B.

Articles 5 et 28, 2^e alinéa, LAI; 27 RAI. Un assuré ne peut, lors de l'évaluation de son invalidité, être traité en partie comme exerçant une activité lucrative, en partie comme n'en exerçant aucune. Il faut, au contraire, déterminer dans laquelle de ces catégories il doit être rangé.

Articoli 5 e 28, capoverso 2, LAI; articolo 27 OAI. Valutando l'invalidità, un assicurato non può essere considerato esercitante in parte un'attività lucrativa e in parte senza attività. Occorre, invece, determinare in quale di queste categorie egli deve essere qualificato.

L'assurée, née en 1919, mariée en 1952, demanda en novembre 1963 des prestations de l'AI. Elle déclara qu'elle était, depuis 1952, en traitement médical pour des douleurs dorsales; en outre, elle doit porter un corset orthopédique et se trouve handicapée dans l'accomplissement de ses travaux ménagers.

Dans son rapport du 9 janvier 1964 à la commission AI, le médecin diagnostiqua une hernie discale L4/L5 et déclara que l'assurée était atteinte d'une incapacité de travail de 50 pour cent. A la demande de la commission, une assistante sociale de Pro Infirmis procéda à une enquête plus approfondie du cas et conclut, dans un rapport daté du 17 février 1964 :

« Il y a trois ans environ, les conjoints B. ont repris une exploitation agricole, mais sans bétail. L'assurée, qui ne peut plus se baisser, parvient cependant à effectuer elle-même la plus grande partie des travaux qui lui incombent; sa capacité de travail comme ménagère n'est réduite que de 25 ou 30 pour cent au plus. Jusqu'en été 1963, elle a travaillé aux champs, à l'occasion, pour des paysans du voisinage, et gagné ainsi un peu d'argent; elle croit qu'elle ne peut plus accomplir ce travail-là à cause de ses douleurs dorsales. »

Par décision du 16 avril 1964, la caisse de compensation notifia à l'assurée que la remise d'un corset orthopédique lui était accordée; en revanche, elle devait refuser une rente AI, l'assurée n'ayant pas un degré d'invalidité de 50 pour cent.

Un recours formé contre ce refus de rente fut admis par l'autorité de recours, en ce sens que l'affaire fut renvoyée à la commission AI pour plus ample instruction et

nouveau prononcé. Ce jugement, rendu le 17 août 1964, repose notamment sur les arguments suivants :

Si l'on qualifie l'assurée de ménagère sans activité lucrative, on doit nier qu'elle souffre d'une invalidité donnant droit à une rente. Or, l'assurée a effectué à l'occasion, jusqu'en été 1963, des travaux agricoles chez des voisins, mais elle prétend qu'elle doit renoncer à cette activité. La commission AI aurait dû établir, par conséquent, si l'exercice d'une activité lucrative accessoire aurait pu être raisonnablement demandé à l'assurée non invalide et, si oui, quel revenu elle aurait obtenu de cette manière. Le degré d'invalidité pourrait éventuellement être déterminé en tenant compte de la perte subie par l'empêchement d'exercer cette activité accessoire, l'incapacité de travail comme ménagère devant alors être évaluée à 25-30 pour cent. Si le degré d'invalidité est de 40 pour cent, il y aurait lieu d'examiner si l'on est en présence d'un cas pénible.

L'assurée a porté ce jugement cantonal devant le TFA. Elle prétend que le jugement repose sur des faits inexacts, comme le montre un témoignage présenté par son ancien instituteur. Celui-ci déclarait notamment :

« L'assurée a travaillé, après son mariage conclu en 1952, et jusqu'en 1955, dans l'exploitation agricole appartenant à sa belle-mère. N'étant plus en mesure de poursuivre des travaux agricoles, elle alla s'établir dans un autre lieu, où son mari travailla comme manœuvre dans la construction jusqu'au moment où il tomba également malade. Ensuite, l'assurée travailla dans une tisseranderie, afin de compenser la perte de gain provoquée par la maladie du mari. Elle dut cependant quitter cet emploi pour raisons de santé; elle essaya en outre de gagner quelque argent avec des raccommodages, mais là aussi elle dut renoncer. Enfin, l'assurée s'installa avec son mari dans une maison qui appartient à une exploitation agricole. Le mari travaille depuis lors comme manœuvre charpentier, tandis que l'exploitation est dirigée par un beau-frère. »

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

1. Selon l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide pour la moitié au moins, dans les cas pénibles pour deux cinquièmes au moins. La même loi définit l'invalidité comme 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 (art. 4 LAI). L'assuré majeur qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteint dans sa santé et dont on ne saurait exiger qu'il exerce une telle activité est réputé invalide si l'atteinte à sa santé l'empêche d'accomplir ses travaux habituels (art. 5, 1^{er} al., LAI).

Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28, 2^e al., LAI). La loi charge le Conseil fédéral (art. 28, 3^e al.) d'édicter des prescriptions complémentaires sur l'évaluation de l'invalidité, notamment chez les assurés qui n'avaient pas d'activité lucrative au sens de l'article 5 LAI.

Là-dessus, le Conseil fédéral a ordonné (art. 27, 1^{er} al., RAI) que l'invalidité de tels assurés, notamment des ménagères et des membres de communautés religieuses, devait être évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir leurs travaux habituels. Par « travaux habituels de la ménagère », on entend son activité usuelle dans le ménage et, le cas échéant, dans l'entreprise de son mari, ainsi que l'éducation des enfants (art. 27, 2^e al.).

2. D'après ces dispositions légales, les bases sur lesquelles se fonde l'évaluation de l'invalidité sont tout à fait différentes selon qu'on a affaire à des personnes exerçant ou n'exerçant pas une activité lucrative; dans le premier cas, en effet, on considère l'incapacité de gain, et dans le second la diminution du rendement dans l'activité habituelle. Il n'est donc pas possible de considérer un assuré partiellement comme actif et partiellement comme non-actif lorsqu'on évalue son invalidité. Au contraire, il faut distinguer nettement ces deux catégories; dans chaque cas, les organes de l'AI détermineront si l'assuré qui demande une rente doit être considéré comme exerçant ou comme n'exerçant pas une activité lucrative. Ceci appert déjà du rapport de la commission d'experts pour l'introduction de l'AI, cité expressément dans le message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958 (p. 26). Pour savoir si un assuré, qui demande une rente alors qu'il n'a pas exercé d'activité lucrative avant d'être invalide, doit être traité comme actif ou comme non-actif pour l'évaluation de son invalidité, tout dépend de la question suivante: si la capacité de gain qui lui reste est d'une certaine importance, peut-on lui demander raisonnablement d'exercer une activité lucrative? L'effort que l'on est en droit de lui demander doit alors être apprécié en fonction des circonstances propres à l'assuré.

Dans le cas des ménagères et des membres de communautés religieuses, l'utilisation de la capacité de gain sur le marché du travail ne peut, en général, être exigée; les assurés appartenant à cette catégorie doivent donc, pour l'évaluation de l'invalidité, être traités comme des personnes sans activité lucrative. Cependant, si une ménagère a gagné par son propre travail, avant d'être invalide, la plus grande partie de ce qu'elle aurait pu gagner en exerçant à plein temps une activité du même genre, on peut la considérer en principe comme capable d'exercer une activité lucrative; la conséquence sera alors que son invalidité devra être évaluée d'après les critères applicables aux personnes actives. Il en va de même des femmes mariées qui n'exerçaient pas d'activité lucrative au moment de la survenance de l'événement assuré, mais qui auraient exercé depuis lors, à cause de leur situation sociale, une telle activité, si elles n'étaient pas devenues invalides (ATFA 1961, p. 166; RCC 1961, p. 338); car dans ce cas-là aussi, on peut raisonnablement demander que l'assuré entreprenne une activité lucrative. Une question qui reste à trancher, c'est de savoir si une ménagère qui a exercé, jusqu'à présent, une activité lucrative ne devrait pas, en interprétant extensivement l'article 5, 1^{er} alinéa, LAI, être considérée comme non-active s'il faut admettre, vu sa situation, qu'elle se serait bornée à l'avenir, malgré sa capacité de gain résiduelle, à accomplir ses travaux ménagers.

Si une ménagère appartient, d'après ces critères, à la catégorie des personnes actives, son invalidité doit être évaluée, en application de l'article 28, 2^e alinéa, LAI, en comparant le revenu obtenu comme invalide au revenu obtenu sans invalidité. Si, au contraire, cette ménagère est à considérer comme non-active, le degré de son invalidité correspond au degré de l'empêchement d'effectuer ses travaux habituels (art. 27, 1^{er} al., RAI). Selon le 2^e alinéa dudit article 27, il faut tenir compte également, le cas échéant, d'une activité exercée par la ménagère hors de chez elle, dans l'exploitation de son mari. Il faut donc se demander si, en déterminant le degré de la capacité de travail d'une ménagère, on ne devrait pas, en appliquant par analogie l'article 27, 2^e alinéa, RAI, tenir compte également de l'activité exercée hors de la maison chez des tiers; toutefois, cette question-là n'a pas besoin d'être tranchée pour le moment.

3. Dans l'espèce, le dossier n'indique pas clairement si l'assurée doit être traitée comme active ou non-active pour l'évaluation de son invalidité. (Les déclarations faites en instance d'appel, selon lesquelles l'assurée devrait être considérée plutôt comme active, ne sont pas suffisamment confirmées). Dès lors, c'est avec raison que l'autorité

de première instance a renvoyé la cause à la commission AI pour plus ample instruction et nouveau prononcé sur le droit à une rente. D'après les arguments ci-dessus, cependant, on ne saurait fonder l'évaluation de l'invalidité à la fois sur la diminution de la capacité de gain et sur l'empêchement d'effectuer les travaux habituels, comme l'a fait l'autorité de première instance. Il faut, au contraire, que la commission AI décide, tout d'abord, si l'assurée est une personne active ou non-active; selon le résultat de cet examen, l'invalidité sera évaluée d'après l'article 28, 2^e alinéa, LAI ou d'après l'article 27 RAI.

Arrêt du TFA, du 30 décembre 1964, en la cause O. J.

Articles 84 RAI et 76, 1^{er} alinéa, RAVS. Si, de façon permanente, le père divorcé ne remplit qu'insuffisamment son obligation d'entretenir ses enfants, et si ces derniers tombent partiellement à la charge de l'assistance privée ou publique à cause de cette négligence, les rentes complémentaires pour enfants peuvent être versées à un tiers qualifié.

Articoli 84 OAI e 76, capoverso 1, OAVS. Se il padre divorziato adempie permanentemente in modo insufficiente il suo obbligo di mantenimento verso i suoi figli e quest'ultimi cadono in parte a carico dell'assistenza pubblica o privata a causa di questa negligenza, le rendite complementive per i figli possono essere versate nelle mani di una terza persona qualificata.

Le premier mariage de l'assuré, dont six enfants sont issus, a été dissous le 31 octobre 1958. En vertu du jugement de divorce, l'assuré est tenu de verser chaque mois aux enfants, qui ont été confiés à la mère, des contributions d'entretien s'élevant au total à 240 francs. Au début de novembre 1962, l'assuré a sollicité des prestations de l'AI. La commission AI a décidé le 27 février 1964 d'accorder à l'assuré, qui s'était remarié à fin septembre 1963, une rente entière simple d'invalidité. A fin mai 1964, le tuteur d'office, s'occupant de trois des enfants nés du premier lit, a demandé à la caisse de compensation de verser les rentes pour enfants à la mère. Dans deux décisions du 11 juin 1964, la caisse de compensation a notifié à l'assuré que, dès le 1^{er} septembre 1963, une rente entière simple d'invalidité lui revenait et que sa femme et les trois enfants en question se voyaient attribuer des rentes complémentaires. Il était, de plus, précisé dans la décision que les trois rentes pour enfants seraient versées à l'ex-épouse, mère des enfants.

L'assuré a recouru contre ces décisions, en demandant que les trois rentes pour enfants soient versées à lui-même. Dans son jugement du 24 août 1964, la commission de recours a estimé que l'on ne se trouvait pas en présence d'un état de faits justifiant, selon l'article 76 RAVS, le versement de la rente à l'ex-femme de l'assuré, et elle a admis le recours. L'appel interjeté par la caisse de compensation contre cette décision a été admis par le TFA pour les motifs suivants :

1. ...

2. Selon l'article 76, 1^{er} alinéa, RAVS, la caisse de compensation peut effectuer le versement total ou partiel de la rente en mains d'un tiers ou d'une autorité qualifiés, ayant envers l'ayant droit un devoir légal ou moral d'assistance ou s'occupant de ses affaires en permanence. Il ne peut être procédé ainsi que si l'ayant droit n'utilise pas la rente pour son propre entretien et pour celui des personnes à sa charge, ou s'il peut être prouvé qu'il n'est pas capable de l'affecter à ce but, s'il tombe par là tota-

lement ou partiellement à la charge de l'assistance publique ou privée, ou y laisse tomber les personnes qu'il est tenu d'entretenir.

Cette prescription est applicable par analogie en matière d'AI et, par conséquent, aussi au cas présent (art. 84 RAI). Ici, le point litigieux est de savoir à qui les rentes complémentaires pour enfants doivent être versées. De telles rentes complémentaires sont attribuées à l'ayant droit, certes, mais elles doivent être utilisées exclusivement pour l'entretien des enfants (cf. RCC 1965, p. 52). Si un ayant droit utilise les rentes complémentaires de façon non conforme à leur but, ou s'il peut être prouvé qu'il n'est pas capable d'utiliser les rentes pour les enfants, et si ceux-ci tombent par là totalement ou partiellement à la charge de l'assistance publique ou privée, il est judiciaire que — en plus des destinataires cités à l'article 76 RAVS — les tiers ou autorités qui ont envers les enfants un devoir légal ou moral d'assistance, ou qui s'occupent de leurs affaires en permanence, soient également habilités à exiger le versement et à recevoir les rentes complémentaires pour enfants.

Il faut examiner si, dans le cas particulier, les conditions précitées étaient objectivement remplies au moment où les décisions contestées ont été notifiées.

3. a) Le tuteur d'office rend vraisemblable que l'intimé a, de façon permanente, insuffisamment rempli son obligation de verser des aliments. Au reste, ce fait ressort clairement des lettres de la Direction de l'assistance publique, datées du 23 août 1961 et du 25 février 1964, et versées au dossier. Il en ressort, entre autres, que le montant de la pension alimentaire dû par l'assuré à fin mai 1962 s'élevait à 6680 francs et qu'en outre, l'assuré a reconnu, à fin novembre 1963, n'avoir pas versé une somme de 4080 francs pour la période du 1^{er} juin 1962 au 31 octobre 1963. Au moment où la caisse de compensation a notifié sa décision contestée, on devait donc admettre que l'assuré n'était ou bien pas en mesure d'utiliser les rentes complémentaires pour enfants conformément à leur but, ou qu'il ne voulait pas les utiliser à cette fin. La question de savoir si l'assuré n'a pas, de plus, enfreint l'article 217 CPS est sans importance à ce propos.

b) Comme l'expose le tuteur d'office, la mère et ses enfants sont temporairement tombés à la charge de l'assistance publique ou privée, fait causé partiellement du moins par le non-paiement de la pension alimentaire.

c) Le tuteur d'office et l'ex-femme de l'intimé doivent être considérés comme des tiers qui s'occupent de façon permanente des enfants V., Ed. et El., et qui sont, de plus, capables d'utiliser les rentes complémentaires pour enfants conformément à leur but.

d) Ainsi, au moment où la caisse de compensation a notifié la décision contestée, les conditions étaient réalisées qui, conformément à l'application par analogie de l'article 76, 1^{er} alinéa, RAVS en matière d'AI, doivent être réunies pour que la caisse de compensation soit autorisée à verser à la mère les rentes complémentaires pour enfants. C'est pourquoi le jugement de l'autorité de première instance doit être annulé.

4. On peut en outre se demander si, par une autre voie, on n'arriverait pas au même résultat.

En vertu de l'article 22, 2^e alinéa, LAVS, la femme vivant séparée peut demander pour elle-même la demi-rente de vieillesse pour couple. Il s'agit d'une disposition spéciale, qui prévaut sur l'article 76 RAVS et qui n'exige pas d'autres conditions. Or, cette rente n'est même pas une rente complémentaire conçue comme telle dans la loi et destinée à un emploi bien précis. En ce qui concerne la rente complémentaire pour l'épouse, au sens de l'article 34 LAI, la loi va, compte tenu du caractère particulier

de cette rente, encore plus loin. Elle assimile la femme divorcée à la femme mariée, pour autant que la première « pourvoit de façon prépondérante à l'entretien des enfants qui lui ont été attribués », et elle accorde à la femme séparée ou divorcée le droit de se faire verser à elle-même la rente complémentaire (art. 34, 2^e et 3^e al., LAI). Au fond, on aurait pu s'attendre que le législateur prévoie, à l'article 35 LAI, une règle particulière analogue pour les cas où la puissance paternelle a été retirée au père divorcé, ayant droit à la rente, qui ne vit pas avec les enfants et dont l'obligation générale d'entretien au sens de l'article 272 CCS se résume à une contribution aux frais (cf. aussi à cet égard Egger, 2^e édition, N. 8 et 17 ad art. 156 CCS). Une telle règle particulière fait cependant défaut. Cette inconséquence s'explique peut-être par la genèse de l'article 34 LAI. La commission d'experts avait encore refusé de prévoir une rente complémentaire pour la femme divorcée d'un invalide (Rapport, p. 137, chiffre 2); le Conseil fédéral a défendu ce point de vue, quoique le bien-fondé de cette opinion ait été contesté dans les préavis. Il a déclaré, dans son message concernant la LAI (p. 66):

« De plus, cette rente devrait, pour constituer une aide efficace, être accordée à la femme divorcée elle-même; or, cela serait contraire au caractère de la rente complémentaire qui est allouée à l'invalide lui-même. »

On a oublié que le problème se pose aussi pour les enfants qui sont attribués à la femme divorcée.

« C'est avant tout dans l'intérêt des enfants » que la proposition a été faite, au sein de la commission du Conseil national, de prévoir en principe aussi une rente complémentaire pour la femme divorcée (Procès-verbal de la 1^{re} session, p. 115 et suivantes). Cette proposition a été approuvée; il en est résulté, par la suite, que l'article 34 LAI, qui d'après le projet du Conseil fédéral ne comprenait que le 1^{er} alinéa actuel, a été complété par les 2^e et 3^e alinéas (2^e session, p. 157; 3^e session, p. 4). Cependant, on a continué à oublier qu'il aurait fallu, logiquement, exiger une règle analogue sur le versement de rentes complémentaires pour enfants.

Comme, toutefois, le cas présent peut déjà être tranché sur la base de l'article 76 RAVS, les considérants émis sous chiffre 4 sont uniquement destinés à faire l'objet d'un examen de la part de l'administration.

5. ...

CHRONIQUE MENSUELLE

Le Conseil fédéral a édicté, le 10 août, une nouvelle ordonnance sur les *infirmités congénitales* reconnues par l'AI. Cette ordonnance est entrée en vigueur le 1^{er} septembre et remplace celle de 1961. La liste révisée qu'elle contient est reproduite dans la RCC, page 388, avec des commentaires.

*

La *Commission mixte de liaison entre les autorités fiscales et de l'AVS* a siégé les 19 et 20 août sous la présidence de M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a clos la discussion sur les modifications éventuelles à apporter aux dispositions du RAVS concernant la fixation des cotisations des travailleurs indépendants. En outre, elle a débattu le problème de l'assujettissement du revenu acquis de l'activité lucrative exercée à l'étranger. Enfin, elle a examiné les effets des amnisties fiscales cantonales sur l'AVS et l'augmentation des taux pour l'évaluation du salaire en nature des personnes employées dans les entreprises non agricoles.

*

La *sous-commission des frais d'administration* de la Commission fédérale de l'AVS/AI a siégé le 24 août sous la présidence de M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales. Après avoir été informée des résultats enregistrés par les caisses de compensation au cours des dernières années en matière de frais d'administration, elle s'est prononcée, notamment, à l'intention de la commission plénière, sur la nouvelle réglementation des subsides accordés aux caisses cantonales de compensation pour leurs frais d'administration.

*

La *Commission du Conseil national* chargée d'examiner les projets d'arrêtés fédéraux approuvant la *convention en matière de sécurité sociale conclue par la Suisse avec la République fédérale d'Allemagne*, ainsi que la *convention complémentaire relative aux assurances sociales signée avec la République d'Autriche*, s'est réunie le 2 septembre sous la présidence de M. Brawand (Vevey), conseiller national, et en présence de M. Tschudi, président de la Confédération, et de M. le directeur Saxer, préposé aux conventions internationales en matière de sécurité sociale. Après une discussion approfondie, la Commission s'est ralliée à l'unanimité aux deux projets.

M. Saxer, directeur, préposé aux conventions internationales et représentant la Confédération suisse, d'une part, et M. Batliner, chef du gouvernement et représentant la Principauté du *Liechtenstein*, d'autre part, ont signé à Vaduz, le 3 septembre, une *convention relative à l'AVS et à l'AI* (voir RCC, p. 341). L'accord n'entrera en vigueur qu'après échange des instruments de ratification.

*

Les quatre sous-commissions de la *Commission fédérale d'experts pour la révision de l'AI* ont traité, jusqu'à la mi-septembre, la plus grande partie des postulats de révision. La mise au point des autres questions sera faite, probablement, dans le courant de l'automne, si bien que la commission plénière pourra, au début de l'année nouvelle, se prononcer sur les propositions desdites sous-commissions.

Les prestations complémentaires des cantons

Les limites de revenu et le revenu déterminant

Il a été question récemment (RCC 1965, p. 346) de la nature et de la fonction des prestations complémentaires. Un rôle primordial y est attribué à la *limite de revenu* jusqu'à concurrence de laquelle le revenu déterminant doit être complété.

La fixation des limites légales de revenu est une tâche extrêmement délicate et ingrate — ceci pour des motifs divers. Le principe des prestations complémentaires est le suivant: accorder aux citoyens qui, pour cause d'âge ou d'invalidité, ou par suite du décès de la personne qui pourvoit à leur entretien, ne peuvent pas s'entretenir par leurs propres moyens, un droit à des prestations servies par l'Etat et couvrant leurs besoins vitaux. Or, que faut-il entendre par « besoins vitaux » ? Selon M. Elmer, expert des administrations fiscales et des offices des poursuites pour l'estimation du coût de la vie, il s'agit d'un montant justifiable eu égard aux conditions actuelles, et nécessaire pour assurer un genre de vie qui, objectivement considéré, soit simple, mais tout de même digne d'un être humain. Toutefois, la réalisation de ce postulat n'est pas facile, car les avis diffèrent sur l'étendue et sur le calcul de ces besoins vitaux.

En premier lieu, les dépenses pour couvrir ces besoins vitaux sont très variables. Que l'on pense seulement à la question des loyers. De même, les frais pour la nourriture varient beaucoup suivant que le consommateur se ravitaille lui-

même ou non, et suivant son âge et sa santé. Très variables, aussi, sont les dépenses pour la santé elle-même, comprenant les frais de médecin, de pharmacie et de soins; de même, les dépenses affectées à l'instruction et aux distractions, auxquelles chacun a droit. En outre, il faut qu'une solution, pour qu'elle puisse vraiment être qualifiée de suisse, soit aussi équitable pour l'habitant d'une grande ville que pour un montagnard.

Celui qui entreprend cette tâche se souviendra donc certainement de ce jeu de mot attribué à Lord Beveridge: « By no means — means test »¹, par lequel le célèbre politicien, connu pour ses réformes sociales, affirmait son opposition à toute forme de prestations de besoin dans les assurances sociales. La fixation de la limite de revenu devrait être simple, uniforme et souple, exigences qui paraissent, au premier abord, difficiles à concilier. En effet, si l'on fixe une limite trop élevée, on risque d'affaiblir la volonté de l'individu de subvenir lui-même à ses besoins; l'épargnant et le rentier se croient dupés, la prévoyance individuelle ainsi que la prévoyance collective professionnelle sont réduites au profit du financement de la prévoyance sociale gérée par l'Etat. Si on la fixe trop bas, on n'atteint pas le but fixé, qui est de protéger tous les citoyens de la misère matérielle et de les empêcher de tomber à la charge de l'assistance publique.

Une fois de plus, le fédéralisme suisse a fait ses preuves en aidant le législateur à accomplir sa tâche. La loi fédérale sur les prestations complémentaires prévoit des limites de revenu spéciales pour les personnes seules, les couples et les enfants, limites qui en partie correspondent d'une façon surprenante aux estimations faites pour le calcul du minimum vital, mais qui ne se fondent pas uniquement sur ce critère. En effet, des considérations financières et le souci de ne pas trop s'écarter de ce qui s'est fait jusqu'ici entraînent également en ligne de compte. La loi exige en outre que, pour les familles, les limites de revenu applicables à leurs divers membres soient additionnées; mais elle laisse aux cantons une liberté de mouvement assez grande pour tenir compte de leur situation particulière. Ainsi, les cantons sont autorisés à abaisser, jusqu'à concurrence d'un cinquième, les limites de revenu prévues dans la loi fédérale.

Un deuxième élément permet, mieux encore, de tenir compte des circonstances individuelles et locales et de faire des concessions à la souveraineté des cantons: il s'agit du revenu déterminant sur la base duquel est fixé, dans chaque cas, le montant de la prestation complémentaire. Dans ce domaine, en effet, les prestations complémentaires peuvent être adaptées aux besoins individuels d'une façon encore plus nuancée qu'avec la limite de revenu.

Il faut mentionner en premier lieu le *revenu privilégié tiré de l'activité lucrative et des rentes*. Un des gros désavantages de la rente destinée à couvrir les besoins vitaux est d'affaiblir la volonté des intéressés de subvenir eux-mêmes à leurs propres besoins. En effet, lorsque les bénéficiaires exercent encore une activité lucrative réduite ou ont acquis par leur travail un droit à une modeste

¹ Une preuve d'indigence? en aucun cas!

pension, les prestations complémentaires qui leur reviennent peuvent être diminuées ou même supprimées. L'activité lucrative des personnes âgées ou invalides, si importante pour celles-ci et fort souhaitable dans notre économie nationale, s'en trouve plus ou moins paralysée; de même, la volonté des employeurs de créer, dans leur entreprise, un système de prévoyance sociale. Cependant, cet inconvénient est compensé par le privilège dont jouit le revenu provenant d'une activité lucrative ainsi que des rentes et pensions: le montant total de ces revenus est réduit d'une somme globale allant jusqu'à 240 francs par an (pour les personnes seules) et jusqu'à 400 francs (pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant ou donnant droit à une rente); le solde n'est, de plus, pris en compte que pour les deux tiers. En outre, les cantons peuvent, s'ils le désirent, doubler les montants déductibles précités.

La loi ménage les intérêts des *épargnants* d'une autre manière encore. Sans doute, le produit de la fortune n'est pas compris dans le revenu privilégié. Pour la prise en considération d'une partie de la fortune comme revenu, on a trouvé cependant une solution libérale en prenant en compte, pour $\frac{1}{15}$ seulement, la fortune dépassant 15 000 francs pour une personne seule, 25 000 francs pour un couple et 10 000 francs pour les enfants.

L'autorisation accordée aux cantons de déduire du revenu brut, jusqu'à concurrence d'un certain montant, les *loyers* dépassant un cinquième de la limite de revenu, permet également d'adapter les prestations complémentaires aux besoins particuliers. En effet, les loyers, parce qu'ils sont très variables, se prêtent mal à une évaluation moyenne et générale du minimum vital. Comme le souligne déjà le message du Conseil fédéral, cette disposition peut permettre, jusqu'à un certain point, une égalisation des charges de loyers entre la ville et la campagne, comme aussi entre les anciens et les nouveaux appartements. La limitation de la déduction jusqu'à concurrence d'un montant maximum doit en outre empêcher des abus. Cette réglementation nuancée n'est certes pas idéale pour l'administration, car elle complique sensiblement la fixation des prestations complémentaires. C'est pourquoi des cantons financièrement forts préfèrent créer un système de subventions aux loyers et renoncer aux déductions pour loyers dans le calcul des prestations complémentaires.

Une autre déduction, prévue dans la loi fédérale, peut donner encore plus de fil à retordre à l'administration, si elle n'est pas définie avec soin. Il s'agit de la déduction pour « *les frais sensiblement élevés de médecin, de pharmacie, d'hospitalisation et de soins à domicile* ». Cette déduction peut être très précieuse du point de vue social, dans les cas pénibles, spécialement pour les personnes qui doivent garder le lit pendant une longue période, suivre un traitement onéreux et surtout recevoir des soins permanents. Elle permet, dans le cas extrême, de verser des prestations complémentaires d'un montant égal à la limite de revenu lorsque les frais de maladie atteignent ou dépassent, compte tenu de tous les autres frais susceptibles de déduction (p. ex. les primes d'assurance), le montant du revenu brut du bénéficiaire provenant des rentes AVS/AI ou d'autres sources. Des personnes seules, hospitalisées et ayant besoin de soins permanents, pourront donc très bien faire valoir leurs droits à des prestations

complémentaires annuelles de 2400 ou 3000 francs, qui leur seront servies en plus de la rente AVS ou AI et d'autres revenus. Le problème des allocations pour imposables aux bénéficiaires de rentes de vieillesse de l'AVS peut aussi être considéré ainsi comme résolu jusqu'à un certain point. Grâce à cette réglementation, les personnes qui ont besoin de soins permanents pourront être libérées de l'assistance publique, dont elles constituaient, jusqu'à présent, la « clientèle » la plus fidèle. En tout cas, les charges de l'assistance publique vont considérablement diminuer, grâce à cette solution et grâce aux prestations complémentaires en général.

Certes, les frais couverts par une assurance-maladie, par l'AI ou d'une autre façon — par exemple par un contrat d'entretien viager — ne pourront pas être déduits. Cependant, les personnes assurées contre la maladie ou l'invalidité n'en seront pas désavantagées, car toutes les cotisations versées à l'AVS/AI obligatoire (sans restriction), ainsi que les primes aux assurances-maladie et les cotisations versées à d'autres assurances, jusqu'à concurrence de 300 francs par an (pour les personnes seules) et de 500 francs par an (pour les couples et les personnes vivant avec des enfants ayant droit ou part à une rente), peuvent être déduites du revenu déterminant.

Il serait contraire, toutefois, à l'esprit même des prestations complémentaires d'autoriser une déduction pour les frais *normaux* de maladie. Cela n'est d'ailleurs pas du tout nécessaire. Dans les besoins vitaux moyens, dont tient compte la limite de revenu, une certaine somme a été réservée aux soins pour la santé; la plus grande partie de ce montant est formée des frais de maladie chez les bénéficiaires de rentes de vieillesse et d'invalidité. Chez les personnes âgées ou invalides, vivant seules, ces frais peuvent être évalués à une somme variant entre 150 et 240 francs par an; pour les couples, on compte environ le double. L'administration devrait faire face à un surcroît de travail guère supportable si elle voulait tenir compte des frais normaux de maladie; en effet, elle devrait examiner, dans presque tous les cas de prestations complémentaires, chaque dépense de maladie et en tenir compte pour la fixation de la prestation. Comme ces frais varient d'année en année, les prestations complémentaires devraient aussi être adaptées continuellement. Il est dès lors parfaitement compréhensible et aussi nécessaire dans l'intérêt même de l'application administrative de tout le système, que la législation cantonale n'accorde des déductions pour frais de maladie que s'ils sont prouvés et dépassent un certain montant.

Pour terminer, nous mentionnerons encore les relations existant entre les prestations complémentaires, d'une part, et l'assistance publique, les aliments des proches, l'aide cantonale et communale aux vieillards, survivants et invalides, ainsi que les institutions d'assistance privées, d'autre part. Les prestations complémentaires sont accordées sans égard au fait que le requérant reçoit déjà de telles prestations d'aide ou d'assistance. Ont donc aussi droit à des prestations complémentaires les personnes qui continueront à être assistées; en outre, les prestations complémentaires sont versées sans tenir compte d'éventuelles prestations d'entretien versées par des proches, de leur montant et du fait qu'elles sont prescrites légalement ou versées volontairement. Enfin, les presta-

tions de secours versées aux personnes dans la détresse matérielle, les subsides pour les logements, l'aide aux vieillards, survivants et invalides financée par les ressources cantonales et communales, ainsi que les prestations des institutions d'utilité publique, comme par exemple Pro Senectute, ne sont également pas comprises dans le revenu déterminant. Ceci — outre le fait du droit bien défini créé en faveur des bénéficiaires — montre de façon particulièrement claire le caractère d'assurance des prestations complémentaires. Ajoutons encore que même les allocations pour impotents de l'AI et les bourses ne font pas partie du revenu déterminant pour calculer le montant de la prestation complémentaire.

L'utilisation du numéro d'assuré en dehors de l'administration AVS

Le numéro d'assuré de huit chiffres (de neuf ou même dix chiffres s'il y a un numéro d'ordre) sert aux organes de l'AVS à enregistrer de façon rationnelle les personnes qui versent des cotisations et celles qui touchent des prestations. Les avantages du système alphabétique-numérique adopté pour indiquer l'année de naissance, le sexe et la date de naissance ont incité diverses institutions et organisations à utiliser le numéro AVS pour leur usage interne.

L'OFAS a prié les caisses de compensation AVS, quelques services de l'administration fédérale et les bureaux de révision externes de l'AVS, qui effectuent des contrôles d'employeurs, de lui indiquer quelles institutions et organisations, ne faisant pas partie de l'administration de l'AVS, utilisent déjà le numéro d'assuré pour leur usage interne, ou qui ont l'intention de le faire.

Les recherches entreprises montrent que l'utilisation du numéro d'assuré est loin d'être limitée à l'AVS et aux autres assurances sociales qui lui sont apparentées (AI et APG). C'est probablement parce que, de plus en plus, on a recours à des ordinateurs automatiques pour l'enregistrement des personnes (salariés, contribuables, cotisants, ayants droit, etc.). Une telle automatisation implique toujours qu'une personne déterminée est désignée par une indication qui lui est propre. Ce sont les chiffres qui remplissent le mieux cette tâche, pour plusieurs raisons d'ailleurs (possibilité de tri mécanique, etc.). Au lieu de former leur propre numéro, beaucoup d'organisations prennent simplement le numéro d'assuré de l'AVS figurant sur le certificat d'assurance, ou alors elles le forment elles-mêmes à l'aide de la clef pour la formation du numéro d'assuré publiée par l'AVS. Cependant, si le numéro est formé par un employé ne travaillant pas dans l'administration de l'AVS, il y a des risques d'erreur, car il n'existe aucune possibilité de contrôle (registre central). Parfois, le numéro AVS n'est utilisé que partiellement (par exemple, groupe alphabétique et année

de naissance) et il est combiné avec un numéro propre à l'entreprise. Il n'y a pas non plus de pratique uniforme en ce qui concerne les numéros d'ordre donnés par l'AVS lorsque deux ou plusieurs assurés ont le même numéro d'assuré. Tantôt on renonce carrément au numéro d'ordre AVS, tantôt on utilise des numéros complémentaires d'usage interne.

C'est l'armée qui a fait le plus grand usage du numéro AVS lorsqu'elle a, en 1952, remplacé l'ancien numéro matricule militaire, utilisé depuis des décennies, par le numéro matricule comprenant le numéro AVS. Les autorités militaires y voyaient des avantages d'ordre administratif, non seulement pour l'application des Conventions de Genève en vue de protéger les victimes de la guerre, mais aussi pour l'administration militaire, le service sanitaire, l'assurance militaire, etc. Elles ont, en étroite collaboration avec la Centrale de compensation, muni 820 000 livrets de service du numéro AVS, en 1953 et les années suivantes (RCC 1953 p. 74). Aujourd'hui, la protection civile se sert aussi du numéro AVS pour effectuer ses contrôles.

En outre, de nombreux *services fédéraux* utilisent le numéro AVS pour les documents et la comptabilité se rapportant au personnel. Mentionnons seulement la Caisse d'assurance du personnel fédéral et les bureaux des salaires de l'administration centrale de la Confédération, des PTT et des CFF. L'Office fédéral de statistique et le service médical de l'administration fédérale utilisent le numéro AVS pour certains dépouillements de statistiques et pour l'action préventive contre la tuberculose. Le numéro AVS est aussi utilisé dans des institutions et des établissements tels que la Société suisse de radio-diffusion et de télévision, la Banque Nationale et le Service de transfusion sanguine de la Croix-Rouge.

Dans les *administrations cantonales*, on s'en sert surtout dans les bureaux du personnel et les caisses de retraite, de même que dans l'administration fiscale et les services sociaux.

Dans les *administrations communales*, l'usage de ce numéro est également très répandu. Les communes qui l'utilisent représentent plus d'un million d'habitants. On le trouve, notamment, dans les bureaux de contrôle des habitants, dans les offices du personnel, dans l'administration fiscale; on s'en sert aussi pour la tenue du registre des votants.

Le numéro AVS a été adopté tout particulièrement par de nombreuses caisses-maladie, notamment par les caisses centralisées. On ne se trompera guère en affirmant que 1,5 à 2 millions de membres de caisses-maladie sont désignés par ce numéro.

Enfin, on peut citer d'importantes *entreprises privées*, telles que Swissair, les Chemins de fer rhétiques, des établissements bancaires, des entreprises industrielles, des fonds de secours en faveur du personnel, etc.

Cette évolution n'est nullement terminée. En effet, beaucoup d'administrations, de caisses-maladie, etc., ont l'intention d'adopter prochainement le numéro AVS. Il n'est donc pas surprenant que l'on ait eu l'idée d'attribuer un numéro d'assuré, valable comme numéro d'identification, à chaque habitant de notre pays, dès sa naissance ou son entrée en Suisse.

La nouvelle ordonnance concernant les infirmités congénitales¹

L'AI reconnaît aux assurés mineurs le droit à toutes les mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales. La seule condition à remplir est qu'il s'agisse d'infirmités qui, de par leur nature, peuvent avoir pour conséquence une diminution de la capacité de gain.

Le Conseil fédéral, chargé de désigner les infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées, a édicté le 5 janvier 1961 une première ordonnance contenant une liste de 206 affections, qui sont considérées comme infirmités congénitales au sens de l'AI. Le traitement de ces infirmités a pris, depuis lors, une importance imprévue. En 1964, 70 pour cent environ des mesures de réadaptation accordées en vertu d'une décision ont été consacrées à la lutte contre les infirmités congénitales. Autant qu'il s'agissait d'actes médicaux au sens de l'OIC, ces mesures ont coûté plus de 20 millions de francs. Cette dépense, toutefois, est peu de chose si l'on songe que de nombreux parents ont été libérés ainsi d'une partie de leurs soucis et que beaucoup d'enfants peuvent vivre désormais plus normalement.

Or, il est dans la nature des choses qu'une liste d'infirmités congénitales, faisant partie d'un texte de loi, ne peut jamais être définitive. Pour parer à toute éventualité, le Département fédéral de l'intérieur était autorisé, conformément à l'article 3 de l'ordonnance, « 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 ». Il a été fait un usage toujours plus grand de cette autorisation. Si l'on compte seulement une décision de ce genre en 1962 et 4 décisions en 1963, il y en a eu 30 en 1964 et pas moins de 40 au cours du premier semestre de 1965. Les connaissances médicales nouvelles ont donc aussi rendu des services dans le domaine des infirmités congénitales. Quant aux travaux administratifs nécessités par ces cas isolés, ils ont certes donné matière à réflexion, mais il s'agissait aussi, quoi qu'il en soit, de tenir compte des progrès réalisés en général par la médecine. La Fédération des médecins suisses s'est chargée de revoir la liste de 1961 et de la mettre à jour. L'OFAS, les cliniques universitaires suisses de pédiatrie et les sociétés médicales les plus compétentes dans ce domaine ont participé à tous les travaux que cette mise au point nécessitait.

¹ Voir aussi la circulaire de l'OFAS consacrée à la nouvelle ordonnance concernant les infirmités congénitales, du 18 août 1965.

Vu les répercussions financières considérables qu'auront ces innovations, l'OFAS a présenté des propositions également à la Commission fédérale d'experts pour la révision de l'AI. Celle-ci a recommandé de ne pas attendre la révision de l'AI et d'adapter sans tarder la liste aux connaissances scientifiques actuelles. Le Conseil fédéral a pris un arrêté dans ce sens le 10 août 1965. Les modifications les plus importantes apportées à ladite liste sont commentées ci-dessous.¹ La nouvelle ordonnance est généreuse; elle confirme que l'AI est l'une des plus belles œuvres sociales de notre pays.

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.

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 10 août 1965 (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, ou qui sont désignées après coup comme telles par le Département fédéral de l'intérieur selon l'article 3, 2^e alinéa. 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.

¹ Voir aussi l'annonce, page de couverture 4.

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

Article 2

Cet article contient la liste officielle des infirmités congénitales reproduite sur les pages qui suivent.

Article 3

¹ Cette ordonnance entre en vigueur le 1^{er} septembre 1965. L'ordonnance concernant les infirmités congénitales du 5 janvier 1961 est abrogée à la même date.

² Le Département fédéral de l'intérieur est chargé de l'exécution. Il est autorisé à désigner comme infirmités congénitales, au sens de l'article 13 de la loi, des infirmités manifestes, qui existent à la naissance accomplie de l'enfant et ne sont pas mentionnées dans la liste figurant à l'article 2.

B. Liste des infirmités congénitales

I. Peau

- * 101. Cicatrices cutanées congénitales et aplasie tégumentaire du nouveau-né
- 102. Ptérygion
- * 103. Kystes dermoïdes et épidermoïdes congénitaux
- 104. Dysplasia ectodermalis congenita (dents)
- 105. Epidermolyse bulleuse héréditaire
- 106. Erythrodermie ichthyosiforme congénitale
- 107. Ichthyose et kératose
- 108. Lymphœdème congénital (éléphantiasis congénital)
- * 109. Naevi et xanthomes
- 110. Urticaire pigmentée
- 111. Xeroderma pigmentosum

II. Squelette

A. Affections systématiques du squelette

- 121. Chondrodystrophie
- 122. Chondromes multiples
- * 123. Dysostoses (voir aussi chiffre 461)
- * 124. Exostoses
- * 125. Hémihypertrophies et autres asymétries corporelles congénitales
- 126. Osteogenesis imperfecta
- 127. Ostéopétrose

B. Malformations régionales du squelette

a. Tête

- 141. Lacunes congénitales du crâne
- 142. Craniosynostoses
- 143. Platybasie (impression basilaire)

b. Colonne vertébrale

- 151. Scoliose congénitale
- * 152. Malformations vertébrales

c. Côtes, thorax et omoplates

- * 161. Côtes cervicales
- 162. Fissure sternale congénitale
- 163. Thorax en entonnoir
- 164. Thorax en carène
- 165. Scapula alata congenita et déformation de Sprengel

d. Extrémités

- 171. Coxa vara congénitale
- 172. Genua vara, genua valga, crura vara congenita (pseudarthroses congénitales du tibia)
- 173. Pied bot varus et varus équin congénital
- * 174. Autres défauts et malformations des extrémités
- 175. Malformations sirénoïdes

III. Articulations, muscles et tendons

- 181. Arthromyodysplasie congénitale (arthrogrypose)
- * 182. Laxité articulaire congénitale
- 183. Luxation congénitale de la hanche et dysplasie congénitale de la hanche
- 184. Dystrophie musculaire progressive et autres dystrophies musculaires familiales
- 185. Myasthénie grave congénitale
- 186. Myatonie congénitale
- 187. Myotonie et dystrophie myotonique congénitales
- 188. Torticolis congénital
- * 189. Myosite ossifiante progressive congénitale

IV. Face

- 201. Cheilo-gnatho-palatoschizis (fissure labiale et maxillaire; division palatine)
- 202. Fissures faciales obliques ou transverses congénitales
- 203. Fistules du nez et des lèvres
- 204. Nez en bec, proboscis lateralis
- 205. Amelo-dentinogenesis imperfecta generalisata

- 206. Anodontie totale ou partielle grave, congénitale
- * 207. Hyperodontie
- 208. Micrognathie inférieure grave congénitale
- * 209. Mordex apertus gravis congenitus
- * 210. Prognathie inférieure grave congénitale
- 211. Epulis mélanique congénitale
- 212. Atrésie postérieure des choanes
- 213. Glossoschizis
- * 214. Macroglossie congénitale
- 215. Kystes congénitaux et tumeurs congénitales de la langue
- 216. Affections congénitales des glandes salivaires et de leurs canaux excréteurs (fistules, sténoses, kystes, tumeurs, ectasies)

V. Cou

- 231. Goitre congénital
- 232. Kystes congénitaux du cou, fistules et fentes cervicales congénitales

VI. Poumons

- 241. Bronchiectasies congénitales
- 242. Emphysème lobaire congénital
- 243. Agénésie des poumons
- 244. Kystes et tumeurs congénitaux des poumons
- 245. Séquestration pulmonaire
- 246. Pneumothorax congénital

VII. Voies respiratoires

- 251. Sténoses congénitales du larynx et de la trachée

VIII. Médiastin

- 261. Tumeurs et kystes congénitaux du médiastin

IX. Œsophage, estomac et intestins

- 271. Atrésie et sténoses congénitales de l'œsophage, fistules œsophago-trachéales
- 272. Mégacœsophage congénital
- 273. Sténose hypertrophique du pylore
- 274. Atrésie et sténoses congénitales de l'estomac, de l'intestin, du rectum et de l'anus
- 275. Kystes, tumeurs, duplicatures et diverticules congénitaux du tube digestif
- 276. Anomalies du situs intestinal
- 277. Iléus du nouveau-né
- 278. Mégacôlon congénital

- 279. Coeliakie congénitale
- 280. Hernie hiatale congénitale de l'enfant
- 281. Eventration et hernie diaphragmatique congénitales

X. Le foie et les voies biliaires

- 291. Atrésie des voies biliaires
- 292. Kyste congénital du cholédoque
- 293. Kystes congénitaux du foie

XI. La paroi abdominale

- 301. Hernie ombilicale (seulement en cas de naissance prématurée selon le chiffre 494)
- 302. Omphalocèle
- 303. Hernie inguinale latérale
- 304. Aplasie congénitale de la musculature abdominale

XII. Cœur, vaisseaux et système lymphatique

- * 311. Hémangiomes caverneux
- * 312. Lymphangiomes
- 313. Malformations congénitales du cœur et des vaisseaux

XIII. Sang, rate et système réticulo-endothélial

- 321. Anémies, leucopénies et thrombocytopénies du nouveau-né
- 322. Anémies, leucopénies et thrombocytopénies congénitales hypoplastiques ou aplastiques
- 323. Anémies hémolytiques congénitales (altérations des érythrocytes, des enzymes ou de l'hémoglobine)
- 324. Coagulopathies et thrombocytopathies congénitales (hémophilies et autres défauts des facteurs de coagulation)
- 325. Anémie hémolytique du nouveau-né
- 326. Syndromes de carence congénitale d'anticorps
- 327. Hyperbilirubinémie grave du nouveau-né (si une exsanguino-transfusion a été nécessaire)
- 328. Méthémoglobinémie enzymopénique congénitale
- 329. Leucémie du nouveau-né
- 330. Histiocytoses (granulome éosinophilique, maladies de Hand-Schüller-Christian et Letterer-Siwe)

XIV. Le système uro-génital

- 341. Dystopie du rein
- 342. Malformations, dédoublement et altérations congénitales des reins, y compris l'hypoplasie et l'agénésie

- 343. Tumeurs et kystes congénitaux des reins
- 344. Hydronéphrose congénitale
- 345. Malformations des uretères (sténoses, atrésies, urétérocèles, dystopie)
- 346. Béance congénitale des orifices urétéraux
- 347. Sténose du col de la vessie (Marion) et autres malformations du col vésical
- 348. Malformations de la vessie (diverticules de la vessie, vessie géante, etc.)
- 349. Tumeurs congénitales de la vessie
- 350. Exstrophie de la vessie
- 351. Atrésie et sténoses congénitales de l'urètre, diverticules de l'urètre
- 352. Hypospadias et épispadias
- 353. Fistules vésico-ombilicales congénitales
- 354. Fistules recto-uro-génitales
- 355. Cryptorchidie (unilatérale et bilatérale)
- * 356. Hydrocèle testiculaire et kyste du cordon
- 357. Atrésie du vagin
- * 358. Hydroméetrocolpos et hématocolpos
- 359. Hermaphrodisme vrai et pseudo-hermaphrodisme

XV. *Système nerveux*

a. Système nerveux central

- 381. Malformations du système nerveux central et de ses enveloppes (encéphalocèle, kyste arachnoïdien, myélocèle et hydromyélie, méningocèle, myéломéningocèle, mégalencéphalie, diplomyélie, diastématomyélie)
- 382. Sclérose cérébrale diffuse, familiale
- 383. Hérédo-dégénérescences spino-cérébelleuses (p. ex.: ataxie de Friedreich)
- 384. Médulloblastome, épendymome et gliome, papillome des plexus choroïdes
- 385. Cranio-pharyngiome
- 386. Hydrocéphalie congénitale
- 387. Epilepsie endogène centrencéphalique, y compris le tic de salaam (épilepsie maligne du nourrisson) et l'épilepsie-myoclonie
- 388. Epilepsie symptomatique due à des affections congénitales du cerveau et des os du crâne
- 389. Epilepsie symptomatique due à des traumatismes du cerveau lors de l'accouchement
- 390. Paralysies, athétoses et dyskinésies cérébrales congénitales et périnatales
- 391. Analgésie congénitale
- 392. Dysautonomie familiale
- 393. Atrophies musculaires d'origine spinale ou neurale (Werdnig-Hoffmann, Kugelberg-Welander)

b. Système nerveux périphérique

- 396. Sympathogoniome, neuroblastome
- 397. Paralysies congénitales

XVI. Maladies mentales et retards graves du développement

- 401. Autisme infantile de Kanner
- 402. Infantilisme primaire essentiel
- 403. Oligophrénie congénitale (seulement pour le traitement du comportement éréthique ou apathique)

XVII. Organes des sens

a. Œil

- * 411. Malformations des paupières (blépharochalasis, entropion, colobome, ankyloblépharon)
- * 412. Ptose, inclus phénomène de Marcus-Gunn
- * 413. Malformations des voies lacrymales
- 414. Paralysies congénitales d'un ou de plusieurs muscles extrinsèques de l'œil
- 415. Buphtalmie, glaucome congénital
- 416. Opacités et staphylomes congénitaux de la cornée
- * 417. Anomalies congénitales de la pupille
- * 418. Anomalies congénitales de l'iris et colobome de l'uvée, avec amblyopie
- * 419. Opacités congénitales du cristallin ou du corps vitré
- 420. Fibroplasie rétrolentale et pseudogliome congénital
- 421. Rétinoblastome
- 422. Dégénérescences tapétorétiniennes congénitales (rétinite pigmentaire, atrophie gyrata de la choroïde et de la rétine, choroidémie, amaurose tapétorétinienne)
- 423. Anomalies du nerf optique avec amblyopie
- 424. Tumeurs congénitales de l'orbite
- 425. Anomalies congénitales très prononcées de la réfraction
- 426. Amblyopie congénitale (de 0,2 et moins, après correction du vice de réfraction)
- * 427. Strabisme concomitant

b. L'oreille

- 441. Atrésie congénitale de l'oreille
- * 442. Malformations du pavillon de l'oreille, à l'exclusion de la correction plastique des anomalies de position
- 443. Persistance de fentes dans la région auriculaire et fistules de l'oreille moyenne, défauts congénitaux du tympan
- 444. Otite moyenne chronique accompagnant une gueule de loup
- 445. Surdi-mutité
- 446. Surdité très prononcée

XVIII. Métabolisme et glandes endocrines

- 451. Troubles congénitaux du métabolisme des hydrates de carbone (glycoséses, galactosémie, intolérance héréditaire au fructose, hypoglycémie de Mc Quarrie, malabsorption du lactose, malabsorption du saccharose)

452. Troubles congénitaux du métabolisme des acides aminés et des protéines (phenylcétonurie, cystinose, cystinurie, oxalose, diabète glucoaminophosphaté [syndrome de Toni-Debré-Fanconi], syndrome oculo-cérébro-rénal [syndrome de Lowe])
453. Troubles congénitaux du métabolisme des graisses (idiotie amaurotique, maladie de Niemann-Pick, maladie de Gaucher, hypercholestérolémie héréditaire, hyperlipémie héréditaire, leucodystrophies)
454. Troubles congénitaux du métabolisme des mucopolysaccharides (maladie de Pfaundler-Hurler, maladie de Morquio)
455. Troubles congénitaux du métabolisme des purines et pyrimidines (xanthinurie)
456. Troubles congénitaux du métabolisme des métaux (maladie de Wilson, hémochromatose)
457. Troubles congénitaux du métabolisme de la myoglobine, de l'hémoglobine et de la bilirubine (porphyrie, myoglobinurie)
458. Troubles congénitaux de la fonction du foie (ictères héréditaires non hémolytiques)
459. Troubles congénitaux de la fonction du pancréas (mucoviscidose, insuffisance primaire du pancréas)
460. Troubles congénitaux de la fonction des reins (diabète insipide néphrogène, acidose rénale tubulaire, hypokaliémie rénale, hypercalciurie primaire)
461. Troubles congénitaux du métabolisme des os (hypophosphatasie, dysplasie diaphysaire progressive de Camurati-Engelmann, ostéodystrophie de Jaffé-Lichtenstein, rachitismes résistant au traitement par la vitamine D, etc.)
462. Troubles congénitaux de la fonction hypothalamo-hypophysaire (nanisme hypophysaire, diabète insipide, puberté précoce idiopathique)
463. Troubles congénitaux de la fonction de la glande thyroïde (athyroïdie, hypothyroïdie, crétinisme)
464. Troubles congénitaux de la fonction des glandes parathyroïdes (hypoparathyroïdisme, pseudohypoparathyroïdisme)
465. Troubles congénitaux de la fonction des glandes surrénales (syndrome adrénogénital, insuffisance surrénale, neuroblastome, phéochromocytome)
466. Troubles de la fonction des gonades (syndrome de Turner, malformations congénitales des ovaires*, anorchie congénitale, syndrome de Klinefelter*)

XIX. Malformations avec atteinte de plusieurs systèmes d'organes

481. Neurofibromatose
482. Angiomatose cérébrale et rétinienne (von Hippel-Lindau)
483. Angiomatose encéphalo-trigémينية (Sturge-Weber-Krabbe)

- 484. Syndrome télangiectasies-ataxie (Louis Bar)
- 485. Syndrome de Marfan (arachnodactylie)
- 486. Tératomes
- 487. Sclérose cérébrale tubéreuse (Bourneville)

XX. Autres infirmités

- 491. Tumeurs malignes du nouveau-né
- 492. Monstres doubles (p. ex. frères siamois, épignathe)
- 493. Embryopathies et fœtopathies, maladies infectieuses congénitales comme par exemple la luèe congénitale, la toxoplasmose, la tuberculose, la listériose
- 494. Prématurés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 grammes jusqu'à la reprise d'un poids de 3200 grammes, y compris le traitement de la hernie ombilicale chez ces prématurés
- 495. Troubles de la maturation intra-utérine (par exemple insuffisance placentaire, croissance insuffisante en cas de grossesse arrivée à terme) si le poids à la naissance est inférieur à 2000 grammes.
- 496. Lésions périnatales graves

C. La définition de l'infirmité congénitale et la nouvelle ordonnance

En vertu de l'article 13 LAI, le Conseil fédéral ne peut faire figurer dans la liste 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 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.

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 médi-

cales 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.

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 traitement 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.

La liste ci-dessus a subi des modifications par rapport à la liste précédente (voir RCC 1963, p. 328). A l'intérieur des différents groupes, les infirmités ne sont plus classées dans l'ordre alphabétique — lequel n'aurait pu être maintenu que dans la version allemande — mais selon leur nature anatomo-pathologique. D'autre part, un système décimal, utilisé pour la première fois, facilitera les dépouillements statistiques. Ainsi, par exemple, le groupe dénommé « La peau » comprend les chiffres 101 à 120 et le groupe dénommé « Le squelette » les chiffres 121 à 180. Grâce à ce système, des infirmités congénitales nouvellement reconnues comme telles pourront par la suite être incluses dans la liste sans que la numérotation change.

L'introduction du système décimal a nécessité de nombreux regroupements. Ainsi, par exemple, diverses infirmités qui se manifestent par des troubles du système nerveux et qui, autrefois, étaient classées sous « Malformations squelettiques » figurent maintenant dans le groupe XV (« Le système nerveux »). L'innovation la plus importante est constituée par la reconnaissance en tant qu'infirmité congénitale de l'épilepsie endogène centrencéphalique, y compris le tic de salaam (épilepsie maligne du nourrisson) et l'épilepsie-myoclonie. En outre, sont mentionnés dans le groupe XVI certaines maladies mentales et certains retards graves du développement, tels que l'autisme infantile de Kanner et l'infantilisme primaire essentiel. Pour pouvoir différencier ce dernier de l'infantilisme secondaire, beaucoup plus fréquent, il faut s'en tenir à des critères très stricts. En ce qui concerne l'oligophrénie congénitale, qui est désormais réputée infirmité congénitale, les mesures médicales de l'AI se limitent au traitement du comportement éréthique et apathique, dans la mesure où ce traitement est indispensable à l'éducation et à la formation scolaire.

D. 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.

L'assuré 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'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 l'assuré 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'AI

Enfants durs d'oreille ¹

Chez les enfants durs d'oreille, il est très important de surveiller l'évolution des troubles de l'ouïe et de donner des instructions concernant la manière d'utiliser les appareils acoustiques. Des contrôles périodiques devraient être autant que possible ordonnés par la commission AI, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants qui n'ont pas été placés dans une école spéciale. L'AI peut prendre en charge ces instructions et contrôles en vertu de l'article 16, 1^{er} alinéa, RAI. Les frais de voyage nécessaires sont aussi à la charge de l'AI.

Remboursement des frais de voyage dans l'AI ; restitution du prix des titres de transport ²

Il est rappelé que, selon le chiffre marginal 60 de la Circulaire concernant le remboursement des frais de voyage dans l'AI, du 1^{er} septembre 1961, les titres de transport et les abonnements retirés sur présentation de bons, inutilisés ou utilisés en partie seulement, doivent être envoyés trimestriellement par le secrétariat de la commission AI ou l'office régional à la Centrale de compensation. Celle-ci s'occupe des demandes de remboursement.

De son côté, la Direction générale des CFF attire l'attention du public sur le règlement des entreprises suisses de transport, selon lequel les demandes de remboursement doivent être faites dans l'année qui suit l'expiration de la validité des titres de transport. En effet, divers titres qui lui ont été présentés récemment en vue du remboursement étaient déjà échus en 1962 et 1963.

¹ Extrait du Bulletin de l'AI n° 63.

² Extrait du Bulletin de l'AI n° 64.

INFORMATIONS

Fonds de compensation de l'AVS

Les prestations payées au cours du premier semestre de 1965 font une somme de 1 026,4 millions de francs (contre 892,2 millions pour la même période de l'année précédente). Sur ce montant, 829,5 (725,2) millions concernent l'AVS, 130,4 (114,6) millions l'AI et 66,5 (52,4) millions les APG. Les recettes de cette même période sont constituées par les cotisations des assurés et des employeurs pour un montant de 825,6 (715,8) millions, par les contributions des pouvoirs publics à l'AVS et à l'AI pour un total de 272,9 (268,3) millions, par les intérêts des capitaux placés s'élevant à 108,8 (103,2) millions et par des remboursements de prêts pour une somme de 5,1 (36,8) millions de francs.

Compte tenu de l'obligation de maintenir les disponibilités nécessaires, le Conseil d'administration du fonds de compensation a pu, au cours de ce premier semestre, effectuer des placements fermes pour un montant de 136,4 (105,0) millions de francs.

La totalité des capitaux du fonds de compensation placés au 30 juin 1965 s'élève à 6848,9 millions de francs (6777,6 millions au 31 décembre 1964), se répartissant entre les catégories suivantes d'emprunteurs, en millions de francs: Confédération 193,5 (193,5 à fin décembre 1964), cantons 1091,5 (1087,9), communes 950,2 (931,8), centrales des lettres de gage 2099,7 (2069,8), banques cantonales 1332,8 (1317,8), institutions de droit public 29,4 (26,4) et entreprises semi-publiques 1151,8 (1150,4).

Le rendement moyen des capitaux placés fermes au 30 juin 1965 est de 3,44 pour cent contre 3,42 pour cent à la fin du second semestre de 1964.

Supplément au catalogue des imprimés AVS/AI/APG

Numéro	<i> Nouvelles publications</i>	Prix	Observ.
318.120.01 d	Verzeichnis der gesetzlichen Erlasse usw.	— .55*	
318.120.01 f	Liste des textes législatifs, etc.	— .55*	
318.120.04 d	Ursache der Mutationen in der AHV und IV	— .50*	
318.120.04 f	Les causes de mutation dans l'AVS et l'AI	— .50*	

318.121.63 d	Jahresbericht AHV/IV/EO 1963	3.50*	
318.121.63 f	Rapport annuel AVS/AI/APG 1963	3.50*	
318.375 e	Form of application for an old age pension	8.—	1
318.376 e	Form of application for a survivor's pension	8.—	1

**Nouvelles
personnelles**

M. P. Cioccarì, conseiller d'Etat, Bellinzone, a été nommé par le Conseil fédéral au poste de directeur de l'agence de Lugano de la Banque nationale suisse. Par conséquent, il a présenté sa démission comme représentant des cantons au sein de la Commission fédérale de l'AVS/AI et de la Commission fédérale d'experts pour la revision de l'AI.

M. G. Moser, directeur, à Bâle, président de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés dans la vie économique (FSIH), a démissionné comme membre de la Commission fédérale d'experts pour la revision de l'AI. Le Département fédéral de l'intérieur a nommé, à sa place, *M. F. Nüschele*, Zurich, secrétaire de la FSIH.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 28 janvier 1965, en la cause M. H.

Article 1^{er}, 2^e alinéa, lettre a, LAVS. Article 1^{er}, lettre e, RAVS. La règle légale qui excepte de l'assurance les ressortissants étrangers bénéficiant de privilèges et d'immunités diplomatiques ou d'exemptions fiscales particulières vise toutes les personnes qui n'ont pas la nationalité suisse, c'est-à-dire aussi les apatrides.

Articolo 1, capoverso 2, lettera a, LAVS; articolo 1, lettera e, OAVS. La norma legale che esenta dall'assicurazione i cittadini stranieri al beneficio di immunità e privilegi diplomatici o di speciali esenzioni fiscali implica tutte le persone che non hanno la nazionalità svizzera, vale a dire, anche gli apolidi.

L'apatride M. H., né le 8 février 1900 au Caire, considéré comme réfugié par l'autorité fédérale compétente et employé d'une organisation internationale intergouvernementale, sans être toutefois rattaché à la caisse de pensions groupant le personnel de cette organisation, mais au bénéfice de privilèges et d'immunités conférés aux fonctionnaires internationaux, devait-il ou non être considéré comme excepté de l'assurance au sens du second alinéa de l'article 1^{er} LAVS? En confirmation du jugement rendu par l'autorité de première instance, le TFA a tranché la question en émettant les considérants suivants :

Aux termes de l'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, lettres a et b, LAVS, sont assurées, conformément aux dispositions de la LAVS, les personnes physiques qui ont leur domicile civil en Suisse ou qui exercent dans ce pays une activité lucrative. L'article 1^{er}, 2^e alinéa, LAVS consacre cependant des exceptions à ce principe, en statuant notamment que ne sont pas assurés « les ressortissants étrangers qui bénéficient de privilèges et d'immunités diplomatiques ou d'exemptions fiscales particulières » (lettre a). L'article 1^{er}, lettre e, RAVS considère entre autres comme entrant dans cette catégorie le personnel de nationalité étrangère de l'organisation internationale au service de laquelle se trouve l'appelant.

Dans l'espèce, la question litigieuse se limite à savoir si un apatride qui, comme l'appelant, jouit des privilèges et immunités conférés aux fonctionnaires internationaux, notamment de l'exemption des impôts communaux, cantonaux et fédéraux, est exclu de l'assurance conformément à la règle spéciale de l'article 1^{er}, 2^e alinéa, lettre a, LAVS, précisée par l'article 1^{er}, lettre e, RAVS.

La réponse est assurément affirmative, que l'on interprète la disposition précitée littéralement ou que l'on se réfère au système général de la loi. Le « Vocabulaire juridique » rédigé sous la direction d'Henri Capitant (1930) définit en effet le mot « étranger », dérivé du latin « extraneus », comme la « personne qui n'est pas un ressortissant du pays dont il s'agit ». Le ressortissant étranger de l'article 1^{er}, 2^e alinéa, lettre a, LAVS — les textes allemand et italien parlent simplement d'étranger (Ausländer, straniero) — est ainsi, pour le législateur suisse, toute personne qui, tel un apatride, n'est pas un ressortissant de la Suisse. L'article 18, 1^{er} et 2^e alinéas, LAVS ainsi que l'article 2, 1^{er} alinéa, RAVS introduisent certes la notion d'apatride dans la législation sur l'AVS; mais on ne voit pas pourquoi le législateur aurait voulu faire une différence, quant à ses rapports avec l'AVS suisse, entre le fonctionnaire ressortissant d'un Etat étranger et le fonctionnaire apatride d'une organisation internationale, dont tous les fonctionnaires ont les mêmes droits et obligations, quelle que soit leur situation et fussent-ils apatrides. Une telle différence serait sans nul doute arbitraire, comme le relève pertinemment l'OFAS, à l'instar des premiers juges. Il suffisait donc, à l'article 1^{er}, 2^e alinéa, lettre a, LAVS, de mentionner les ressortissants étrangers pour exclure à la fois de l'AVS suisse les personnes de nationalité étrangère, d'une part, et les apatrides, d'autre part, dans la mesure naturellement où ils réalisent les conditions prévues par cette disposition.

Vu ce qui précède, et quelles que soient les particularités du cas d'espèce, l'appelant ne saurait, dans sa situation actuelle tout au moins, être affilié à l'AVS suisse.

Arrêt du TFA, du 28 décembre 1964, en la cause Maison X.

Article 5, 2^e alinéa, LAVS; articles 6, 2^e alinéa, lettre b, ainsi que 7, lettre c, et 8, lettre c, RAVS. Les sommes versées en sus de la retraite au salarié qui se retire, du seul fait de ses années de service (d'après lesquelles elles sont exclusivement mesurées), ne sont ni des gratifications, ni des cadeaux d'ancienneté; il faut plutôt les considérer comme des prestations de secours franches de cotisations. (Considéran^ts 2 à 4.)

Articolo 5, capoverso 2, LAVS; articolo 6, capoverso 2, lettera b; articolo 7, lettera c; articolo 8, lettera c, OAVS. Le somme versate in più della pensione al salariato che si ritira per il sol fatto dei suoi anni di servizio (in base ai quali esse sono esclusivamente calcolate), non sono considerate gratificazioni nè regali per anzianità di servizio, ma piuttosto prestazioni di assistenza esenti da contributi. (Considerandi 2 a 4.)

La maison X alloue à tous les ouvriers et employés qui prennent leur retraite au bout de 10 ans au moins une prestation dite « cadeau de retraite ». Cette prestation s'élève à 100 francs si le bénéficiaire compte 10 ans de service. Pour chaque tranche supplémentaire de 5 ans, elle est augmentée de 50 francs, jusqu'au montant maximum de 500 francs. Pour la maison X, l'octroi de ces prestations vise à empêcher que des salariés comptant maintes années d'emploi ne doivent, au moment d'affron-

ter une nouvelle phase de leur vie, partir les mains vides en n'ayant reçu ce jour-là que des remerciements accompagnés d'une poignée de main. Pour sa part, la caisse de compensation invita la maison X à verser des cotisations sur ces prestations, et cela avec effet au 1^{er} janvier 1958.

La maison X a recouru et obtenu gain de cause devant l'autorité cantonale de recours. L'appel interjeté par la caisse de compensation a été rejeté par le TFA pour les motifs suivants :

1. ...

2. Dans la décision attaquée, les prestations litigieuses sont considérées comme des gratifications au sens de l'article 7, lettre c, RAVS, et dès lors comptées dans le salaire déterminant.

D'après Becker (Commentaire ad art. 330 CO, N. 34), les gratifications sont « des allocations extraordinaires venant s'ajouter au salaire dans des circonstances déterminées, par exemple au Nouvel-An ou à la clôture d'un bilan, afin de récompenser de façon tangible le zèle et le mérite ». Les « cadeaux de retraite » de la maison X sont alloués lors de la mise à la retraite (comme cela ressort de la réponse à l'appel), c'est-à-dire à l'âge de 65 ans révolus ou plus tôt si le salarié se retire prématurément. Comme les salariés ayant accompli leur 65^e année ne sont plus soumis à l'obligation de payer des cotisations (art. 3, 1^{er} al., LAVS), il ne reste à considérer ici que les prestations allouées à des personnes encore soumises à l'obligation précitée, c'est-à-dire celles qui sont versées aux retraités prématurés ou aux femmes. On ne peut pas dire que de telles prestations, qui sont uniques, qui supposent une activité d'au moins 10 ans dans l'entreprise et qui sont mesurées exclusivement en fonction des années de service, soient allouées « dans des circonstances déterminées, afin de récompenser de façon tangible le zèle et le mérite » au sens de la définition ci-dessus énoncée. Cela ne signifie cependant pas encore qu'elles ne soient pas soumises aux cotisations paritaires. Tel serait le cas seulement si elles correspondaient à l'une des prestations énumérées à l'article 6, 2^e alinéa, ou 8 RAVS.

3. L'autorité de première instance est arrivée à la conclusion qu'il s'agit en l'occurrence de cadeaux d'ancienneté au sens de l'article 8, lettre c, RAVS. Il faudrait toutefois pour cela que les « cadeaux de retraite » trouvent leur justification uniquement dans le fait que le salarié a accompli un certain nombre d'années de service (voir ATFA 1952, p. 241, et le jugement de la Commission supérieure de recours du canton de Zurich, du 29 janvier 1959, paru dans le *Schweiz. Zentralblatt für Staats- und Gemeindeverwaltung*, 1959, p. 517). Or, en l'espèce, les prestations n'ont pas été accordées du fait que les salariés ont atteint une certaine ancienneté, mais uniquement parce que ces salariés ont été mis à la retraite au bout de 10 ans d'activité au moins dans la maison. L'interprétation retenue par le juge cantonal va au-delà du sens habituel de l'expression « cadeau pour ancienneté de service » et n'est pas valable dans le cadre de l'article 8 RAVS, qui énumère de façon exhaustive les exceptions admises.

4. Dans son recours, la maison X s'est demandé si les indemnités litigieuses ne doivent pas être considérées comme des prestations de secours franches de cotisations. L'OFAS objecte à cela que les montants versés à ce titre sont « trop minimes » pour que l'on puisse parler de telles prestations.

Selon l'article 6, 2^e alinéa, lettre b, RAVS, les prestations d'assurance et de secours ne sont pas comprises dans le revenu provenant d'une activité lucrative, autant qu'elles ne doivent pas être considérées comme paiement indirect d'un salaire.

A l'origine, la jurisprudence entendait par prestations de secours au sens de cette

disposition des versements volontaires « accordés à une personne uniquement si elle en a besoin et si elle est digne de les recevoir » (voir ATFA 1956, p. 160 = RCC 1956, p. 404). Il ressort d'un autre arrêt que l'on peut considérer comme ayant besoin d'aide, au sens large du terme, quiconque doit cesser le travail pour raisons d'âge ou d'invalidité. Ainsi, dans certains cas, l'allocation d'indemnités de départ à des salariés d'un certain âge doit être assimilée à l'octroi anticipé de prestations de secours. On reste fidèle à cette jurisprudence en considérant aussi les prestations ici litigieuses comme des prestations de secours franches de cotisations. En effet, ces versements — constituant une aide transitoire allouée à des personnes ayant pris leur retraite prématurément — sont en étroite relation avec celle-ci et reviennent presque toujours à des salariés devenus invalides. D'autre part, malgré le faible montant qu'ils représentent, ils peuvent néanmoins revêtir une importance notable pour les bénéficiaires, vu la situation particulière de ces personnes. Vu les faits en litige, l'exception ici admise vaut d'abord pour les « cadeaux de retraite » alloués aux personnes mises à la retraite prématurément. Toutefois, on pourrait aussi considérer comme prestations de secours au sens de l'article 6, 2^e alinéa, lettre b, RAVS les indemnités versées à des salariés qui, bien que n'ayant pas encore l'âge de la retraite, doivent cesser le travail pour cause de vieillissement ou par suite d'invalidité et subissent de ce fait un préjudice notable.

Arrêt du TFA, du 30 décembre 1964, en la cause Club Sportif X.

Article 5, 2^e alinéa, LAVS. De la notion du salaire déterminant. (Considérant 1.)

Article 5, 2^e et 4^e alinéas, LAVS; article 8, lettre c, RAVS. Les prestations de l'employeur à l'occasion du mariage d'un salarié ne sont considérées comme cadeau de nocces que si elles se tiennent dans des limites usuelles; les prestations qui dépassent le salaire d'un mois ne peuvent qu'exceptionnellement être entièrement considérées comme un tel cadeau. (Considé-rants 2 et 3.)

Article 5, 2^e alinéa, LAVS. Le caractère volontaire de la prestation ne modifie pas sa nature juridique dans l'AVS. (Considérant 4.)

Articolo 5, capoverso 2, LAVS. Nozione del salario determinante. (Consi-derando 1.)

Articolo 5, capoversi 2 e 4, LAVS; articolo 8, lettera c, OAVS. Le presta-zioni del datore di lavoro in caso di nozze di un salariato sono considerate regalo di nozze soltanto se restano nei limiti usuali; le prestazioni superiori al salario di un mese possono solo per eccezione essere considerate intera-mente come regalo di nozze. (Considerandi 2 e 3.)

Articolo 5, capoverso 2, LAVS. Il carattere volontario della prestazione non modifica la natura giuridica nell'AVS. (Considerando 4.)

Le club sportif X versa au joueur Y, attribué à la première équipe, une somme de 10 000 francs à l'occasion de son mariage. La caisse de compensation réclama les cotisations sur ce versement. Le club recourut en invoquant qu'il s'agissait d'un cadeau de nocces dont le montant élevé s'expliquait uniquement du fait que le joueur en question n'avait pas eu les moyens de se mettre en ménage. Le Tribunal

cantonal admit le recours. Cependant, l'OFAS interjeta appel du jugement cantonal devant le TFA, en demandant que l'on exige des cotisations sur cette prestation dans la mesure où elle dépassait la valeur usuelle d'un cadeau de mariage. Le TFA a fait droit à ces conclusions, en énonçant les considérants suivants :

1. Conformément à l'article 5, 2^e alinéa, LAVS, font partie du revenu provenant d'une activité dépendante (appelé salaire déterminant) aussi bien les rétributions qu'un salarié touche en raison directe du travail fourni que les indemnités perçues pour un motif en rapport quelconque avec son engagement (voir ATFA 1959, p. 34 = RCC 1959, p. 393, et la jurisprudence qui y est citée). Sont même comprises dans le salaire déterminant les prestations sociales, autant que celles-ci n'ont pas été expressément exceptées par le Conseil fédéral en vertu des pouvoirs que lui confèrent l'article 5, 4^e et 5^e alinéas, LAVS, l'article 6, 2^e alinéa, et l'article 8 RAVS (voir ATFA 1963, p. 174 = RCC 1964, p. 75). Selon l'article 8, lettre c, RAVS, ne font notamment pas partie du salaire déterminant « les cadeaux de fiançailles, de mariage ou pour ancienneté de service » ; d'autre part, en vertu de l'article 6, 2^e alinéa, lettre b, RAVS, ne sont pas comprises dans le revenu provenant d'une activité lucrative « les prestations d'assurance et de secours, dans la mesure où elles ne doivent pas être considérées comme paiement indirect d'un salaire ».

2. Y avait été engagé par le club sportif X en qualité de joueur non amateur. Il était, comme tel, assujéti à l'AVS ; les primes versées par le club représentaient un salaire déterminant (voir ATFA 1964, p. 15 = RCC 1964, p. 271). Le litige revient à savoir si la prestation de 10 000 francs qu'Y a reçue de son club à l'occasion de son mariage doit ou non être englobée dans le salaire déterminant. L'autorité de première instance s'est prononcée négativement, considérant la prestation comme un cadeau de mariage au sens de l'article 8, lettre c, RAVS. Selon l'OFAS, au contraire, l'importance même de la prestation indique qu'il ne s'agit pas d'un tel cadeau ; de plus, la prestation a été allouée pour permettre au joueur Y de se mettre en ménage.

Certes, le fait que la prestation en argent a été effectuée en vue de permettre à Y d'installer son ménage n'exclut pas la notion de cadeau de mariage. En effet, bien souvent, les cadeaux de noces, en espèces ou en nature, veulent alléger la charge que représente pour les jeunes mariés l'achat d'un mobilier. D'ailleurs, en vertu de l'article 8, lettre c, RAVS, les indemnités de déménagement sont, elles aussi, exceptées du salaire déterminant. Il ne serait donc guère sensé de contester a priori le caractère de cadeau de mariage aux prestations en espèces effectuées à l'occasion d'un mariage et en vue de l'installation d'un ménage.

Il n'en reste pas moins que, par « cadeaux de mariage faits à des salariés », il faut entendre uniquement des dons ne dépassant pas la limite usuelle. D'autres cadeaux, éventuellement périodiques, ne sont exceptés du salaire déterminant, selon l'article 8, lettre c, que s'ils n'excèdent pas la valeur de 100 francs par an. Ce qui dépasse la limite usuelle est donné à un salarié pour des motifs qui, du point de vue de l'AVS, ne justifient pas l'affranchissement des cotisations. Une prestation de 10 000 francs ne peut assurément pas être considérée comme un cadeau de mariage usuel ; en l'espèce, cette prestation dépasse le total des primes qu'Y a touchées en 1959 et 1960. Vu l'article 8, lettre c, RAVS, cette prestation reste toutefois exceptée des cotisations dans la mesure où elle se tient dans des limites usuelles. Peu importe, à cet égard, que l'employeur ait ou non l'habitude de faire des cadeaux de mariage à son personnel (le club sportif prétend qu'il a cette habitude). La caisse de compensation devra indiquer par une nouvelle décision jusqu'à quel montant la prestation doit

être considérée comme exonérée de cotisations; elle aura ainsi l'occasion d'inaugurer une pratique administrative qui faisait jusqu'ici défaut sur ce point. De toute façon, les cadeaux de mariage dont la valeur excède le salaire d'un mois sont fort rares.

3. Le club sportif ne peut pas tirer de l'article 6, 2^e alinéa, lettre b, RAVS d'autres arguments en faveur de l'exonération des cotisations. Même si la notion de prestations de secours a été étendue par la nouvelle jurisprudence (voir ATFA 1964, p. 219 = RCC 1965, p. 402), le fait d'aider un salarié, à l'occasion de son mariage, à se mettre en ménage ne peut pas être assimilé à un avantage couvrant une charge qui, normalement, serait assumée par la prévoyance sociale. Vu les circonstances de ce cas, la part du versement dépassant la valeur d'un cadeau de mariage usuel au sens de l'article 8, lettre c, RAVS ne peut ici en aucune façon être considérée comme une prestation de secours. D'ailleurs, Y n'était pas dans le besoin, comme le montre clairement son dossier fiscal. Si tel avait été le cas, le club sportif aurait pu parer à la situation en accordant un prêt à des conditions avantageuses, alors que le cadeau était un témoignage de bienveillance particulière.

4. Comme l'article 6, 2^e alinéa, et l'article 8 RAVS ne prévoient pas d'autres cas d'exonération, le club sportif doit les cotisations paritaires sur la prestation de 10 000 francs allouée à son salarié, autant que cette prestation dépasse la valeur d'un cadeau de mariage usuel. Peu importe que la prestation ait été effectuée sans obligation juridique. Le fait qu'Y a changé de club une année et demie après le versement de la prestation est également sans importance, puisque le club sportif déclare lui-même que ce changement n'a pas entraîné une restitution du cadeau. Enfin, on ne peut pas non plus admettre l'objection selon laquelle il n'existe plus la possibilité de faire payer à Y la cotisation du salarié parce qu'il n'est plus au service du club sportif; on le peut d'autant moins que le club reste, de toute façon, fondé à se retourner contre son ancien joueur pour lui réclamer cette part.

Arrêt du TFA, du 20 janvier 1965, en la cause V. S. A.

Article 51, 3^e alinéa, LAVS. L'article 181, 1^{er} alinéa, du Code des obligations (cession avec actif et passif) est applicable par analogie aux dettes de cotisations AVS/AI/APG. (Considérant 2.)

Le simple fait de se référer au bilan de reprise (dans lequel la dette de cotisations n'était pas indiquée) n'empêche pas la dette de cotisations de passer à celui qui reprend l'affaire. (Considérant 3.)

Articolo 51, capoverso 3, LAVS. L'articolo 181, capoverso 1, CO (assunzione di debiti di un'azienda) è applicabile per analogia ai debiti contributivi AVS/AI/IPG. (Considerando 2.)

Il semplice fatto di riferirsi al bilancio d'assunzione (nel quale non figurava il debito contributivo), non impedisce il trapasso di detto debito all'assuntore dell'azienda. (Considerando 3.)

F. exploitait une raison sociale individuelle sous son propre nom. En février 1960 fut créée la F. S. A. Celle-ci a repris l'affaire, selon l'inscription au Registre du commerce, « avec l'actif et le passif selon bilan de reprise au 31 décembre 1959, d'après lequel l'actif s'élève à ... et le passif à ... ». En décembre 1962, la société a changé son nom en « V. S. A. ».

La caisse de compensation a fait faire, en décembre 1962, un contrôle d'employeur auprès de la V. S. A. A cette occasion, le reviseur a constaté que, durant les années 1958 à 1960, des traitements, salaires et commissions s'élevant à une somme totale de Fr. 167 904.— avaient été comptabilisés, sans que les cotisations paritaires aient été versées. Se fondant sur le rapport de contrôle, la caisse de compensation a décidé le 27 mars 1963 que la V. S. A. devait payer les cotisations en question pour la durée précitée.

La V. S. A. a recouru. Elle a prétendu qu'elle ne répondait pas du paiement des cotisations pour les années 1958 et 1959, parce que le bilan de reprise au 31 décembre 1959 ne mentionnait pas une dette de cotisations. En ce qui concerne l'année 1960, elle se déclarait tout au plus tenue dans la mesure où elle n'aurait pas correctement réglé les comptes pour les salaires de cette année.

La Commission cantonale de recours estima que le litige devait être tranché selon l'article 181, 1^{er} alinéa, du Code des obligations (appelé ci-après CO). Le preneur conserve la faculté de prouver que la reprise ne s'appliquait qu'à certains éléments de l'affaire ou de la fortune commerciale. Cette preuve est établie en l'espèce par l'inscription au Registre du commerce, ainsi que par le bilan de reprise au 31 décembre 1959. Par conséquent, la V. S. A. doit uniquement des cotisations pour les salaires qu'elle a versés elle-même depuis sa fondation.

L'OFAS interjeta appel. Celui-ci a été admis par le TFA, qui s'est fondé sur les considérants suivants :

1. ...

2. La question litigieuse est celle-ci : L'intimée doit-elle des cotisations paritaires sur des salaires que son prédécesseur, la raison individuelle E. F., a payés, sans verser les cotisations légales correspondantes ? Il s'agit de savoir si, dans les cas où il y a lieu de réclamer des cotisations arriérées, la dette de cotisations doit être aussi réglée par la maison qui a repris l'affaire. Cette question n'est — en dérogation au droit fiscal de la Confédération (cf. p. ex. art. 12 de l'arrêté fédéral concernant l'impôt sur le chiffre d'affaires; art. 121 et 122 AIN; Känzig: Wehrsteuer, N. 11 ad art. 12 AIN) — tranchée par aucune règle de droit public. Dans le droit AVS, seule est réglée la responsabilité des héritiers qui, selon l'article 43 RAVS, répondent solidairement des cotisations dues par le défunt. La jurisprudence a cependant statué que, pour un état de faits tel que celui de la présente cause, c'est l'article 181, 1^{er} alinéa, CO qui doit être appliqué (arrêts du 6 mars 1956 en la cause M., RCC 1956, p. 186; du 7 mars 1960 en la cause H., ATFA 1960, p. 42 = RCC 1960, p. 319; du 4 juillet 1963 en la cause F., ATFA 1963, p. 179). Il s'agit ici de l'application par analogie d'une norme de droit privé à une situation de droit administratif (cf. Max Imboden: Schweiz. Verwaltungsrechtsprechung, 2^e édition, pp. 32 et suivantes; Ernst Blumenstein: Die Bedeutung zivilrechtlicher Begriffe für das moderne Steuerrecht, dans: Festgabe für Eugen Huber, pp. 205 et suivantes).

Cette solution part de l'idée que diverses institutions juridiques appartiennent aussi bien au droit privé qu'au droit public. Cependant, l'application d'une norme de droit privé à des faits régis par le droit public doit être assortie des nuances voulues, là où les fins spécifiques du droit public et une répartition différente des intérêts en jeu requièrent une réglementation appropriée. Que l'article 181, 1^{er} alinéa, CO s'applique à un cas comme celui qui est ici jugé, cela se justifie déjà du fait que le paiement du salaire (acte ressortissant au droit privé) et la perception des cotisations (procédure de droit public) sont dans le système de l'AVS indissolublement liés (art. 14,

1^{er} alinéa, et 51 LAVS; art. 34 et suivants RAVS). Lorsqu'on interprète l'article 181, 1^{er} alinéa, CO, il faut dûment retenir que ce ne sont pas seulement les créances de l'AVS, considérées par le législateur comme particulièrement dignes d'être protégées, et l'intérêt du successeur d'une affaire qui sont en jeu, mais bien aussi l'intérêt des salariés visés, pour lesquels les cotisations ont une grande importance quantitative et de principe pour le droit à la rente. En examinant une affaire comme celle qui se présente ici, il faut donc équitablement tenir compte des intérêts qui sont en jeu sur le plan de l'AVS et non pas seulement de la jurisprudence et de la doctrine se rapportant à l'article 181, 1^{er} alinéa, CO.

3. Celui qui reprend un patrimoine ou une entreprise avec actif et passif est, selon l'article 181, 1^{er} alinéa, CO, tenu *sans réserve* envers les créanciers des dettes liées à cette entreprise, dès qu'il a avisé les créanciers de la reprise ou qu'il l'a publiée dans une feuille officielle. Aux yeux des tiers, c'est-à-dire des créanciers, la responsabilité du reprenant s'étend à tous les engagements, même à ceux dont le reprenant n'avait pas connaissance. Il n'y a d'exception que pour les dettes dont la reprise a été expressément refusée dans la communication faite aux créanciers ou dans l'annonce officielle (ATF 60 II, pp. 104 et suivantes, considérant 1; Entscheidungen des Obergerichts des Kantons Luzern, 1950, n° 741; Becker, 2^e édition, N. 22 et suivants ad art. 181 CO). Le simple fait de se référer à un bilan ne peut pas infirmer la présomption que tous les actifs et passifs ont passé à l'acquéreur (ATF 79 II, pp. 290 et suivantes).

Selon ces principes, la dette litigieuse de cotisations a, dans le cas particulier, passé de la maison F. à l'intimée. La simple référence au bilan de reprise au 31 décembre 1959, publiée dans la « Feuille officielle suisse du commerce », n'est pas de nature à renverser la présomption légale de la reprise totale de l'actif et du passif.

C'est au même résultat que l'on aboutit si l'on considère les intérêts des salariés visés. Ceux-ci doivent pouvoir compter que les cotisations paritaires sont versées conformément à la loi, ou qu'elles sont, le cas échéant, réclamées (art. 39 RAVS). Les salariés ne doivent pas subir un préjudice en matière d'AVS par le transfert du commerce dans lequel ils travaillent ou ont travaillé. Il pourrait en aller ainsi si l'acquéreur pouvait, en se référant simplement à un bilan de reprise, se refuser à répondre des dettes de cotisations laissées par le premier propriétaire du commerce et constatées par la suite. Cela serait possible d'autant plus là où l'ancien propriétaire est insolvable ou viendrait à fuir ses responsabilités. D'ailleurs, l'acquéreur a la possibilité d'évaluer les risques de la reprise du commerce, en faisant procéder à temps à un contrôle d'employeur (art. 68, 2 al., LAVS et 162, 1^{er} al., RAVS). Il faut en outre faire observer que la possibilité de demander la restitution des cotisations payées en trop (art. 14, 4^e al., LAVS — corollaire de l'obligation de payer les cotisations arriérées — appartient également à l'acquéreur qui peut exercer cette créance dans les limites de la prescription statuée à l'article 16, 3^e alinéa, LAVS. (Indépendamment de ce qui a déjà été dit, il se justifierait d'ailleurs à peine, sous l'angle du droit des assurances sociales, d'admettre le transfert du droit de demander la restitution, tout en niant celui de l'obligation de payer les cotisations.)

4. ...

RENTES

Arrêt du TFA, du 9 février 1965, en la cause J. H.

Article 22, 1er alinéa, LAVS. N'est invalide au sens de cette disposition que l'épouse qui, en cas de dissolution du mariage, pourrait prétendre une rente en vertu de la LAI.

Articolo 22, capoverso 1, LAVS. E' invalida, ai sensi di questa disposizione, soltanto la moglie che, in caso di scioglimento del matrimonio, potrebbe esigere una rendita in virtù della LAI.

Les époux H., apatrides, séjournent en Suisse depuis le 27 juillet 1961. Ils ont le statut de réfugiés.

En vertu d'une décision de la caisse de compensation du 17 juin 1963, l'époux, né en 1897, touche depuis le 1^{er} janvier 1963 une rente ordinaire simple de vieillesse de 108 francs par année et, depuis le 1^{er} janvier 1964, une rente complémentaire pour sa femme de 59 francs par an, conformément à l'article 22 bis, 1^{er} alinéa, LAVS.

L'assuré recourut contre cette décision et demanda une rente de vieillesse pour couple en application de l'article 22, 1^{er} alinéa, LAVS, puisque sa femme, née en 1905, était, selon avis médical, invalide à 70 pour cent. La caisse l'ayant invité à faire évaluer l'invalidité par la commission AI, l'assuré annonça sa femme auprès de ladite commission; il joignit un certificat médical d'un spécialiste confirmant qu'en raison d'une arthrose déformante (dégénérescence généralisée des articulations), l'intéressée était invalide à 70 pour cent environ. Toutefois, comme l'intéressée est invalide, selon ses propres dires, depuis 1943 et qu'elle n'était pas assurée lors de la réalisation du risque couvert par l'assurance, la caisse de compensation lui refusa l'octroi d'une rente, par décision du 3 janvier 1964. L'époux recourut de nouveau contre cette décision, objectant notamment qu'il n'avait nullement demandé une rente d'invalidité pour son épouse gravement handicapée, mais qu'il avait requis dès le début une rente de vieillesse pour couple conformément à l'article 22, 1^{er} alinéa, LAVS, en lieu et place de la rente ordinaire simple de vieillesse qui lui avait été accordée en vertu de l'article 21 LAVS. Il n'y avait dès lors pas lieu d'examiner si l'épouse était assurée et pouvait prétendre une rente d'invalidité au sens de la LAI.

L'autorité de recours constata de son côté que l'épouse, qui séjournait en Suisse depuis 1961 seulement, n'avait pas droit à une rente d'invalidité. Apparemment, une telle rente n'était certes pas sollicitée, car l'époux n'invoquait manifestement l'invalidité de sa femme que pour obtenir une rente de vieillesse pour couple conformément à l'article 22, 1^{er} alinéa, LAVS. Cependant, cette disposition supposait que l'épouse fût invalide au sens de la LAI, ce qui n'était pas le cas en l'espèce, la qualité d'assurée lors de la survenance de l'invalidité faisant défaut.

En appel, le représentant de l'assuré alléguait qu'il était inexact d'admettre une invalidité au sens de l'article 22, 1^{er} alinéa, LAVS seulement lorsque l'épouse elle-même a droit à une rente en vertu de la LAI. Il suffisait que l'épouse soit invalide en fait pour plus de la moitié; l'assuré avait donc droit à une rente de vieillesse pour couple.

L'appel fut rejeté par le TFA pour les motifs suivants :

1. ...

2. Selon l'article 22, 1^{er} alinéa, LAVS, l'homme marié de plus de 65 ans, dont l'épouse est âgée de moins de 60 ans révolus, a droit à une rente de vieillesse pour couple si l'épouse est invalide pour la moitié au moins; de même, en vertu de l'article 33 LAI, le mari d'une telle femme a droit à une rente d'invalidité pour couple s'il est lui-même invalide pour la moitié au moins.

La teneur actuelle de l'article 22, 1^{er} alinéa, LAVS a été introduite par l'article 82 LAI et sert, comme l'indique le message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'AI ainsi qu'à un projet de loi modifiant la loi sur l'AVS (FF 1958, page 1311), à « harmoniser les systèmes de l'AI et de l'AVS ». Le but du nouvel article 22, 1^{er} alinéa, LAVS est d'éviter, comme l'explique encore le message, que deux époux ne touchent pendant un certain temps deux rentes simples qui, par la suite — au moment où l'épouse aura 60 ans révolus — seraient remplacées par une rente de vieillesse pour couple d'un montant inférieur. D'ailleurs, plusieurs autres dispositions de la LAVS ont été modifiées ou complétées par l'article 82 LAI afin d'accorder le système de l'AVS à celui de l'AI. L'étroite corrélation légale qui existe entre les deux systèmes de rentes oblige à admettre que par l'invalidité au sens de l'article 22, 1^{er} alinéa, LAVS, on peut entendre seulement celle qui est déterminante selon la LAI. Admettre le contraire reviendrait à reconnaître le cas échéant, dans les systèmes combinés de rentes AVS et AI, des invalidités dont aucun de ces systèmes pris isolément ne tient compte dans les circonstances du cas particulier. L'article 22, 1^{er} alinéa, LAVS ne peut avoir pour effet l'octroi d'une rente de vieillesse pour couple en raison de l'invalidité de l'épouse, invalidité qui ne lui donnerait pas droit à une rente en vertu de l'article 28 LAI, en cas de dissolution du mariage, quand bien même la condition de durée minimale des cotisations serait remplie. L'invalidité d'une épouse n'ayant pas 60 ans révolus ne peut contribuer à donner droit à une rente pour couple en vertu de l'article 22, 1^{er} alinéa, LAVS, comme de l'article 33 LAI, que si l'épouse peut prétendre une rente individuelle selon les articles 28 et 32 LAI en cas de rupture du lien conjugal et d'accomplissement des conditions relatives aux cotisations; ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

3. En vertu de l'article 85, 1^{er} alinéa, LAI, l'épouse de l'appelant est réputée invalide depuis le 1^{er} janvier 1960. A cette date, il est incontestable qu'elle n'était pas encore assurée selon la LAI; elle n'est devenue assurée qu'à partir du 27 juillet 1961, car auparavant elle résidait à l'étranger. Selon ses propres déclarations, l'intéressée était déjà invalide en 1943 des suites d'une arthrose déformante, c'est-à-dire d'un mal qui ne progresse en règle générale qu'avec lenteur. Dès lors, si le taux d'invalidité atteignait 70 pour cent en juin 1963, soit vingt ans après le début de la maladie, il n'y a aucune raison de mettre en doute les constatations (d'ailleurs non attaquées) de la caisse, selon lesquelles l'événement assuré, conformément à l'article 28 LAI, était déjà survenu au moment où l'invalide est devenue une assurée. Il résulte de ce qui précède (chiffres 1 et 2) et de la jurisprudence rendue à propos de l'article 6, 1^{er} alinéa, LAI (cf. arrêt du TFA du 4 décembre 1964, en la cause V. B., RCC 1965, page 323), ainsi que de l'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, de l'arrêté fédéral sur le statut des réfugiés dans l'AVS et l'AI, du 4 octobre 1962, que l'invalidité de l'intéressée ne peut être prise en considération dans le cadre de l'article 22, 1^{er} alinéa, LAVS.

Article 33, 3^e alinéa, LAVS. La rente de vieillesse simple revenant à une veuve est fixée d'après les éléments qui étaient déterminants pour calculer l'allocation unique de veuve, si la rente ainsi obtenue est supérieure à celle que la veuve pourrait prétendre sur la base de ses propres cotisations et années de cotisations.

Articolo 33, capoverso 3, LAVS. La rendita semplice di vecchiaia spettante ad una vedova sarà calcolata in base agli elementi che erano determinanti per il calcolo dell'indennità unica per vedova, in quanto la rendita così ottenuta sia superiore a quella che la vedova potrebbe esigere in base ai contributi ed agli anni di contribuzione della medesima.

L'assurée, née le 3 mars 1902, est devenue veuve le 14 janvier 1959. Comme elle ne remplissait pas les conditions mises à l'octroi d'une rente de veuve, elle n'obtint qu'une allocation unique de veuve. A l'accomplissement de sa 62^eme année, elle requit une rente ordinaire de vieillesse. Par décision du 24 avril 1964, la caisse de compensation lui accorda dès le 1^{er} avril 1964 une rente de vieillesse simple de 125 francs calculée sur la base de ses propres cotisations, qui s'élevaient à 1073 francs.

L'assurée recourut contre cette décision par l'intermédiaire d'un représentant et conclut à la prise en compte des cotisations du mari pour le calcul de la rente de vieillesse, conformément à la garantie donnée par la caisse de compensation au moment du mariage en juin 1956. L'autorité de première instance jugea que la caisse de compensation avait justement calculé la rente et rejeta le recours. Le représentant de l'assurée porta la cause devant le TFA en demandant que la rente litigieuse soit fixée à nouveau conformément à l'article 33, 3^e alinéa, LAVS. Tandis que la caisse de compensation proposait le rejet de l'appel, l'OFAS a conclu à son admission, en faisant valoir que la pratique administrative n'avait jamais distingué, pour l'application de l'article 33, 3^e alinéa, LAVS, la veuve qui a obtenu une rente de veuve et celle qui a touché une allocation unique de veuve.

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

1. Il n'est pas contesté que l'assurée a droit à une rente simple de vieillesse. La seule question litigieuse est de savoir quelles sont les bases de calcul déterminantes pour fixer cette rente. La caisse de compensation est d'avis que « tous les droits que l'on peut déduire de la communauté conjugale des époux P. Z. sont épuisés par l'octroi de l'allocation unique de veuve » et que, pour le calcul de la rente de vieillesse, seules les cotisations de l'intéressée entrent encore en ligne de compte. En revanche, l'OFAS soutient qu'en l'espèce, l'article 33, 3^e alinéa, LAVS est applicable, car l'appelante a obtenu, préalablement à l'octroi de la rente de vieillesse simple, une prestation (en l'occurrence une allocation unique de veuve), qui a été calculée « sur la base des mêmes éléments que la rente de veuve ».

La pratique administrative assimile, pour l'application de l'article 33, 3^e alinéa, LAVS, l'allocation unique de veuve à la rente de veuve. Dans le cas particulier, il faudrait dès lors appliquer la première variante prévue par cette disposition, étant donné qu'elle est la plus favorable à l'assurée.

2. L'article 33, 3^e alinéa, LAVS, dans sa nouvelle teneur qui date de janvier 1964 (RO 1964, p. 280), prévoit que « la rente de vieillesse simple revenant à une veuve âgée de plus de 62 ans est calculée sur la base des mêmes éléments que la

rente de veuve (première variante); elle l'est toutefois sur la base des années entières de cotisations de la veuve et des cotisations payées par celle-ci, s'il en résulte une rente d'un montant plus élevé (2° variante). Le Conseil fédéral édictera les prescriptions complémentaires nécessaires ».

A la suite du décès de son mari, l'assurée reçoit une « allocation unique » au sens de l'article 24 LAVS. Visiblement, la caisse de compensation considère cette prestation comme une indemnité pour solde de tout compte au sens habituel du mot et en déduit que le droit issu des cotisations du mari a été épuisé. Pourtant, un examen attentif révèle que l'allocation unique de veuve ne revêt pas le caractère d'une telle indemnité. Cela ressort clairement de la comparaison entre l'allocation unique et le remboursement des cotisations versées (article 18, 3° al., LAVS; ordonnance sur le remboursement des cotisations versées à l'AVS par des étrangers et des apatrides, du 10 mars 1952/10 mai 1957). Seul le remboursement des cotisations éteint les droits de l'assuré à l'égard de l'assurance (article 6 de l'ordonnance précitée). En revanche, l'allocation unique de veuve apparaît comme une prestation d'un genre spécial, réservée aux veuves qui ne remplissent pas les conditions ouvrant droit à une rente de veuve en cours (article 23, 1^{er} alinéa, LAVS), ce qui n'empêche pas que les bases de calcul restent les mêmes (art. 36, 2^e alinéa, LAVS). Cette « allocation » vaut pour le même laps de temps que la rente de veuve. C'est également ce qu'exprime la dernière phrase de l'article 36, 2^e alinéa, LAVS, selon laquelle l'allocation ne doit pas dépasser la somme totale que la veuve pourrait recevoir sous la forme d'une rente de veuve jusqu'à la naissance du droit à une rente de vieillesse simple. (Reste incisée la question de savoir si, et le cas échéant dans quelle mesure, le remariage précocé de la bénéficiaire d'une allocation unique de veuve produirait des effets sur l'excédent de l'allocation). Du point de vue social, il est parfaitement défendable d'allouer, le cas échéant, à une veuve qui ne s'est pas remariée, et qui a atteint l'âge de la retraite, des prestations plus élevées sur la base des cotisations versées par son mari défunt, quand bien même la loi lui a refusé précédemment une rente de veuve. De plus, ce résultat est conciliable avec la teneur de l'article 33, 3^e alinéa, LAVS (voir aussi le titre marginal de l'article 31 LAVS: « cotisation annuelle moyenne déterminante » qui concerne aussi le titre marginal de l'article 33 LAVS: « 3. pour le calcul... de la rente de vieillesse simple des veuves »). Enfin, il n'est pas sans importance de relever, dans la genèse de cette disposition, que lors de la révision de 1956, le législateur a manifesté expressément son intention d'étendre le bénéfice de cette disposition aux veuves qui avaient obtenu une allocation unique de veuve, ainsi que l'explique le message du Conseil fédéral à propos de l'article 33, 3^e alinéa, LAVS:

« L'abaissement de l'âge dès lequel les femmes pourront prétendre une rente oblige à modifier cette disposition. La nouvelle rédaction permettra, par la même occasion, de mieux préciser que la rente de vieillesse revenant à une veuve est calculée soit sur la même base que la rente de veuve (ou l'allocation unique de veuve), soit sur la base des cotisations personnelles et des années de cotisations de la veuve elle-même, au cas où il en résulterait une rente d'un montant plus élevé. La dernière phrase n'est pas modifiée. » (FF 1956 I, p. 1518)

Or, la teneur proposée par le Conseil fédéral aux Chambres fédérales — et qui fut d'ailleurs acceptée sans discussion (cf. Bull. stén. du Conseil national 1956, p. 560, et Bull. stén. du Conseil des Etats, 1956, p. 295) — était en tout point conforme à la teneur actuelle de l'article 33, 3^e alinéa, LAVS, abstraction faite de l'âge de la femme ouvrant droit à la rente.

3. Il n'y a, par conséquent, aucun motif de modifier la pratique administrative instaurée de longue date, qui étend l'application de l'article 33, 3^e alinéa, LAVS aux cas semblables. En conséquence, la décision attaquée et le jugement de première instance doivent être annulés. La cause est renvoyée à la caisse de compensation, afin qu'elle calcule à nouveau la rente de vieillesse simple revenant à l'assurée en vertu de la première variante de la disposition citée, car d'après le dossier, il y a lieu d'admettre que ce mode de calcul est plus favorable à l'assurée que celui de la 2^e variante.

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 8 février 1965, en la cause R. B.

Article 12 LAI. Lorsque, à la suite de complications, la consolidation d'une fracture se fait attendre ou n'intervient pas du tout, les mesures médicales nécessaires à cette consolidation appartiennent également au traitement de l'affection comme telle, pour autant qu'elles soient en rapport avec le traitement primaire, tant matériellement que dans le temps.

Articolo 12 LAI. Quando, in conseguenza di complicazioni, il consolidamento di una frattura ritarda o non avviene del tutto, i provvedimenti sanitari necessari fan parte ugualmente della cura dell'affezione come tale, in quanto siano in relazione con il trattamento primario, sia materialmente come nel tempo.

Le 1^{er} février 1962, l'assurée s'est cassé la jambe droite en skiant. Après qu'une ostéo-synthèse eut été effectuée en clinique, une pseudarthrose se développa. Le 25 mars 1963, un chirurgien procéda à une opération. Le 19 juillet 1963, l'assurée s'est annoncée à l'AI et demanda des mesures médicales, ainsi que des moyens auxiliaires. Le 10 juin 1964, la commission AI décida de lui accorder un appareil pour la jambe et les contrôles médicaux nécessaires, mais elle refusa de prendre en charge les frais de l'opération de la pseudarthrose et les frais occasionnés par la physiothérapie, les soins à domicile, les supports plantaires ainsi que les béquilles, parce qu'il s'agissait de mesures qui avaient pour objet le traitement de l'affection comme telle. Par décision du 6 juillet 1964, la caisse de compensation notifia ce prononcé.

Le mari de l'assurée recourut contre cette décision. Le 13 novembre 1964, l'autorité de recours rejeta le recours en alléguant que selon les pièces du dossier médical, la fracture n'était pas encore consolidée au moment du dépôt de la demande.

Le TFA a rejeté, pour les motifs suivants, l'appel interjeté par le représentant de l'assurée :

1. a. La disposition de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI sert avant tout à distinguer le domaine de l'AI de celui de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation est nécessaire, parce que la LAI ne remplace pas l'assurance-maladie et accidents, mais

au contraire repose sur l'existence de cette loi. A ce sujet, le message du Conseil fédéral sur la LAI relève entre autres ce qui suit (p. 40):

« Si l'on incluait des prestations médico-pharmaceutiques dans l'assurance, même en les limitant au traitement de l'affection entraînant l'invalidité et au cercle des rentiers de l'assurance-invalidité, on ne ferait rien d'autre que d'instituer une assurance-maladie obligatoire sur la plan fédéral pour un cercle restreint de personnes et avec effet différé; on modifierait ainsi fondamentalement le système prévu par la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, selon lequel la Confédération donne aux cantons et aux communes la compétence de déclarer obligatoire l'assurance-maladie. Une dérogation si importante à un système existant ne saurait être le fait d'une loi qui n'a que des rapports indirects avec le sujet. »

Ainsi, d'après les dispositions légales actuelles, le traitement médical d'une affection appartient, en règle générale, au domaine de l'assurance-maladie et accidents. L'AI n'accorde des prestations que lorsque les conditions des articles 12 et suivants de la LAI sont remplies. Pour interpréter celles-ci, il faut tenir compte également des prescriptions générales concernant les mesures de réadaptation. Il s'agit de veiller à ce que la limite, que le législateur même ne voulait pas franchir, soit respectée.

b. En principe, on considère les actes médicaux comme appartenant, de par leur nature même, au traitement de l'affection comme telle. D'autre part, si l'assuré souffre d'une affection qui gêne son activité lucrative, le traitement médical, quand il est couronné de succès, atteint également un but lucratif. La même mesure peut présenter à la fois les caractéristiques du traitement de l'affection comme telle et de la réadaptation au sens de l'article 12 LAI; c'est pourquoi il est souvent impossible de déterminer avec sûreté à quel groupe appartient l'acte médical considéré. Comme le TFA l'a déjà prononcé à plusieurs reprises (ATFA 1962, p. 308; 1963, p. 38), il faut examiner, dans ces cas-là, à quel groupe la mesure se rattache surtout. Le caractère de traitement de l'affection comme telle est prédominant, en règle générale, lorsque la mesure vise à guérir ou à atténuer un phénomène pathologique labile. Lorsque le caractère de la mesure n'apparaît pas d'emblée clairement, on examinera, d'après toutes les circonstances du cas, si la mesure est liée si étroitement au but de réadaptation défini par l'article 12 LAI, que le traitement de l'affection comme telle passe au second plan. Il s'agit donc de procéder selon les critères exposés précédemment et sur la base de la destination de la mesure en question.

2. a. Le traitement d'une fracture due à un accident appartient sans aucun doute au traitement de l'affection comme telle. Lorsque, à la suite de complications, la consolidation de la fracture se fait attendre ou n'intervient pas du tout, les mesures nécessaires à cette consolidation appartiennent au traitement de l'affection comme telle, pour autant qu'elles soient en rapport avec le traitement primaire, tant matériellement que dans le temps.

b. L'opération de la pseudarthrose mise en discussion a dû être effectuée le 25 mars 1963, parce que le traitement primaire de l'accident n'avait pas atteint son but. Le médecin traitant a relevé, en mars 1963, soit environ une année après l'accident, ce qui suit: « Cliniquement et radiologiquement, la fracture n'est pas consolidée. L'opération a démontré la non-consolidation de la fracture. » La relation nécessaire, tant sur le plan matériel que dans le temps, avec le traitement de l'accident est ainsi établie. Le fait que, dans son rapport du 15 juillet 1964, le médecin considère toute pseudarthrose non traitée comme constituant un état invalidisant après fracture n'y change rien. Même s'il fallait admettre qu'on était en présence d'un état stabilisé, le rapport

matériel et dans le temps entre le développement pathologique dû à l'accident et l'opération de la pseudarthrose serait si étroit qu'il ne se justifierait pas — vu notamment le but principal de l'article 12, 1^{er} alinéa LAI — de séparer la pseudarthrose de l'évolution pathologique causée par l'accident, bien que l'opération en discussion ait également eu un but de réadaptation. Cette intervention chirurgicale visait principalement à remettre dans la bonne voie le processus de guérison anormal et de supprimer les suites de l'accident dont l'assurée avait été victime 13 mois avant.

3. Il résulte de ce qui précède que les mesures médicales ne peuvent être prises en charge. Par conséquent, la demande d'indemnités journalières est également à rejeter, car les indemnités journalières ne sont accordées que « pendant la réadaptation » (art. 22, 1^{er} al., LAI).

Arrêt du TFA, du 27 janvier 1965, en la cause P. G.

Article 13 LAI. Le traitement psychothérapeutique de graves troubles du comportement ne peut être pris en charge par l'AI en vertu de l'article 13 LAI, à moins que ces troubles ne soient en relation de causalité adéquate avec une infirmité congénitale.

Articles 11, 1^{er} alinéa, et 19 LAI. La formation scolaire spéciale est une mesure de réadaptation que l'AI se borne à subventionner, mais qu'elle n'ordonne point. La responsabilité du placement d'un enfant dans une école n'incombe qu'au représentant légal ou aux autorités tutélaires et scolaires, à l'exclusion des personnes et institutions qui, comme l'AI, ne font que subventionner la mesure en question. (Considérant 2.)

Articles 12 LAI et 2 RAI. Un traitement de psychothérapie qui s'étend du début de la formation scolaire spéciale à la fin de celle-ci, voire jusqu'à la fin de la formation professionnelle, n'est pas un acte répété dans une période limitée. (Considérant 3.)

Article 41 LAI. Lorsque, pour quelque raison que ce soit, des soins médicaux n'apparaissent plus, avant l'échéance du terme fixé pour la révision du cas, constituer des mesures de réadaptation à la charge de l'AI, il faut adopter, dans l'intérêt de l'assuré de bonne foi, une solution correspondant à celle qui est prévue par l'article 41 LAI. (Considérant 4.)

Articolo 13 LAI. In conformità dell'articolo 13 LAI, le spese per il trattamento psicoterapeutico di gravi disturbi del comportamento non possono essere assunte dall'AI, a meno che tra questi disturbi e l'infirmità congenita non vi sia un nesso di causalità immediato.

Articoli 11, capoverso 1, e 19 LAI. L'istruzione scolastica speciale è un provvedimento d'integrazione per il quale l'AI si limita ad assegnare sussidi ma che essa non prescrive affatto. La responsabilità del collocamento di un bambino in una scuola spetta unicamente al rappresentante legale o alle autorità tutelari e scolastiche e non alle persone e alle istituzioni che, come l'AI, non fanno altro che assegnare sussidi a favore del provvedimento in questione. (Considerando 2.)

Articoli 12 LAI e 2 OAI. Un trattamento di psicoterapia che dura dall'inizio dell'istruzione scolastica speciale fino alle fine di quest'ultima, od anche

fino alla fine della formazione professionale, non è considerato un intervento ripetuto in un periodo determinato. (Considerando 3.)

Articolo 41 LAI. Quando, per qualsiasi ragione, prima della scadenza del termine stabilito per la revisione del caso, delle cure mediche non sembrano più costituire provvedimenti d'integrazione a carico dell'AI, occorre prendere, nell'interesse dell'assicurato di buona fede, una soluzione corrispondente a quella prevista dall'articolo 41 LAI. (Considerando 4.)

L'assuré, né en 1950, a été annoncé le 15 février 1960 à l'AI. Il est affligé de surditivité congénitale. Après un essai de placement dans un institut, il fut admis comme interne dans une école spéciale en 1955. L'AI lui verse, depuis le 1^{er} janvier 1960, des subsides pour la formation scolaire spéciale qu'il reçoit dans cet établissement. Par prononcés des 24 mars 1960, 9 mars 1961 et 26 avril 1963, la commission AI lui accorde en outre, dès le 1^{er} janvier 1960 également, des mesures médicales sous la forme notamment de séances de psychothérapie. Ces prononcés furent régulièrement notifiés à l'assuré par la caisse de compensation compétente.

Par prononcé du 1^{er} novembre 1963, la commission AI suspendit toutefois les prestations pour lesdites mesures médicales, bien que le cas ne dût être révisé que le 31 décembre 1964. De l'avis de la commission, l'assuré ne recevait plus un traitement de psychothérapie, mais un enseignement scolaire spécial pour lequel il ne pouvait prétendre de plus amples subsides que ceux qu'il touchait déjà. Ce prononcé fit l'objet de la décision du 23 mars 1964 de la caisse de compensation, qui fixa au 1^{er} septembre 1963 la date à partir de laquelle l'intéressé ne pouvait plus bénéficier des prestations de l'assurance pour les mesures médicales en cause.

L'autorité cantonale de recours admit le recours formé contre cette dernière décision.

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

1. Il est constant que l'assuré ne peut recevoir une instruction et une éducation qu'au prix de difficultés exceptionnelles, en raison de sa santé délicate, d'une part, et de son caractère difficile, d'autre part. Pour le médecin, l'assuré, d'intelligence normale, souffre d'un état névrotique grave dû à un sentiment d'abandon par sa famille. Or, le traitement qu'il a suivi chez une psychopédagogue est essentiellement destiné à combattre ces troubles. Si, à un moment donné, des doutes ont pu exister à ce sujet, il ressort des pièces du dossier que les mesures en cause constituent bien un traitement psychothérapeutique, ce qui n'est du reste plus contesté aujourd'hui. Il convient dès lors d'examiner en premier lieu si les frais en découlant peuvent être assumés par l'AI en application de l'article 13 LAI, aux termes duquel les assurés mineurs ont droit au traitement des infirmités congénitales qui figurent dans la liste dressée par le Conseil fédéral dans l'OIC. Selon la jurisprudence, l'assurance prend également à sa charge, dans le cadre de cette disposition, les frais de traitement de certaines suites médiate des infirmités congénitales au sens de l'OIC, à condition qu'il existe entre ces suites et les infirmités en question un rapport de causalité adéquat (cf. p. ex. ATFA 1962, p. 213 = RCC 1963, p. 76). Or, contrairement à ce qu'ont admis les premiers juges dans l'espèce, les graves troubles caractériels de l'intimé — qui, comme tels, ne figurent pas dans l'OIC — ne constituent selon toute vraisemblance pas un phénomène secondaire d'une affection congénitale (en l'occurrence, de la surditivité de l'assuré) qui soit en relation de causalité adéquate avec cette dernière. Il y a lieu de rechercher en effet les causes de la névrose de l'intimé dans le sentiment d'abandon mentionné par le médecin; et, comme le relève l'OFAS, un placement hors de la famille — même s'il

est rendu nécessaire par la surdi-mutité — n'est pas de nature à entraîner, dans le cours ordinaire des choses, un tel sentiment. Il s'ensuit que le traitement en cause n'est pas destiné à soigner une infirmité congénitale au sens de l'OIC, ni même une affection découlant, en vertu d'un rapport de causalité étroit, d'une telle affection. Les frais qu'il occasionne ne peuvent de ce fait être mis à la charge de l'AI en application de l'article 13 LAI et de la jurisprudence relative à cette disposition.

2. Selon les premiers juges, l'état nerveux de l'intimé pourrait avoir été influencé défavorablement par son placement en internat, et la responsabilité de l'AI serait engagée conformément à l'article 11, 1^{er} alinéa, LAI, aux termes duquel « l'assuré a droit au remboursement des frais de guérison résultant des maladies ou des accidents qui lui sont causés par des mesures de réadaptation ».

Or, à supposer que l'on puisse imputer au placement de l'assuré la névrose que présente celui-ci, cela ne signifierait nullement que la responsabilité de l'AI soit engagée dans l'espèce.

En effet, la formation scolaire spéciale, au sens de l'article 19 LAI, est une mesure de réadaptation que l'AI se borne à subventionner, mais qu'elle n'ordonne point. En outre, ainsi que le Tribunal de céans l'a déjà précisé à plusieurs reprises, les prétentions découlant de l'article 11, 1^{er} alinéa, LAI ne sont pas des prétentions d'assurance, mais sont fondées sur une responsabilité causale de l'AI pour les suites d'une mesure de réadaptation ordonnée par ses organes (cf. p. ex. l'arrêt R. P. du 12 août 1964, RCC 1965, p. 228). En outre, l'instruction publique et la surveillance de l'enseignement privé ressortissent aux cantons et aux communes et, abstraction faite des cas pénaux, la décision de placer un enfant dans une école appartient aux parents ou au tuteur. Dès lors, si une telle mesure cause un dommage à un assuré, la responsabilité — si responsabilité il y a — n'en peut incomber à d'autres qu'au représentant légal ou aux autorités tutélaires et scolaires, à l'exclusion des personnes qui, comme la Confédération par le truchement de l'AI, ne font que subventionner la mesure en question. L'article 11, 1^{er} alinéa, LAI est ainsi inapplicable dans l'espèce.

3. Il faut par conséquent examiner si les mesures en cause pourraient être assumées par l'AI dans le cadre de l'article 12 LAI. Comme l'a exposé le TFA dans son arrêt H. H. (ATFA 1962, p. 308 = RCC 1963, p. 120) à propos de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, une mesure est considérée comme mesure de réadaptation lorsqu'on ne peut parler d'un traitement proprement dit de l'affection — on est en présence d'un tel traitement, en règle générale, lorsque l'objet premier des mesures en cause est de guérir ou d'atténuer un état pathologique évolutif ou labile — et que la mesure appliquée est de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Si un acte médical n'appartient pas au traitement proprement dit de l'affection, il faut examiner s'il sert principalement à la réadaptation professionnelle dans la mesure indiquée ou s'il vise d'autres buts. Pour décider si un acte médical dont bénéficie un assuré mineur vise principalement la réadaptation professionnelle et s'il est de nature à améliorer la capacité de gain de façon durable et importante, il faut se fonder sur l'article 5, 2^e alinéa, LAI, qui prévoit que « 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 ». Comme le TFA l'a déjà reconnu maintes fois, lorsqu'un assuré atteint l'âge de la formation professionnelle, des mesures médicales de réadaptation peuvent s'imposer avant même la survenance de séquelles présentant un caractère stable; dans de nombreux cas, une attente rendrait même la formation professionnelle plus difficile, retarderait l'entrée dans la vie professionnelle et

compromettrait les chances de succès de mesures de réadaptation qui devraient tout de même être exécutées un jour. Aussi des mesures médicales en faveur de jeunes assurés arrivant à l'âge de la formation professionnelle peuvent-elles être considérées comme visant déjà principalement la réadaptation professionnelle — quand bien même l'affection a encore un caractère évolutif — lorsque :

- a. à défaut de ces actes médicaux s'installeraient à brève échéance des séquelles présentant un caractère stable, qui porteraient préjudice à la formation professionnelle ou à la capacité de gain ; et que
- b. ces mesures, uniques ou répétées dans une période limitée, sont nécessaires et adéquates en vue de l'activité lucrative future ; et que
- c. l'exécution au moment considéré en paraît indiquée, tant médicalement que du point de vue professionnel (cf. p. ex. ATFA 1964, p. 19 = RCC 1964, p. 202 ; ATFA 1963, p. 53 = RCC 1963, p. 408 et la jurisprudence citée au considérant 2).

Dans l'espèce, sans les soins de psychopédagogie dont il a bénéficié, l'assuré ne pourrait être instruit, ce qui lui enlèverait pratiquement tout espoir de gagner sa vie. D'autre part, le succès d'un traitement psychiatrique destiné à adapter le mineur à sa situation dépend de la rapidité de l'intervention, un traitement tardif étant voué à l'échec. On ne saurait dire en revanche que les mesures en cause constituent des actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée: le traitement litigieux est appliqué depuis juin 1960 et devra continuer encore pendant une durée indéterminée, apparemment durant toute la scolarité de l'intéressé au moins. Toute relative qu'est la notion de période limitée pour les jeunes assurés, on ne saurait considérer comme telle une période s'étendant du début de la scolarité à la fin de celle-ci, voire à la fin de la formation professionnelle, ce que l'autorité de première instance a du reste relevé. L'une des conditions requises par la jurisprudence précitée pour que les mesures en cause puissent être prises en charge par l'AI, en application de l'article 12 LAI, n'est ainsi pas remplie dans l'espèce. Aussi l'appel doit-il être admis.

4. Reste à examiner toutefois si la décision du 23 mars 1964 de la caisse de compensation — décision qui doit être rétablie en principe — pouvait produire ses effets dès le 1^{er} septembre 1963. A cet égard, la commission AI a constaté que le traitement se prolongeait et qu'il ne pouvait plus, avec le temps, constituer une mesure de réadaptation à la charge de cette assurance. La situation qui se présente dans le cas présent n'est pas sans comporter certaines analogies avec celle dans laquelle se trouve le rentier dont l'invalidité se modifie, en influençant son droit à la rente pour l'avenir (art. 41 LAI). L'équité veut dès lors qu'on adopte une solution identique à l'endroit de l'assuré de bonne foi lorsque, pour quelque raison que ce soit, des soins médicaux n'apparaissent plus, à un moment donné, mais avant l'échéance du terme fixé pour la révision du cas, constituer des mesures de réadaptation à la charge de l'AI. C'est donc à partir du 23 mars 1964 seulement que la décision attaquée pourra produire ses effets dans le cas particulier (cf. p. ex. RCC 1965, p. 49). L'AI assumera donc jusqu'au 23 mars 1964 seulement les frais du traitement psychopédagogique en cause.

Arrêt du TFA, du 30 décembre 1964, en la cause Y. M.

Article 16 LAI. L'AI prend en charge les frais supplémentaires, dus à l'invalidité, d'un apprentissage professionnel, jusqu'à la fin de celui-ci, même si la nature de l'infirmité exige que cet apprentissage ait lieu dans

un établissement ou qu'il dure plus longtemps que pour un apprenti en bonne santé. Toutefois, lorsque l'apprentissage est terminé, la formation professionnelle initiale est réputée achevée.

Articolo 16 LAI. L'AI assume le spese suppletive, cagionate dall'invalidità, per un tirocinio professionale, fino alla sua fine, anche se la natura dell'infermità esige che questo tirocinio sia fatto in uno stabilimento o che la sua durata sia più lunga di quella che necessita un apprendista sano. Tuttavia, terminato il tirocinio, la prima formazione professionale è considerata finita.

L'assurée est, par suite d'une dégénérescence congénitale de la rétine, complètement aveugle de l'œil droit et presque aveugle de l'œil gauche. Au cours de ces dernières années, l'AI lui a remis divers moyens auxiliaires, lui a accordé des contributions pour lui permettre de fréquenter une école spéciale et a pris en charge les frais supplémentaires d'un apprentissage comme employée de commerce dans plusieurs maisons pour aveugles. En mars 1964, l'assurée a terminé avec grand succès son apprentissage de trois ans. Par requête du 23 avril 1964, une maison pour aveugles demanda à la commission AI compétente que l'AI fasse bénéficier l'assurée d'un cours de six mois dans une école de Londres, pour compléter l'apprentissage, ce qui reviendrait à quelque 3000 francs. Elle alléguait, à l'appui de sa demande, qu'une jeune fille aveugle ne pouvait espérer trouver une occupation complète dans un bureau que si elle avait des connaissances supérieures à la moyenne dans deux langues étrangères. Selon le prononcé de la commission, du 21 mai, la caisse de compensation décida le 5 juin 1964 que l'AI avait déjà financé l'apprentissage professionnel et ne pouvait pas prendre à sa charge des frais supplémentaires. La maison pour aveugles recourut avec le même argument. Cependant, la commission cantonale de recours rejeta le recours par jugement du 17 septembre 1964.

La maison pour aveugles a fait appel dans les délais prescrits. Elle renouvelle la demande faite en faveur de l'assurée. A son avis, le juge cantonal a tort de prétendre que l'assurée a, durant son apprentissage, acquis les connaissances linguistiques que l'on est en droit d'exiger de la part d'une employée de commerce sortant d'apprentissage. Un aveugle est peu apte à certains travaux de bureau (p. ex. travaux à la machine à calculer, expédition, comptabilité); il doit compenser cette carence par des connaissances linguistiques exceptionnelles. Tandis que la caisse de compensation se contente de se référer à l'arrêt publié dans ATFA 1963, p. 200, l'OFAS déclare dans son préavis que l'appel n'est pas fondé et fait observer notamment ce qui suit :

La formation professionnelle n'est à la charge de l'AI que dans la mesure où elle est nécessaire à l'activité lucrative future d'un invalide. On demande à une correspondancièrè spécialisée dans les langues étrangères de connaître le vocabulaire, l'orthographe et les principes du style. Etant donné les méthodes d'enseignement actuelles, un séjour à l'étranger n'est pas indispensable. D'autre part, l'assurée n'a pas en vue une place pour laquelle un séjour en Angleterre est exigé.

Dans des requêtes complémentaires datées du 10, du 24 et du 29 décembre, la maison pour aveugles fait savoir que l'assurée a suivi un cours d'anglais à Londres, du 4 mai au 9 octobre 1964, qu'elle a travaillé pendant un mois à l'essai, en novembre, en qualité de correspondancièrè dans une fabrique de textiles et que, depuis décembre, elle y travaille comme employée à plein temps. Cette jeune fille utilise un dictaphone et correspond en allemand, français et anglais; elle gagne 650 fr. par mois pour débiter. Sans le séjour en Angleterre, elle n'aurait guère pu être réadaptée complètement. Alors

que les cours du soir d'écoles professionnelles permettent à un employé jouissant de la vue de se perfectionner d'une façon ou d'une autre, l'aveugle qui sollicite une place de correspondancier doit passer quelques mois à l'étranger afin de compléter son apprentissage et, ainsi, se spécialiser le mieux possible.

Le TFA rejeta l'appel pour les motifs suivants :

1. 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 (art. 16 LAI). Sont considérés comme formation professionnelle initiale l'apprentissage professionnel ou la formation accélérée, ainsi que la fréquentation d'écoles professionnelles, supérieures ou universitaires (art. 5, 1^{er} al., RAI).

L'apprentissage vise à donner à l'apprenti l'habileté et les connaissances nécessaires pour exercer sa profession (art. 7, 1^{er} al., de la loi du 20 septembre 1963 sur la formation professionnelle). C'est pourquoi l'AI prend en charge les frais supplémentaires, dus à l'invalidité, d'un apprentissage professionnel, jusqu'à la fin de celui-ci, même si la nature de l'infirmité exige que cet apprentissage ait lieu dans un établissement ou qu'il dure plus longtemps que pour un apprenti en bonne santé. Toutefois, lorsque l'apprentissage est terminé, la formation professionnelle *initiale* est réputée achevée; l'éventuel perfectionnement du jeune invalide sur le plan professionnel n'est plus à la charge de l'AI.

2. Il en est ainsi dans le cas présent. A la fin de l'apprentissage commercial en mars 1964, la formation professionnelle initiale de l'assurée aveugle était terminée et l'AI n'était, dès lors, plus tenue de verser les prestations prévues par l'article 16 LAI. Déjà alors, l'appelante possédait les notions de la langue anglaise que doit avoir une jeune correspondancière; il n'aurait pas été absolument nécessaire de lui faire suivre un cours de perfectionnement en Grande-Bretagne pour lui trouver une occupation complète. En juillet 1962 déjà, le directeur de la maison pour aveugles avait déclaré que « son pronostic était des plus favorables » en ce qui concerne cette jeune fille intelligente, appliquée et accommodante. D'ailleurs, d'après le certificat de fin d'apprentissage du 26 mars 1964, l'assurée a obtenu la note « bien à très bien » dans les disciplines obligatoires (notamment correspondance allemande, français et dactylographie), comme dans les disciplines facultatives (anglais et sténographie française).

La maison pour aveugles prétend entre autres choses que seuls les employés de bureau jouissant de la vue ont la possibilité de se perfectionner en suivant des cours du soir dans des écoles commerciales et professionnelles. On peut se demander dès lors si l'AI pourrait rembourser à une jeune correspondancière aveugle qui, selon le désir de son employeur, devrait approfondir ses connaissances linguistiques, les frais occasionnés par l'achat de disques destinés à apprendre les langues, en donnant un sens plus large à la notion d'apprentissage. Cependant, il n'y a pas lieu de statuer là-dessus dans la présente cause.

3. La commission AI s'est prononcée le 21 mai 1964 sur la demande de l'assurée du 23 avril. Toutefois, l'assurée avait déjà commencé son séjour en Angleterre au début de mai, sans attendre le prononcé de la commission. Selon toute apparence, le juge cantonal aurait pu rejeter la demande en question, ne serait-ce qu'en vertu de l'article 60, 1^{er} alinéa, lettre b, LAI et de l'article 78, 2^e alinéa, RAI.

Arrêt du TFA, du 11 mars 1965, en la cause W. F.

Article 17 LAI. Par reclassement, il faut entendre en principe toutes les mesures de réadaptation de nature professionnelle nécessaires et propres à procurer à l'assuré, qui exerçait déjà une activité lucrative avant de devenir invalide, une activité lucrative si possible équivalente, mais non pas une formation professionnelle nettement supérieure.

Articolo 17 LAI. Per riformazione si devono intendere, di regola, i provvedimenti d'integrazione di natura professionale necessari e idonei a procurare all'assicurato, che esercitava già un'attività lucrativa, prima di diventare invalido, un'attività lucrativa possibilmente equivalente, ma non una formazione professionale nettamente superiore.

L'assuré, né en 1946, fréquenta l'école primaire, puis l'école secondaire pendant deux années, jusqu'au printemps 1961, date à laquelle cessait pour lui la scolarité obligatoire. Du printemps 1961 jusqu'au début de décembre 1962, il travailla dans l'exploitation agricole de ses parents. Le 11 décembre 1962, il dut être amputé de la jambe gauche, au tiers inférieur de la cuisse, en raison d'une tumeur ossuse maligne (sarcome ostéogénétique) de la partie moyenne et supérieure du tibia. En février 1963, l'assuré entra dans un internat où, jusqu'à Pâques 1963, il refit la seconde année d'école secondaire, puis suivit la troisième année. L'assuré ayant déposé une demande de prestations en décembre 1962, la commission AI lui accorda une contribution aux frais de pension pour le temps d'études passé dans cette école. Sur recours de l'assuré, la commission cantonale de recours décida que la fréquentation de l'école secondaire en internat représentait pour l'assuré un reclassement au sens de l'article 17 LAI, puisque, après l'accomplissement de la scolarité obligatoire, il avait exercé une activité lucrative dans l'entreprise agricole de ses parents, activité qu'il ne pouvait plus poursuivre à cause de son invalidité; par conséquent, la commission cantonale de recours mit à la charge de l'AI l'ensemble des frais entraînés par la fréquentation de l'école secondaire (jugement du 1^{er} août 1963). Ce jugement ne fut pas attaqué et passa en force.

En automne 1963, l'assuré, pour qui l'office régional avait en vue, après la fin de la troisième année d'école secondaire, un apprentissage, entra en troisième année de la division technique du collège, pour obtenir, après cinq ans, la maturité du type C. Après avoir pris l'avis de l'OFAS, la commission AI décida, le 18 juin 1964, de ne pas assumer les frais de la formation en division technique, puisqu'elle ne s'imposait pas et n'était par conséquent pas nécessaire; cependant, la commission AI se déclarait prête à assumer ces frais (pour les branches obligatoires) jusqu'à Pâques 1964, puisque l'école secondaire aurait duré jusqu'à cette date.

L'assuré recourut à nouveau devant la commission cantonale de recours contre la décision de la caisse, du 23 juin 1964, lui notifiant ce prononcé. Il faisait valoir que la formation en division technique représentait un reclassement dont les frais allaient à la charge de l'AI. Par jugement du 29 octobre 1964, la commission cantonale de recours admit le recours; étant donné que, selon un rapport de la direction de l'école, du 30 juin 1964, les résultats obtenus par l'assuré, après les difficultés du début, s'étaient indéniablement améliorés, on ne pouvait pas nier son aptitude à faire des études.

L'OFAS a fait appel devant le TFA contre ce jugement cantonal. Il conclut au rétablissement de la décision de la caisse du 23 juin 1964 pour les motifs suivants: Bien qu'il faille reconnaître à l'assuré le droit à être reclassé, ce reclassement doit

rester dans les limites de ce qui est nécessaire. Ni l'état de santé, ni les aptitudes de l'assuré ne s'opposent à un apprentissage complet; en revanche, l'assuré ne présente pas d'aptitude manifeste pour les études universitaires qui représenteraient, dans un plan de reclassement, la seule suite logique à donner à sa formation, après la maturité. L'assuré considère l'appel comme non fondé; il renvoie à un rapport de la direction de l'école, du 9 janvier 1965, attestant qu'il est un élève rangé et consciencieux; qu'ayant exercé le métier d'agriculteur avant son opération, il voit sa vocation dans l'agriculture et se propose de devenir agronome.

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

1. L'assuré, qui travaille dans l'entreprise agricole de ses parents et ne peut poursuivre cette activité en raison d'une invalidité survenue entre-temps, a incontestablement le droit d'être reclassé. L'autorité de première instance a décidé, dans une procédure antérieure, que la fréquentation des 2^e et 3^e années d'école secondaire dans un internat (à laquelle devait faire suite, selon l'office régional, un apprentissage) représentait une telle mesure. Ce jugement non attaqué et passé en force ne peut pas être reconsidéré aujourd'hui, ni en fait, ni en droit.

Cependant, l'assuré a déjà passé, avant la fin de la 3^e année d'école secondaire, dans la division technique de l'internat pour obtenir, après 5 ans d'études, la maturité du type C. C'est pourquoi on doit se demander aujourd'hui si cette formation peut, elle aussi, être reconnue comme un reclassement. A ce propos, il faut tenir compte du fait que la maturité ne représente pas la fin d'une formation; bien plus, après la maturité, il faut poursuivre les études qui, en règle générale, ne peuvent se faire que dans une université. Selon le rapport de la direction de l'internat, l'assuré envisage de devenir agronome; il veut donc, après la maturité, faire des études à l'Ecole polytechnique fédérale.

2. En vertu de l'article 17, 1^{er} alinéa, 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. D'après le sens de cette disposition, les mesures de reclassement doivent rétablir autant que possible la capacité de gain antérieure, perdue, totalement ou en partie, par suite d'une invalidité. En règle générale, on choisit de préférence à cet effet une profession équivalente à celle exercée jusqu'alors et qui correspond aux aptitudes de l'assuré. Ainsi, par reclassement, il faut entendre la somme des mesures de réadaptation qui présentent le caractère d'une formation professionnelle et qui sont nécessaires et propres à procurer à l'assuré une possibilité de gain équivalant autant que possible, à celle qu'il avait précédemment, lorsque cet assuré exerçait une activité lucrative avant de devenir invalide. Par conséquent, le but du reclassement doit être proportionné à l'activité exercée jusqu'alors. C'est à une conclusion identique que conduit l'application par analogie de l'article 21, 2^e alinéa, LAI, d'après lequel l'assurance prend en charge les moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat. En effet, cette disposition exprime le principe général que les mesures de réadaptation doivent être simples et adéquates. Si l'on ne limitait pas le but du reclassement à une capacité de gain approximativement équivalente à celle existant auparavant, il surgirait une disproportion entre les dépenses pour la formation initiale selon l'article 16 LAI, d'une part, et les dépenses pour le reclassement, selon l'article 17 LAI, d'autre part, puisque ces deux genres de dépenses visent à donner ou restituer à l'assuré la capacité de gain dont il eût disposé probablement sans la survenance de l'invalidité. Toujours est-il qu'on peut se demander si, sous le titre de reclassement, on pourrait accorder, exceptionnellement, des prestations

permettant d'atteindre un but professionnel plus élevé, lorsque l'enquête de l'AI révèle que l'assuré dispose d'aptitudes qui, visiblement, seraient insuffisamment mises en valeur par la profession du même genre. Cette question ne se pose pourtant pas en l'espèce, comme il sera encore démontré.

3. L'assuré ayant travaillé comme agriculteur avant la survenance de l'invalidité, une formation d'agronome, comprenant une maturité et des études universitaires qui s'étendent sur des années, ne peut plus être considérée comme une mesure simple et adéquate au sens de la loi. Au contraire, par une telle formation, on poursuit un but professionnel nettement supérieur. L'assuré, qui est aujourd'hui, il est vrai, un bon élève, ne fait cependant pas preuve de dons tellement exceptionnels que des études universitaires, sous le titre de reclassement, s'imposeraient. Toujours est-il qu'on ne peut pas s'en tenir au prononcé de la commission AI, qui refuse d'accorder de nouvelles mesures de reclassement dès Pâques 1964. La commission AI doit bien plutôt examiner quelle sorte de reclassement apparaît la plus adéquate, compte tenu des aptitudes et de l'invalidité de l'assuré et de la profession exercée antérieurement. C'est dans cette mesure que des prestations selon l'article 17 LAI doivent être accordées à l'assuré si celui-ci accepte le reclassement dans les limites fixées. Cependant, s'il devait poursuivre ses études avec la maturité et une formation universitaire, il faudrait se demander si des contributions aux frais entraînés par cette formation ne pourraient pas être versées. On pourrait songer à une application par analogie de la pratique selon laquelle des contributions sont accordées, selon les circonstances, pour l'achat de moyens auxiliaires dont l'exécution n'est plus « simple » au sens de l'article 21, 2^e alinéa, LAI. En examinant cette question, il pourrait en outre être important de considérer que — à la différence de l'acquisition de moyens auxiliaires dont la valeur dépasse la moyenne — la réalisation des hautes ambitions professionnelles de l'assuré, à si longue échéance, paraît plus ou moins incertaine.

Arrêt du TFA, du 17 décembre 1964, en la cause W. N.

Article 21 LAI. Des lunettes ne sont remises qu'à titre de complément d'une mesure médicale de réadaptation, même quand l'assuré en a besoin pour utiliser un moyen auxiliaire remis par l'AI, par exemple un véhicule à moteur. (Considérant 1.)

L'AI est tenue de remettre aux assurés des véhicules à moteur en parfait état de marche et offrant toute sécurité, ce qui, selon les conditions climatiques, implique aussi l'équipement des véhicules au moyen de pneus à neige ou de dispositifs similaires. (Considérant 2.)

Articolo 21 LAI. Gli occhiali non sono consegnati a titolo di complemento di un provvedimento sanitario d'integrazione anche se l'assicurato ne abbisogna per poter utilizzare un mezzo ausiliario fornitogli dall'AI, ad esempio, un veicolo a motore. (Considerando 1.)

L'AI è tenuta a fornire agli assicurati veicoli a motore in perfetto stato di funzionamento e che offrono ogni sicurezza, ciò che, secondo le condizioni climatiche, implica anche l'equipaggiamento di veicoli con pneumatici per la neve o simili dispositivi. (Considerando 2.)

Au début de 1963, l'AI a remis en prêt à l'assuré, qui a de la peine à marcher, une automobile à titre de moyen auxiliaire. Après s'être vu refuser, en procédure d'ap-

pel, le 3 février 1964, l'augmentation du nombre de kilomètres autorisés par l'administration pour les courses privées, l'assuré tenta, en avril 1964, de se faire octroyer, entre autres, des pneus à neige et des lunettes pour conduire. La commission AI n'admit pas cette demande et l'autorité de recours compétente rejeta, le 22 août 1964, le recours que l'assuré avait formé contre la décision de la caisse de compensation, du 30 juin 1964.

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

1. L'assuré a droit, conformément à l'article 14 RAI, aux moyens auxiliaires qui sont nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle. Cependant, les frais de lunettes ne sont pris en charge que si ce moyen est le complément important de mesures médicales de réadaptation (art. 21, 1^{er} al., LAI). L'AI ne peut accorder des lunettes que si ces conditions sont remplies.

L'appelant allègue qu'il a besoin de lunettes seulement pour conduire le véhicule à moteur remis par l'AI. Ceci concorde avec un rapport de l'oculiste, de mai 1964, selon lequel l'assuré doit absolument porter des lunettes pour conduire. Ce médecin a diagnostiqué une légère myopie et a déclaré qu'il était nécessaire de procéder de temps en temps à un contrôle des yeux; par contre, il a nié la nécessité d'un traitement médical. Ainsi, en l'espèce, les lunettes ne serviraient pas de complément à une mesure médicale de réadaptation, mais permettraient l'utilisation d'un moyen auxiliaire accordé par l'AI. La loi ne permet cependant pas d'octroyer des lunettes à cette fin. Que celles-ci soient nécessaires pour conduire le véhicule à moteur remis en prêt ne change rien à la cause. De même, l'assuré auquel l'AI a remis par exemple des béquilles peut aussi avoir besoin, dans la rue, de lunettes corrigeant une éventuelle myopie; malgré cela, l'article 21 LAI n'en autorise pas l'octroi, pas plus qu'à des adultes qui, en raison de troubles de l'accommodation, seraient absolument incapables de travailler sans lunettes. L'appel doit donc être rejeté dans la mesure où il tend à l'octroi de lunettes.

2. En ce qui concerne la demande de pneus à neige, il faut tout d'abord rappeler que le TFA, dans son arrêt du 17 décembre 1963, avait déjà nié le droit du même appelant à leur remise par l'AI (ATFA 1963, 270 = RCC 1964, p. 164). Mais à cette époque, il s'agissait de la pose de pneus neufs sur une vieille voiture que l'assuré avait acquise plusieurs années avant l'entrée en vigueur de l'AI. Entre-temps, il a obtenu en prêt de l'AI un nouveau véhicule à moteur qui est pourvu de pneus d'été. C'est pourquoi il y a lieu de se demander si l'appelant peut exiger que l'AI complète l'équipement de cette voiture par des pneus à neige.

D'après l'article 21, 2^e alinéa, LAI, l'assurance prend en charge les moyens auxiliaires d'un modèle adéquat. On entend par là que, quand un véhicule à moteur est remis à titre de moyen auxiliaire, il doit être en parfait état de marche et offrir toute sécurité. Selon l'arrêt du TFA précité, du 17 décembre 1963, une automobile ne fonctionne bien et n'offre toute sécurité que si elle est pourvue de pneus réglementaires. Ceux-ci doivent être tels, ou susceptibles d'être adaptés au moyen d'accessoires adéquats, qu'ils satisfassent aux exigences du chemin du travail en toute saison; car l'assuré doit pouvoir exercer en permanence l'activité lucrative qui lui assure son existence et pour laquelle il utilise le véhicule (voir art. 15, 2^e al., RAI).

Lorsqu'une automobile, remise à titre de moyen auxiliaire, est utilisée en hiver, quelles exigences peut-on poser à ses pneus? Il est difficile de répondre d'une façon générale. Selon la région où l'assuré demeure et travaille, ces exigences peuvent varier. Pour rouler sur les routes de plaine dans le sud du Tessin et dans les principales villes du Plateau, des pneus normaux peuvent suffire pendant toute l'année, si

ces routes sont constamment déblayées. Mais pour permettre à une voiture de circuler sur des routes enneigées, il peut être nécessaire de munir ses roues à traction de pneus à neige ou d'autres accessoires servant au même but, faciles à adapter aux pneus normaux et offrant toute sécurité. S'il était reconnu que l'automobile doit être pourvue de pneus à neige, il faudrait en outre examiner si l'on peut exiger de l'AI qu'elle remette, en plus, quatre pneus normaux. Ces questions doivent être résolues compte tenu des exigences techniques particulières que pose le chemin du travail dans les différents cas.

En l'espèce, le dossier ne contient aucune précision sur le chemin du travail que l'assuré doit parcourir en hiver. Par conséquent, il incombe à la commission AI d'examiner si l'équipement actuel de la voiture, comprenant cinq pneus normaux, répond en hiver aussi aux exigences que pose ce chemin, ou si, conformément à ce qui vient d'être dit, il doit être complété ou partiellement modifié (ce qui peut impliquer l'échange de certaines pièces), de façon que le véhicule soit en parfait état de marche, offre toute sécurité en hiver également et remplisse ainsi son but. Pour la solution de ces questions, il faut considérer exclusivement les exigences du chemin du travail, et ne pas tenir compte des importantes courses privées que fait l'assuré.

Arrêt du TFA, du 17 mars 1965, en la cause K. B.

Article 21 LAI; articles 14, 1^{er} alinéa, lettre g, 15, 2^e alinéa, et 16, 2^e alinéa, RAI. Les réparations des moyens auxiliaires ne sont prises en charge par l'assurance que lorsque les conditions de remise sont observées. Par conséquent, un assuré n'a pas droit au remboursement des frais de réparation lorsqu'il a utilisé son véhicule à moteur pour des courses privées au-delà des 4000 km. prescrits, usant ainsi le véhicule prématurément.

Articolo 21 LAI; articoli 14, capoverso 1, lettera g, 15, capoverso 2, e 16, capoverso 2, OAI. Le spese di riparazione di mezzi ausiliari sono assunte dall'AI soltanto quando le condizioni di consegna sono state osservate. Di conseguenza, un assicurato non ha diritto al rimborso delle spese di riparazione quando ha utilizzato il suo veicolo a motore per delle corse private oltre ai 4000 km prescritti, usando così il veicolo prematuramente.

A la suite d'une poliomyélite dont il a été victime pendant son enfance, l'assuré, âgé de 55 ans aujourd'hui, a la jambe gauche nettement atrophiée (elle ne s'est pas développée pendant la période de croissance) et trop courte de 6 cm. Cette anomalie a provoqué des altérations scoliotiques manifestes (déviation latérale) dans la colonne vertébrale, ainsi qu'une grave *spondylarthrosis deformans* (maladie qui provoque une déformation des petites articulations de la colonne vertébrale); cette affection empire depuis janvier 1956. Ces infirmités empêchent l'assuré de se déplacer, au point qu'il lui est impossible, selon les constatations faites par la commission AI, de se rendre à son travail sans un véhicule à moteur personnel. Par conséquent, la caisse de compensation lui a octroyé, par décision du 2 août 1962, une automobile légère remise à titre de prêt, tout en l'avertissant que « les frais de réparation et de remplacement partiel... ne seraient pris en charge par l'AI que dans la mesure où ils seraient nécessités, malgré un usage soigneux, par les courses depuis le domicile jusqu'au lieu de travail ».

Par lettre du 13 août 1962, la commission AI, en complément de la décision de la caisse, informa l'assuré de ce qui suit « afin d'éviter d'avance tout malentendu »:

« Le véhicule à moteur est remis à titre de prêt et appartient à l'AI. Néanmoins, il doit être entretenu comme votre propre voiture, peut-être même mieux.

La voiture vous a été octroyée pour vous rendre à votre lieu de travail. Les courses privées doivent par conséquent être réduites au minimum, afin que la voiture puisse servir pendant de nombreuses années.

Pour vos courses privées, une marge de 4000 kilomètres vous est accordée. En plus des courses pour aller à votre travail, vous pouvez donc rouler 4000 km., sans porter préjudice à l'AI. Si les courses privées devaient dépasser cette marge, nous ne prendrions pas en charge les éventuelles réparations et plus tard, au moment où le remplacement de la voiture deviendrait nécessaire, nous nous verrions obligés de mettre à votre charge les frais supplémentaires qui en résulteraient. »

L'octroi de la voiture répondait tout à fait au désir de l'assuré qui, après un essai en juillet 1962, s'était d'ailleurs exprimé dans un sens très favorable sur le rendement du véhicule. Ce dernier était suffisamment spacieux. Après avoir roulé quelques centaines de kilomètres, il déclara de nouveau, en septembre 1962, qu'il en était « très satisfait ».

Le 7 avril 1964, l'assuré informa la commission AI que « malheureusement, cette voiture n'était pas l'automobile légère » qu'il lui fallait. Au cours de l'hiver dernier (1963/1964), sa jambe gauche avait commencé à « se refroidir ». Etant donné qu'il s'agissait « de garder ou de perdre une jambe », il songeait à changer de voiture, et seule une voiture plus grande entrait en ligne de compte. Par la suite, on constata que le cardan de la voiture, octroyée à l'état de neuf en août 1962, s'était cassé et que l'assuré — selon ses propres déclarations — avait parcouru, jusqu'au 11 avril 1964, 22 119 km. La commission AI chargea l'office régional d'examiner les questions soulevées par la nouvelle demande. Le 28 juillet 1964, ce dernier rapporta ce qui suit :

Pendant les deux ans au cours desquels l'assuré avait été en possession de la voiture, il avait parcouru en tout 25 300 km. (jusqu'au 28 juillet 1964). Le chemin du domicile au lieu de travail ne représentait en moyenne que 2080 km. par an et ne devait par conséquent guère avoir contribué à nécessiter des réparations déjà maintenant. Pour ses courses privées, l'assuré avait parcouru 21 000 km., dépassant ainsi en moyenne de 6500 km. la marge annuelle de tolérance de 4000 km. Il motivait ce dépassement en indiquant qu'au cours des deux dernières années, il avait dû se rendre au moins 20 fois dans une station balnéaire. Devant faire face à des difficultés familiales, il avait besoin de se détendre par de grands voyages et des sorties dominicales. L'office régional précisa que malgré tout, la voiture se trouvait encore en assez bon état aujourd'hui, qu'elle roulait bien et qu'en l'exploitant normalement, elle répondrait entièrement aux exigences. Quant à savoir si ces courses nuisaient à la santé de l'assuré, c'était une question d'ordre médical qu'il fallait se poser en se demandant si ces effets nocifs continueraient à se produire en cas d'usage normal de la voiture.

Sur la base d'un prononcé de la commission AI, la caisse de compensation notifia à l'assuré, par décision du 21 septembre 1964, ce qui suit :

- a. La demande de remise d'une nouvelle voiture à la charge de l'AI est rejetée.
- b. Les réparations nécessitées par les courses non autorisées ne peuvent en aucun cas être prises en charge par l'AI.

- c. La commission AI laisse la voiture à l'assuré jusqu'à nouvel ordre, mais le menace de la lui reprendre au cas où il continuerait à enfreindre les prescriptions sur son usage.
- d. Si une autorité compétente peut prouver que l'usage normal de cette automobile légère a un effet nocif considérable sur sa santé, l'assuré est libre de présenter une nouvelle demande à la commission AI.
- e. La durée d'emploi de la voiture remise est estimée, compte tenu d'un usage normal (courses au lieu de travail, plus 4000 km. par an au maximum pour des courses privées), à 8 ans; une nouvelle demande pour une autre voiture n'aurait donc pu être présentée qu'en août 1970 au plus tôt, si les conditions prévues à l'article 15 RAI étaient encore remplies à ce moment-là. En revanche, si l'utilisation de la voiture dépasse les limites au point que celle-ci doit être remplacée prématurément, l'assuré doit en supporter les conséquences financières, parce que la prescription de l'article 16, 2^e alinéa, RAI n'a pas été respectée.

Le 4 décembre 1964, la commission cantonale de recours rejeta comme non fondé le recours de l'assuré contre la décision de la caisse.

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

1. Selon l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI et l'article 14, 1^{er} alinéa, lettre g, RAI, un assuré a droit à une voiture automobile légère lorsqu'il en a besoin pour se réadapter à une activité lucrative. L'article 15, 2^e alinéa, RAI dispose en outre que 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, leur faculté de se déplacer étant sensiblement réduite. Selon l'article 16, 2^e alinéa, RAI, les frais de réparation ou de remplacement découlant de l'usage normal d'un véhicule à moteur sont assumés par l'assurance dans la mesure où ces réparations ou renouvellements sont causés par l'utilisation du véhicule entre le domicile de l'assuré et son lieu de travail. Il ressort de ceci que le véhicule à moteur, en tant que moyen auxiliaire nécessaire à la réadaptation professionnelle, ne doit servir qu'à parcourir le chemin du travail. Dans un arrêt du 3 février 1964, le TFA est déjà arrivé à cette conclusion, en constatant que la réglementation adoptée est également conforme à la loi dans son dispositif d'exécution; elle vise vraisemblablement à éviter que l'octroi de véhicules à moteur à certains handicapés du mouvement ne constitue une inégalité. La pratique administrative, selon laquelle les automobiles remises par l'AI peuvent être utilisées pour des courses privées jusqu'à 4000 km. par an, s'en écartait suffisamment pour donner lieu à des critiques; en effet, les nombreuses personnes qui sont handicapées pour se déplacer (ou incapables de se déplacer), et auxquelles l'AI ne peut remettre un véhicule à moteur, n'ont aucune prétention à faire valoir pour leurs courses privées.

a. Malgré les critiques exprimées dans l'arrêt cité, l'administration paraît vouloir maintenir la limite de tolérance de 4000 km. par an pour des courses privées; c'est ainsi que cette marge a été accordée à l'assuré. Pour les raisons alléguées dans l'arrêt cité, le juge ne peut en aucun cas agrandir cette marge. Ces 4000 km. ont été accordés pour des « courses privées », par quoi il faut entendre en principe toute utilisation du véhicule ailleurs que sur le chemin du travail. La question de savoir si et dans quelle mesure des courses telles que celles dont il est question à l'article 51 LAI (« Frais de voyage ») peuvent également viser le but assigné au véhicule à moteur par la loi peut rester indécise. De toute façon, des courses qui

ne sont pas nécessitées par des mesures de réadaptation de l'AI représentent des « courses privées », conformément à la pratique en matière d'assurances sociales ; ceci vaut également pour les nombreux voyages que l'appelant prétend avoir entrepris pour des cures balnéaires.

- b. En outre, la marge de tolérance pour les courses privées ne peut en principe déroger à la disposition non équivoque de l'article 16, 2^e alinéa, RAI, selon laquelle les frais de réparation et de renouvellement ne sont pris en charge que « dans la mesure où ces réparations et renouvellements sont causés » par l'utilisation du véhicule entre le domicile de l'assuré et son lieu de travail. De plus, cette marge de tolérance joue un rôle également sous un autre aspect, dans le cadre de l'article 16 RAI, ainsi qu'il ressort du considérant suivant :

2. Selon l'article 16, 2^e alinéa, première phrase, RAI, l'AI assume les frais de réparation, d'adaptation ou de remplacement partiel découlant de « l'usage normal » (sorgfältiger Gebrauch) d'un moyen auxiliaire fourni par elle. D'après le texte allemand, l'usage normal du moyen auxiliaire est tout simplement la condition de la prise en charge des frais de remise en état. Par « usage normal », on pourrait, selon la version française, comprendre plutôt le critère servant à déterminer une éventuelle participation de l'assuré aux frais (« frais... découlant de l'usage normal »). Il est toutefois rarement possible de préciser si et dans quelle mesure la remise en état d'une automobile, après un usage excessif, aurait également été nécessitée par un usage normal. Par conséquent, il est indiqué, en se conformant au texte allemand, de considérer le « sorgfältiger Gebrauch », sous réserve d'exceptions fondées, comme une condition sine qua non ; si cette dernière n'est pas observée, l'assurance n'assume pas les frais de réparation. Cette solution est d'autant plus justifiée qu'il est d'usage, dans la pratique administrative, de communiquer expressément cette condition à l'assuré dans chaque cas particulier.

L'usage négligent des moyens auxiliaires remis à titre de prêt, notamment des automobiles, peut inciter l'AI, en appliquant par analogie l'article 309 CO, à demander la restitution de l'objet plus tôt qu'elle ne l'aurait fait normalement ; l'octroi de moyens auxiliaires à titre de prêt n'aurait aucun sens autrement.

« Sorgfältig » (soigneux) au sens de l'article 16, 2^e alinéa, RAI ne peut en aucun cas désigner un usage enfreignant les conditions de remise expresses et légales. En ce qui concerne les automobiles, ceci s'applique également au dépassement de la marge de tolérance précitée ; car tout usage dépassant cette marge constitue un abus inadmissible et contraire aux prescriptions.

3. En dépassant très largement et sciemment la limite fixée pour l'utilisation de la voiture remise en prêt, l'assuré a gravement manqué à son obligation d'en user avec soin. Dans ces circonstances, l'AI était autorisée et obligée de refuser la prise en charge des frais de réparation, de les mettre à la charge de l'assuré et de menacer celui-ci de lui reprendre le véhicule au cas où il continuerait à enfreindre les prescriptions d'usage. Cela signifie également que la remise d'une nouvelle automobile à l'assuré a été refusée à bon droit, d'autant plus que rien ne permet de conclure que « l'usage normal » de l'automobile légère dont l'assuré est encore en possession ait des répercussions nuisibles sur sa santé.

RENTES ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Arrêt du TFA, du 22 janvier 1965, en la cause E. K.

Article 22, 1^{er} alinéa, LAI. En cas de réadaptation, le droit à l'indemnité journalière l'emporte non seulement sur la rente lorsqu'aucune rente n'a encore été accordée, mais interrompt même un droit à la rente qui a déjà pris naissance ou qui est en train de naître.

Articolo 22, capoverso 1, LAI. In caso d'integrazione, il diritto all'indennità giornaliera prevale non solo sulla rendita, allorchè nessuna rendita non è stata ancora assegnata, ma interrompe anche un diritto alla rendita già sorto o che sta per sorgere.

L'assuré, né en 1934, marié et père de deux enfants, est peintre de son état. Atteint de tuberculose pulmonaire en 1955, il reprit néanmoins son activité pour diriger en dernier lieu une entreprise de peinture. Au cours de l'automne 1962, il fit une rechute qui le contraignit à faire une cure à D., jusqu'à fin février 1964. En application de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, il fut mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à partir du 1^{er} septembre 1963, en raison d'une incapacité totale de travail de 360 jours. Depuis le printemps 1964, l'assuré est considéré comme rétabli; toutefois, le médecin traitant s'est opposé à ce qu'il reprenne son ancienne activité, estimant qu'en raison de son état, on ne pouvait plus exiger de lui qu'il continue à exercer sa profession par trop pénible et qui le mettrait à la merci des intempéries. En conséquence de quoi, l'office régional AI lui procura une place lui offrant, au terme d'un apprentissage de deux ans à partir du 15 avril 1964, la possibilité d'être reclassé en tant que dessinateur en construction. La commission AI prit acte de ce reclassement professionnel qui, en l'espèce, n'occasionnait pas de frais particuliers. Elle se proposa tout d'abord de suspendre le versement de la rente et d'allouer à l'assuré une indemnité journalière. Toutefois, ayant eu connaissance de l'arrêt du TFA en la cause V. H. (ATFA 1963, p. 279 = RCC 1965, p. 42), elle invita la caisse à continuer le versement de la rente pendant la durée du reclassement. La caisse notifia à l'assuré une décision dans ce sens le 15 juin 1964. L'assuré recourut pour demander l'octroi d'une indemnité journalière pendant ladite durée. Selon lui, il était contraire à l'esprit de la LAI qu'il doive avoir recours à l'aide de l'assistance pour obtenir les moyens d'existence nécessaires à l'entretien de sa famille durant son reclassement. Par jugement du 14 septembre 1964, l'autorité de première instance a rejeté le recours de l'assuré. Se ralliant aux considérants du jugement précité, le juge a précisé que l'assuré bénéficiaire d'une rente ne pouvait prétendre une indemnité journalière que s'il avait exercé une activité lucrative immédiatement avant d'entrer en stage de réadaptation, et que s'il était empêché d'exercer cette activité par l'application de telles mesures. Ces conditions n'étaient pas remplies en l'espèce.

L'assuré porta la cause devant le TFA, en demandant qu'une indemnité journalière lui soit allouée au lieu d'une rente pendant son reclassement, et que cette indemnité soit calculée sur la base du salaire provenant de la dernière activité lucrative exercée en plein.

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

1. Dans l'arrêt V. H. (ATFA 1963, p. 279 = RCC 1965, p. 42), la Cour de céans a jugé que le bénéficiaire d'une rente continue en principe d'avoir droit à la rente lorsqu'il est mis après coup au bénéfice de mesures de réadaptation, que le cumul de la rente et de l'indemnité journalière est possible, mais que les bénéficiaires de rente ne

peuvent prétendre une indemnité journalière que s'ils ont exercé, immédiatement avant d'entrer en stage de réadaptation, une activité lucrative dont on doit pouvoir admettre, ou pour le moins présumer, que l'exercice en est troublé par l'exécution de la réadaptation (art. 21, 4^e al., RAI). Ces principes furent confirmés dans l'arrêt J. G. (ATFA 1964, p. 107 = RCC 1965, p. 41); le TFA s'est demandé toutefois si leur portée ne devait pas être limitée et s'il ne serait pas judicieux de donner pouvoir à l'administration de remplacer, dans certains cas, la rente par une indemnité journalière ou la rente complétée d'une indemnité journalière par une indemnité journalière calculée sur des bases différentes. Eu égard aux arguments avancés par l'assuré et par l'OFAS, l'examen de l'ensemble du problème s'impose à nouveau.

2. Selon le système légal, les mesures de réadaptation l'emportent sur la rente. Ceci ressort clairement des articles 28, 2^e alinéa, et 31, 1^{er} alinéa, LAI (ATFA 1962, p. 41 = RCC 1963, p. 36). Pour évaluer l'invalidité conformément à l'article 28, 2^e alinéa, LAI, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, « après exécution éventuelle de mesures de réadaptation » et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. L'article 31, 1^{er} alinéa, LAI dispose en outre que si l'assuré se soustrait ou s'oppose à des mesures de réadaptation auxquelles on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette, la rente lui est refusée temporairement ou définitivement.

Il n'est toutefois pas exclu que le droit à la rente prenne naissance avant que des mesures de réadaptation puissent être exécutées; il en est notamment ainsi dans les cas de maladie de longue durée (deuxième variante de l'art. 29, 1^{er} al., LAI). Si, en revanche, la réadaptation précède la rente, le droit à celle-ci prend en principe fin dès que sont mises en œuvre des mesures de réadaptation susceptibles d'ouvrir un droit à une indemnité journalière au sens de l'article 22 LAI. Il s'ensuit que, dès le début de l'application de mesures de réadaptation, un nouvel examen des prestations en espèces à accorder s'impose. Pour les mesures qui peuvent donner droit à une indemnité journalière conformément à l'article 22 LAI, celle-ci fait partie intégrante de la réadaptation puisqu'elle doit contribuer essentiellement à en assurer le succès. Il en résulte que, selon le système en vigueur, le droit à la rente devient en principe caduc lorsqu'il s'agit de mesures de réadaptation liées à l'octroi d'une indemnité journalière. En pareille circonstance, on n'a pas affaire à une révision de la rente au sens de l'article 41 LAI comme l'admet l'OFAS, étant donné que la simple mise en œuvre de mesures de réadaptation n'entraîne pas automatiquement une modification déterminante du degré d'invalidité. Inversement, une fois les mesures de réadaptation exécutées, il importe de réexaminer la question du droit à la rente sur une base nouvelle, indépendamment des conditions prévues à l'article 41 LAI. Il s'ensuit qu'en règle générale, le droit à l'indemnité journalière prévu à l'article 22 LAI l'emporte non seulement sur la rente lorsqu'aucune rente n'a encore été accordée, mais interrompt même le droit à la rente qui a déjà pris naissance ou qui est en train de naître. Du fait que le montant des indemnités journalières versées durant une certaine période est, en règle générale, sensiblement supérieur à celui de la rente, on ne voit pas pourquoi les assurés qui sont devenus susceptibles de réadaptation seulement après la naissance du droit à une rente devraient être sensiblement désavantagés par rapport aux assurés non encore réadaptés. Le principe qui consacre la priorité de l'indemnité journalière sur la rente souffre cependant des exceptions, notamment dans les cas où les mesures appliquées ne donnent droit qu'à une indemnité intermittente ou lorsque l'indemnité journalière est inférieure à la rente, comme cela peut arriver pour les personnes non actives. Il n'y a toutefois pas lieu de préciser ici, d'une manière exhaustive, les cas où une exception est nécessaire

ni de déterminer, compte tenu de la priorité de l'article 22 LAI par rapport à l'article 28 LAI, la portée de l'article 21, 4^e alinéa, RAI, qui règle le droit des bénéficiaires de rentes à l'indemnité journalière.

3. En l'espèce, l'assuré a bénéficié d'une rente après une maladie de longue durée, dès le 1^{er} septembre 1963, car à cette époque il n'était pas encore apte à être réadapté. Le 15 avril 1964, il a pu entrer en stage de reclassement professionnel. Etant donné que cette mesure de réadaptation peut donner droit à une indemnité journalière selon l'article 22 LAI et que, d'après le mode de calcul de l'OFAS, le montant de celle-ci dépassait sensiblement celui de la rente, le droit à la rente s'est éteint en avril 1964. L'assuré peut dès lors prétendre, pour la durée de son reclassement, l'octroi d'une indemnité journalière dont le montant sera fixé par la caisse.

Arrêt du TFA, du 10 février 1965, en la cause M. A.

Article 29, 1^{er} alinéa, LAI. Dans un cas de cancer qui, selon toute vraisemblance, conduira rapidement et inéluctablement au décès, on ne saurait parler d'un état stabilisé dans une large mesure et, partant, d'une incapacité de gain durable au sens de la LAI; l'assuré n'a droit à la rente que s'il a été totalement incapable de travailler pendant 360 jours au moins.

Articolo 29, capoverso 1, LAI. In un caso di cancro che, con tutta probabilità, condurrà rapidamente ed in modo irreversibile alla morte, non si può parlare di uno stato stabilizzato in ampia misura e ammettere con ciò un' incapacità al guadagno ai sensi della LAI; l'assicurato ha diritto ad una rendita soltanto se è incapace al lavoro totalmente per almeno 360 giorni.

L'assuré, né en 1901, qui souffre d'un cancer du poumon, ne pouvait plus exercer aucune activité lucrative depuis le 5 mars 1964 à cause de sa maladie; il présenta le 25 mars 1964 une demande de prestations de l'AI. La caisse de compensation lui notifia par décision du 24 juillet 1964 que, selon prononcé de la commission AI, il n'avait aucun droit à la rente, parce que son incapacité de travail ne durait pas depuis 360 jours et que, d'autre part, on ne pouvait pas parler d'une incapacité de gain durable.

Le recours formé contre cette décision fut admis par l'autorité de première instance, qui alloua une rente d'invalidité à l'assuré à partir du 1^{er} mai 1964. Les arguments contenus dans le jugement cantonal du 4 décembre 1964 sont en résumé les suivants: D'après la jurisprudence la plus récente, l'état de santé d'un patient peut se stabiliser à tel point, même dans les cas d'affections de nature évolutive, qu'il est permis de parler d'une incapacité de gain durable. Dans des cas de ce genre, qui sont d'ailleurs exceptionnels, la rente doit être versée dès l'instant où l'état s'est stabilisé, c'est-à-dire déjà avant le 360^e jour d'incapacité totale de travail. Jusqu'à présent, dans les cas de cancer, la rente n'a été servie qu'au bout de 360 jours d'incapacité totale de travail. La jurisprudence en question, qui est aussi applicable aux cas de cancer, permet de conclure en l'espèce qu'une incapacité de gain durable existe depuis le 1^{er} mai 1964; à fin avril 1964, l'assuré a été renvoyé de l'hôpital, son cancer étant inopérable; l'incapacité de gain est donc devenue irréversible.

L'appel interjeté par l'OFAS contre ce jugement a été admis pour les motifs suivants:

L'assuré a droit à la rente dès qu'il présente une incapacité permanente de gain de la moitié au moins (1^{re} variante), ou dès qu'il a été totalement incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs et subit encore une incapacité de gain de la moitié au moins (2^e variante de l'art. 29, 1^{er} al., LAI). Ainsi qu'il a été exposé en détail dans un arrêt F.D. (ATFA 1964, p. 173 = RCC 1964, p. 508), un droit à la rente pour cause d'invalidité permanente ne s'ouvre que lorsqu'on peut constater avec une vraisemblance prédominante que l'atteinte à la santé est en bonne partie stabilisée, qu'elle a acquis un caractère essentiellement irréversible (mais qu'elle ne conduit pas inéluctablement à la mort), et qu'elle engendrera, notwithstanding l'application éventuelle de mesures de réadaptation, une incapacité de gain durable ayant pour conséquence l'octroi d'une rente. L'arrêt précité déclare en outre qu'une incapacité de gain qui doit être envisagée d'abord sous l'angle de la 2^e variante peut acquérir un caractère durable avant l'échéance de 360 jours. Dans des cas d'infarctus du myocarde ou d'apoplexie, par exemple (ATFA 1964, p. 108 = RCC 1964, p. 395), la rente peut être versée déjà avant le 360^e jour, parce que la 1^{re} variante l'emporte sur les critères de la 2^e.

Dans un cas de cancer qui, selon toute vraisemblance, conduira rapidement et inéluctablement au décès, la question de la naissance du droit à la rente doit être tranchée selon la 2^e variante (ATFA 1962, p. 246 = RCC 1963, p. 83); il n'est pas admissible de conclure par la suite à une incapacité de gain durable au sens de la 1^{re} variante. En effet, comme le montre l'exposé ci-dessus, pour qu'il existe une incapacité de gain durable, il faut que l'atteinte à la santé n'ait pas seulement un caractère essentiellement irréversible, mais qu'elle soit aussi en bonne partie stabilisée. Or, on ne saurait parler de stabilisation lorsqu'il est à prévoir que la maladie, de par sa nature et sa gravité, conduira rapidement à la mort.

L'assuré a, en l'espèce, quitté l'hôpital quasi mourant à fin avril 1964: sa maladie n'était pas de nature à se stabiliser. C'est donc avec raison que la commission AI a refusé de lui reconnaître un droit à la rente pour cause d'incapacité de gain durable (1^{re} variante). Lorsque la commission AI a rendu son prononcé en juin 1964, il n'existait pas non plus d'incapacité de gain résultant d'une incapacité totale de travail pendant 360 jours consécutifs (l'assuré avait dû cesser complètement le travail le 4 mars 1964), si bien qu'il n'était né aucun droit à la rente au sens de la 2^e variante. Un tel droit ne pouvait d'ailleurs pas naître non plus ultérieurement, puisque l'assuré est décédé avant le 360^e jour d'incapacité de travail.

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 18 février 1965, en la cause M. M.

Article 60, 1^{er} alinéa, LAI. L'assurance-invalidité n'est pas tenue d'assumer des mesures d'instruction qu'elle n'a ni ordonnées, ni même autorisées. Une exception à ce principe est en tout cas exclue lorsque l'examen médical effectué dans ces conditions n'était pas nécessaire à l'instruction du cas.

Articolo 60, capoverso 1, LAI. L'AI non è tenuta ad assumere le spese per l'accertamento che essa non ha prescritto nè autorizzato. Un'eccezione a

questo principio è in ogni caso esclusa, allorchè l'esame medico, eseguito senza prescrizione o autorizzazione, non era necessario per l'istruzione del caso.

L'assurée, née en 1948, souffre de fatigue douloureuse de la colonne vertébrale avec déformation progressive de la colonne dorsale et thorax en entonnoir. Elle fut annoncée à l'AI le 15 février 1963. Elle demandait notamment l'octroi de mesures médicales et de moyens auxiliaires. Dans le courant du mois d'avril 1963, la commission AI pria le service cantonal de la santé de lui communiquer le dossier de l'assurée. Celle-ci subit un examen d'orientation professionnelle; puis un mandat fut confié à l'office régional AI. La commission AI soumit le rapport de cet office à un cardiologue — qui avait examiné l'assurée le 25 mai 1963 à la demande du service cantonal de la santé — en le priant de préciser s'il existait des contre-indications médicales aux mesures de réadaptation projetées.

La commission accorda à l'assurée les moyens auxiliaires demandés.

Cependant, l'assurée recourut contre cette décision en demandant en particulier que l'AI prenne aussi à sa charge les honoraires du cardiologue pour l'examen médical du 25 mai 1963, conclusion qui fut admise par la commission cantonale de recours.

Le TFA a admis l'appel interjeté sur ce point par la caisse de compensation. Voici ses considérants:

La seule question litigieuse dans l'espèce est celle de savoir si l'AI doit assumer les frais de l'examen pratiqué le 25 mai 1963 par le cardiologue.

Il ressort des articles 60 LAI et 69 RAI que les commissions cantonales de l'AI et leurs secrétariats sont seuls compétents pour examiner, entre autres attributions, si le requérant est susceptible d'être réadapté et déterminer les mesures de réadaptation, en établissant au besoin un plan d'ensemble de la réadaptation (art. 60, 1^{er} al., lettres a et b, LAI). Il s'ensuit logiquement que l'AI n'est pas tenue d'assumer les frais de mesures qu'elle n'a ni ordonnées, ni même autorisées. L'article 78, 2^e alinéa, RAI — édicté en application de l'article 86, 2^e alinéa, LAI et dont la légalité a déjà été constatée par le TFA (cf. p. ex. ATFA 1962, p. 249 = RCC 1962, p. 442) — précise du reste que cette assurance ne paie, dans les limites de la décision de la caisse de compensation, que les mesures de réadaptation préalablement déterminées par la commission AI, en prévoyant toutefois des exceptions à ce principe. Une règle similaire fait certes défaut lorsqu'il s'agit de mesures d'instruction, c'est-à-dire de mesures destinées à permettre à la commission AI de statuer sur la demande de prestations en toute connaissance de cause. Il ne saurait pourtant faire de doute que l'AI n'est en principe pas tenue non plus d'assumer des mesures d'instruction qu'elle n'a ni ordonnées, ni même autorisées (cf. l'arrêt D. du 1^{er} septembre 1964, non publié). Le TFA s'est toutefois demandé, dans l'arrêt D. précité, si l'AI ne devrait pas prendre à sa charge, malgré l'absence d'une disposition expresse, les frais de telles mesures, lorsqu'elles sont nécessaires à l'instruction du cas; du moins quand elles ont dû être exécutées, pour des motifs valables, avant que les organes de l'assurance se soient prononcés. Cette question, qui avait déjà été réservée dans un arrêt antérieur et n'a pas été tranchée dans l'arrêt D. non plus, souffre toutefois de demeurer encore indécise, car on ne saurait en tout cas pas dire que, dans l'espèce, l'examen effectué par le cardiologue le 25 mai 1963 fût nécessaire à l'instruction du cas, du point de vue du droit de l'assurée à des prestations de l'AI. Il n'est en effet nullement établi, ni même vraisemblable, que la commission AI eût ordonné une telle mesure, si le médecin précité n'avait pas eu l'occasion d'examiner l'intimée sur mandat du service cantonal de la santé. Il était en

revanche normal que, connaissant l'existence de cet examen, elle sollicitât l'avis du médecin qui l'avait effectué, avant de rendre son prononcé. Il est en outre évident que, dans le cas particulier, la mesure en cause n'avait aucun rapport avec la requête que la commission AI avait adressée en avril 1963 au service cantonal de la santé précité, puisque ce service ne remit à la commission AI ni le rapport du cardiologue, ni la note d'honoraires de ce médecin.

Le règlement de cette dernière n'incombe dès lors pas à l'AI, mais bien au service cantonal de la santé, qui a commandé l'examen litigieux, ou aux tiers (y compris les parents de l'assurée) qui peuvent en être responsables en vertu du droit public cantonal ou du droit civil fédéral.

CHRONIQUE MENSUELLE

Les cotisations AVS pour la nourriture et le logement des personnes employées dans les entreprises non agricoles sont perçues conformément au RAVS. Le 21 septembre, les milieux intéressés (associations économiques, autorités fiscales, organes sociaux de la Confédération, etc.) ont discuté, dans une séance présidée par M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales, l'adaptation des taux actuels aux nouvelles conditions économiques.

*

Dans sa séance du 22 septembre 1965, le Conseil des Etats a discuté le projet de *revision de la LFA* (v. RCC 1965, p. 289). Conformément aux propositions de sa commission, il a décidé d'augmenter les allocations pour enfants de 15 à 25 francs en région de plaine et de 20 à 30 francs en zone de montagne, et de fixer à 8000 francs la limite de revenu à laquelle est subordonné le droit aux allocations des petits paysans. Il s'est également rallié à la décision de sa commission de relever de 15 à 16 ans la limite d'âge pour les enfants donnant droit aux allocations. En revanche, il a repoussé une proposition de reporter cette limite à 25 ans, au lieu de 20, en cas d'études ou d'apprentissage. Lors du vote sur l'ensemble du projet, celui-ci a été adopté par 33 voix contre 0, avec quelques abstentions.

*

Sur invitation de l'Office fédéral des assurances sociales, les représentants des autorités cantonales préposées à la *surveillance des écoles spéciales dans l'AI* se sont réunis le 1^{er} octobre sous la présidence de M. Frauenfelder, directeur. La collaboration entre l'Office et les cantons en matière de reconnaissance et de surveillance des écoles spéciales était à l'ordre du jour. M. Kiener, de Berne, a abordé le problème du financement des écoles spéciales du point de vue des cantons et M^{me} Fert, de Genève, a parlé du dépistage des enfants invalides et de leur placement par l'autorité cantonale.

*

La *Commission fédérale de l'AVS/AI* a siégé le 21 octobre sous la présidence de M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral. Elle a approuvé un projet d'ordonnance relative à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, ainsi qu'un projet d'arrêté du Conseil fédéral modifiant le

règlement d'exécution de la LAVS. Enfin, elle a accepté un projet d'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les frais d'administration (subsides aux caisses cantonales de compensation).

★

Une *commission spéciale*, présidée par M. Granacher, de l'Office fédéral, s'est réunie le 26 octobre pour étudier les « autres tâches » confiées aux caisses de compensation en plus des attributions fédérales. La discussion a montré que la pratique suivie jusqu'à présent répondait à tous les besoins et que l'on pouvait, dès lors, renoncer à publier une circulaire à ce sujet.

★

Les *médecins des commissions AI* se sont réunis le 28 octobre sur l'invitation de l'Office fédéral. Au cours de cette séance, que présidait M. Granacher, la nouvelle ordonnance concernant les infirmités congénitales a été commentée; en outre, les participants furent informés au sujet de l'introduction d'une statistique des infirmités. Il a été également question des conséquences de la toxicomanie, notamment de l'abus de l'alcool, sur les prestations de l'AI.

† Walter Stampfli, ancien conseiller fédéral

L'ancien conseiller fédéral W. Stampfli est décédé le 11 octobre, peu de temps avant d'avoir pu fêter son 81^e anniversaire. Il convient de rappeler ici le rôle joué par cette forte personnalité.

Au cours de l'été 1940, Walter Stampfli succéda, au Conseil fédéral, à son compatriote Hermann Obrecht, qui s'était acquis les plus grands mérites. En sa qualité de chef du Département fédéral de l'économie publique, il présida également aux destinées de l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail, ainsi que de l'Office fédéral des assurances sociales. L'application des régimes des allocations pour perte de salaire et de gain incombait au premier de ces offices, tandis que l'autre se vit adjoindre l'Office fédéral de guerre pour l'assistance avec ses nombreuses attributions. M. Stampfli dirigea ces offices avec énergie durant les temps les plus difficiles que notre pays ait traversés depuis 1848.

Lorsque la fin de la guerre s'annonça, quoique dans un avenir encore lointain, M. Stampfli estima que le moment était venu de créer l'AVS. Prévue depuis longtemps déjà par la Constitution, l'AVS n'avait pas pu être réalisée plus tôt à cause des circonstances défavorables. Or, les régimes des allocations

pour perte de salaire et de gain lui avaient frayé la voie. Il s'agissait toutefois de combattre les préjugés et de vaincre de nombreuses résistances. Le Conseil fédéral établit en mai 1946 un projet de loi, que les Chambres approuvèrent en décembre. Grâce à sa connaissance de la matière — il était à la fois économiste et spécialiste des questions d'assurance — grâce aussi à sa force de persuasion et à son talent oratoire, M. Stampfli réussit, en six mois seulement, à mener le projet à bon port à travers les nombreux écueils parlementaires.

En juillet 1947, le peuple suisse adopta l'AVS à une forte majorité. Ce fut, au dire de M. Stampfli, un des plus beaux jours de sa vie. A fin 1947, M. Stampfli quitta le Conseil fédéral et retourna dans son canton d'origine, Soleure, auquel il était toujours demeuré très attaché.

M. Stampfli continua, dans sa retraite, à s'intéresser aux problèmes posés par les assurances sociales. Le sort des invalides lui tint particulièrement à cœur. Il déploya une grande activité en faveur du Centre de réadaptation de la Milchsuppe, à Bâle, et présida, de 1952 à 1962, la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés dans la vie économique (FSIH), qui venait d'être fondée. Cette fédération le nomma par la suite président d'honneur. Lorsque, le 1^{er} février 1965, les caisses de compensation fêtèrent leurs vingt-cinq ans d'existence dans la salle du Conseil national, M. Stampfli ne manqua pas d'assister à la cérémonie. Il eut sa part des remerciements de l'assemblée lorsque M. Tschudi, président de la Confédération, parlant au nom du Conseil fédéral, salua sa présence de façon toute particulière. Notre pays doit énormément à M. Stampfli dans le domaine social; il se souviendra toujours de lui avec respect.

Prestations complémentaires des cantons

Différences par rapport aux prestations de l'AVS et de l'AI

Les nouvelles prestations complémentaires des cantons ne pourront, certes, être servies que si l'intéressé est au bénéfice d'une rente de l'AVS ou de l'AI ou reçoit une allocation pour impotent. Pour le reste, toutefois, on ne saurait prétendre qu'il existe de grandes affinités entre les rentes de l'AVS et de l'AI, d'une part, et les prestations complémentaires d'autre part.

Il a déjà été relevé précédemment que le droit aux prestations complémentaires est soumis à la condition que le revenu déterminant des bénéficiaires n'atteigne ou ne dépasse pas une certaine limite de revenu.¹ Cependant, sur

¹ RCC 1965, p. 380.

d'autres points encore les conditions du droit aux prestations complémentaires sont différentes. Cela apparaît déjà en matière de limites de revenu applicables. Pour un homme marié, c'est la limite de revenu prévue pour les couples qui trouve application, indépendamment du fait qu'il ait droit à une rente de vieillesse pour couple, à une rente de vieillesse simple, à une demi-rente d'invalidité ou une rente entière d'invalidité. Il en va de même de l'épouse dont le mari n'a pas encore accompli sa 65^e année et qui touche une rente de vieillesse simple ou une demi-rente ou rente entière d'invalidité. Dans tous ces cas, le calcul de la prestation complémentaire s'effectue en fonction de la limite de revenu prévue pour les couples et compte tenu, bien entendu, des revenus des deux époux. Un calcul séparé n'est, le cas échéant, possible que si les deux époux vivent séparés.

Lorsqu'il y a des enfants, l'influence exercée par les rentes AVS/AI est d'autant plus forte. La limite de revenu prévue pour les enfants et le revenu de ces derniers à prendre en compte doivent être ajoutés aux limites de revenu et au revenu déterminant des parents lorsque les enfants donnent droit, au chef de la famille, à une rente complémentaire ou ont un propre droit à la rente (p. ex. rentes d'orphelins). Il n'est pas absolument nécessaire que les enfants vivent avec les parents. Le ménage commun ne constitue une condition pour l'addition des limites de revenu et des revenus à prendre en compte que lorsqu'il s'agit d'orphelins de père et de mère ou d'orphelins de mère.

Pour les orphelins de mère, le droit à une prestation complémentaire est soumis à une condition supplémentaire: On appliquera, certes, la limite de revenu prévue pour les orphelins; il est toutefois tenu compte non seulement du seul revenu de l'orphelin, mais également de celui du père, pour autant qu'il dépasse le minimum nécessaire à l'entretien de ce dernier et à celui des autres orphelins de mère.

L'importance du domicile

Les prestations complémentaires se distinguent particulièrement des rentes de l'AVS et de l'AI par le fait qu'elles se fondent sur des lois cantonales et qu'elles sont financées à 30, 50 ou 70 pour cent par les cantons selon leur capacité financière. Ainsi se pose automatiquement la question de la compétence cantonale, question qui, dans l'AVS — à l'exception de la compétence des caisses cantonales de compensation — ne joue presque aucun rôle. Il est tout à fait compréhensible que chaque canton cherche à réduire le nombre des bénéficiaires des prestations complémentaires cantonales. La tâche de la Confédération consistera à veiller à ce que, en cas de conflits de compétence entre cantons, le droit des personnes nécessiteuses, tel qu'il est défini dans la loi fédérale, soit respecté.

Le versement et le financement des prestations complémentaires relève de la compétence du canton dans lequel le requérant est domicilié. Ce sera, en règle générale, le canton du domicile civil. Une seule exception est prévue, par la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, pour les bénéficiaires de rentes extraordinaires de l'AVS et de l'AI. Comme on le sait, le droit aux rentes

extraordinaires est soumis à la condition du domicile en Suisse. Les bénéficiaires majeurs de rentes extraordinaires de l'AVS et de l'AI doivent non seulement avoir leur domicile civil en Suisse, mais également résider en Suisse. Au plus tard une année après la fin du mois au cours duquel l'intéressé a quitté la Suisse, le droit à la rente s'éteint, à moins que, du point de vue du droit des assurances sociales, le centre de tous les intérêts du bénéficiaire demeure en Suisse. Les cantons introduiront une réglementation similaire à l'égard de bénéficiaires qui iront résider à l'étranger; ce faisant, ils n'admettront toutefois guère une aussi longue durée de séjour à l'étranger. Des difficultés pourront aussi surgir dans les cas où, tout en étant domicilié en Suisse, l'intéressé réside dans un canton autre que celui du domicile, notamment lorsqu'il séjourne dans un asile situé dans un autre canton. Dans de tels cas, c'est notamment la date du transfert du domicile qu'il faudra déterminer. La loi fédérale charge le Conseil fédéral de coordonner l'activité des cantons. Par conséquent, le projet de l'ordonnance relative à la loi fédérale prévoit que l'Office fédéral des assurances sociales peut inviter le canton du domicile présumé à fixer et à verser la prestation complémentaire lorsque le lieu de domicile d'un requérant est incertain ou contesté. Il est patent que cette tâche ne sera pas toujours aisée.

Les époux séparés et les membres de la famille qui ne font pas ménage commun posent des problèmes particuliers. Le législateur part du principe que les familles doivent être traitées comme un tout, c'est-à-dire que les limites de revenu et les revenus des deux époux et des membres de la famille doivent si possible être additionnés. Il en va de même du montant non imputable de la fortune et de la part de la fortune à prendre en compte. Lorsque des époux séparés ou des membres de la famille sont traités comme personnes seules, cela entraînera en règle générale — mais pas toujours — des dépenses supplémentaires pour les cantons et la Confédération. La Confédération laisse toutefois une certaine liberté aux cantons en la matière. Elle n'interviendra au besoin que dans les cas où les époux séparés et les membres de la famille sont domiciliés dans des cantons différents.

Dans un tel cas, la réglementation suivante semble appropriée: si l'épouse séparée ou le membre de la famille qui ne fait pas ménage commun est domicilié dans un autre canton que l'époux ou le chef de la famille et a un propre droit à des prestations de l'AVS ou de l'AI, l'intéressé doit être traité comme personne seule et possède un propre droit à la prestation complémentaire dans son canton de domicile. Lorsque, par contre, l'intéressé n'a pas un propre droit à une rente de l'AVS ou de l'AI, il n'a pas la possibilité de bénéficier d'une propre prestation complémentaire dans son canton de domicile et ne peut dès lors pas être traité comme personne seule. Sa limite de revenu et son éventuel revenu doivent être ajoutés à ceux du mari ou du chef de la famille dans l'autre canton.

Ces dernières précisions permettent de se faire une idée des problèmes qui vont encore se poser en cette matière. Il appartiendra à la pratique administrative et à la jurisprudence de créer, avec le temps, une réglementation bien établie en ce domaine.

Toxicomanies et rentes d'invalidité; l'application de l'article 7 LAI

Le point de vue du médecin ¹

A. REMARQUES PRÉLIMINAIRES

Cet article ne prétend pas être un exposé complet de tous les problèmes médicaux posés par les alcooliques et autres toxicomanes. Il doit simplement fournir les éléments d'une discussion lors de la journée des médecins AI le 28 octobre 1965. Faute de temps et pour permettre une meilleure approche de la question, nous laisserons de côté tout ce qui concerne la réadaptation, pour ne nous occuper que des rentes et de l'application de l'article 7 LAI, qui prévoit principalement que « Les prestations en espèces peuvent être refusées, réduites ou retirées, temporairement ou définitivement, à l'assuré qui a, intentionnellement ou par faute grave, ou en commettant un crime ou un délit, causé ou aggravé son invalidité » (1^{er} alinéa).

Nous traiterons surtout de l'alcoolisme, les autres formes de toxicomanies étant apparemment beaucoup plus rares chez les assurés demandant l'octroi d'une rente de l'AI: en 18 mois, nous avons examiné 138 dossiers concernant des alcooliques et un seul une toxicomanie pure aux calmants. Parmi les alcooliques, quelques-uns prenaient des drogues à côté de l'alcool, qui était cependant le principal responsable de leur invalidité.

B. INTRODUCTION

On sait que dans l'arrêt J. B. du 21 mai 1962 (RCC 1962, p. 404), puis dans quelques arrêts subséquents, le TFA a jugé qu'un assuré est responsable de son alcoolisme et qu'une sanction doit lui être appliquée en vertu de l'article 7 LAI. Cette jurisprudence n'a pas fait l'unanimité et il s'est élevé des critiques pour dénoncer ce jugement. Dans quelle mesure celui-ci est-il justifié d'un point de vue médico-social? C'est ce que nous avons essayé d'examiner dans le présent travail en cherchant à préciser quels sont les éléments dont une commission AI doit avoir connaissance pour pouvoir se déterminer en connaissance de cause.

¹ Conférence donnée lors de la séance des médecins des commissions AI le 28 octobre 1965. Dans un prochain numéro, le problème de la toxicomanie et de la rente AI sera examiné aussi du point de vue juridique.

Les oppositions les plus vives à l'application de l'article 7 LAI à propos des alcooliques et des toxicomanes viennent généralement des médecins qui considèrent les uns et les autres comme des malades, souvent irresponsables dans leur état actuel, qu'il convient de traiter plutôt que de punir. Il n'en demeure pas moins que, pour être équitable, une assurance sociale se doit d'examiner pourquoi un individu se trouve à sa charge, et par conséquent à la charge de la collectivité, et comment il est devenu en particulier un alcoolique ou un toxicomane. Il est clair que la responsabilité de tous ces malades à l'égard de leur penchant n'était pas la même au début. Certains étaient parfaitement capables de discernement et de jugement. Ils disposaient d'une volonté suffisante pour réagir contre leur penchant. Ils ne l'ont pas fait par paresse, par insouciance, par habitude, sans raison valable. D'autres n'avaient pas ces capacités de discernement, de jugement, de volonté, soit qu'ils en aient été dépourvus dès leur naissance ou que des événements dramatiques ou des maladies graves les en aient privés pour un temps plus ou moins long. La recherche soigneuse de l'étiologie de l'alcoolisme, des circonstances dans lesquelles celui-ci est apparu et s'est développé, permettra dans un grand nombre de cas de préciser avec plus de rigueur et d'équité la responsabilité des assurés. Elle permettra également de tenir compte du rôle exact de l'alcoolisme dans l'invalidité et d'éventuelles circonstances atténuantes.

C. LE PROBLÈME MÉDICO-SOCIAL DE L'ALCOOLISME

I. L'alcoolique est-il responsable de sa maladie?

C'est à dessein que nous n'avons pas séparé le problème médical du problème social. Il n'y a pas d'alcoolisme où le milieu social n'ait joué un rôle, soit actif, en incitant l'alcoolique à boire, soit passif, en n'intervenant pas quand cela aurait été utile.

On pourrait considérer tous les alcooliques comme des malades dès leur naissance et affirmer que sont devenus alcooliques tous ceux qui en raison de leur hérédité, du milieu dans lequel ils ont vécu, de traumatismes psychiques ou physiques graves, ne pouvaient pas ne pas devenir alcooliques. On soutiendrait de même que ne sont pas devenus alcooliques tous ceux chez lesquels manquait la prédisposition pour devenir alcooliques. Cette conception fataliste de l'alcoolisme dénie à l'homme toute capacité de jugement et de détermination; elle n'en fait plus qu'un mécanisme et non un être pensant et capable de volonté. Elle n'est cependant pas absolument infondée et il serait faux de la rejeter purement et simplement. Dans le Bulletin des médecins suisses du 13 décembre 1963, le professeur G. Franconi, après avoir cité un certain nombre de maladies dues à l'absence ou à l'insuffisance d'enzymes, écrit que l'on a de bonnes raisons de penser qu'à l'origine de la cirrhose alcoolique il y a également une enzymopathie. Celle-ci ne conduit à la maladie qu'au moment où l'absorption abondante d'alcool en devient le facteur de réalisation. Cela explique que tous les alcooliques n'ont pas de cirrhose du foie. A quoi nous ajou-

tons : si l'absence ou la pénurie d'enzymes peuvent provoquer une cirrhose, pourquoi une telle absence ne créerait-elle pas les conditions pour qu'une habitude, apparemment non dangereuse et dans les limites de ce que l'on considère comme normal, devienne une maladie grave dont l'alcoolique ne pouvait soupçonner l'état latent en lui ? Il y a là un problème qui reste à résoudre, non seulement en ce qui concerne l'alcoolisme, mais aussi les autres toxicomanies.

Nonobstant un certain déterminisme à l'alcoolisme, nous ne pensons pas qu'il soit juste, utile, humain et objectif de réduire à néant le rôle de la volonté chez l'homo sapiens. A une telle interprétation des faits s'oppose la réalité de tous ceux qui, ayant présenté de fortes tendances à l'alcoolisme ou étant devenus alcooliques, ont pu renoncer à leur besoin ou à leur habitude. Or, si des hommes qui ne présentaient pas des qualités extraordinaires ont pu parvenir à ne plus consommer d'alcool, il n'y a aucune raison de ne pas exiger un tel effort d'autres individus placés dans des circonstances analogues. Il n'est donc pas juste de prétendre refuser d'appliquer l'article 7 LAI aux alcooliques sous prétexte que les alcooliques sont devenus des irresponsables. Cette application exige en contrepartie un examen très minutieux des circonstances dans lesquelles l'alcoolisme a débuté. Il faut donc bien préciser, à l'intention des médecins surtout, que ce que l'on examine, ce n'est pas la capacité de jugement et de détermination à l'heure actuelle — nul ne songe à nier qu'à ce moment-là, elle peut être absolument nulle ou en tout cas très insuffisante — mais au moment où les assurés ont commencé à boire.

En conclusion, il n'est donc pas possible d'affirmer que dans l'alcoolisme, tout se réduit à de simples mécanismes physiques ou psychiques. Il y a lieu d'admettre au contraire qu'au départ, l'alcoolique jouissait d'une capacité de jugement et d'un pouvoir de volonté suffisants, ce qui engage en principe sa responsabilité.

Il existe cependant des circonstances dans lesquelles ces facultés sont réduites, voire inexistantes, ce qui diminue d'autant ou supprime la responsabilité de l'alcoolique et justifie une atténuation de la sanction. Notre propos est de les préciser en analysant les différentes étiologies et pathogénies de l'alcoolisme, c'est-à-dire ses causes et ses conditions de développement.

II. Etiologie et pathogénie de l'alcoolisme

Dans la plupart des cas, il est très malaisé de distinguer la cause primaire, fondamentale, de l'alcoolisme des circonstances qui en ont favorisé l'apparition et le développement. Nous avons tenté une classification en étudiant successivement les maladies physiques, puis les maladies psychiques qui, par le besoin de boire qu'elles entraînent, peuvent provoquer l'apparition de l'alcoolisme, d'une part, ou qui sensibilisent à l'action de l'alcool et rendent ainsi des quantités relativement minimales d'alcool, considérées comme « normales » pour la plupart des gens, dangereuses pour ceux qui en sont atteints, d'autre part.

Nous examinerons ensuite ce qui dans le contexte personnel, familial, professionnel, social, peut inciter un individu à s'alcooliser.

Nous constatons d'abord que très rares sont les affections physiques ou psychiques qui peuvent pousser un individu à boire d'une manière irraisonnable, dangereuse, inéluctable, alors que la liste des circonstances qui favorisent le développement de l'alcoolisme est très longue.

1. Affections physiques créant le besoin de boire

Parmi les affections physiques qui entraînent un besoin anormal de boire, il faut citer les différentes formes du diabète. Ce besoin est parfois tel que l'individu ne peut s'en abstenir sans se sentir mal ou très mal. Mais, si le besoin de boire est irréductible, le choix de la boisson reste, lui, libre. Il est cependant évident que certaines habitudes professionnelles, non dangereuses en elles-mêmes, peuvent alors le devenir terriblement chez un tel patient. Nous pensons au vigneron qui boit sa « piquette » à la vigne, au paysan qui boit du cidre fermenté, au brasseur qui boit de la bière. A cause du diabète, tous trois seront tentés de boire abondamment d'un liquide qu'ils ont sous la main et dont la consommation est habituellement raisonnable. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'autres maladies à évolution chronique qui poussent à boire. Certains épisodes aigus (fièvre, grippe, etc.) donnent également soif, mais pendant un laps de temps relativement si court qu'ils ne sauraient entraîner l'habitude de boire.

2. Affections physiques sensibilisant à l'action de l'alcool

Un peu plus nombreuses sont les maladies physiques qui sensibilisent l'organisme humain à l'action de l'alcool. Il faut citer les traumatismes cranio-cérébraux, les maladies infectieuses du cerveau et de ses enveloppes (encéphalites, méningites), l'épilepsie sous toutes ses formes, les insuffisances hépatiques, les insuffisances rénales, certains troubles du métabolisme parmi lesquels on peut ranger la goutte, et peut-être des troubles endocriniens au niveau de l'hypophyse et des surrénales.

3. Affections psychiques pouvant inciter à boire

Parmi les maladies psychiques qui peuvent inciter l'individu à boire, il faut distinguer deux groupes :

- a. les maladies psychiques au cours desquelles l'individu boit, poussé par des forces invincibles qu'il ne peut pas contrôler ;
- b. les maladies psychiques au cours desquelles le patient boit, non plus poussé par un besoin incoercible, mais pour tenter d'échapper au malaise ou à l'angoisse que crée en lui sa maladie.

4. Circonstances familiales, sociales, professionnelles ayant pu favoriser le développement de l'alcoolisme

Il faut préciser d'emblée que ces circonstances, à de rares exceptions près, ont du point de vue de la responsabilité une valeur atténuante beaucoup plus faible

que celles que nous avons examinées jusqu'à présent. La présence de plusieurs d'entre elles est nécessaire pour qu'il en soit tenu compte. Nous n'allons pas les énumérer toutes, mais citerons cependant parmi les circonstances d'ordre personnel: la timidité, la maladresse, le besoin de compagnie, le désir d'évasion, la mauvaise adaptation à la vie, des douleurs physiques ou morales, des tensions physiologiques ou psychiques pénibles, le sentiment d'infériorité, la recherche d'un plaisir relativement bon marché, la recherche du rêve éveillé, le plaisir de la satisfaction orale qui symbolise dans l'inconscient la satisfaction du besoin d'affection, le besoin de contacts sociaux, la recherche du sentiment d'omnipotence infantile que donne l'alcool, l'imitation, plus marquée dans les natures infantiles, le besoin de compensation, de dérivations de l'agressivité contre soi ou contre autrui, la recherche de l'effet sédatif heureux, l'immaturité émotionnelle et le défaut de contrôle des réactions affectives, parfois même l'absence totale d'agressivité associée à une forte passivité.

Parmi les circonstances d'ordre familial, il faut noter toutes les situations conflictuelles non résolues. Nous pensons en particulier aux conflits entre l'assuré et ses parents, son conjoint ou ses propres enfants.

Sur le plan professionnel, il faut mentionner d'abord les métiers qui favorisent la consommation d'alcool. Si l'individu est parfaitement sain physiquement et psychologiquement, lucide, pas trop perturbé par des problèmes personnels, familiaux, professionnels, le danger que représentent ces professions est minime, d'où le nombre important de ceux qui leur appartiennent sans être ou devenir des alcooliques.

Les raisons d'ordre social qui peuvent induire un homme à boire sont également nombreuses: envie, insatisfaction, inadaptation. Il faut y ajouter la misère vraie, c'est-à-dire qui est due aux circonstances économiques et non au travail insuffisant des individus, par exemple au chômage, aux salaires insuffisants, aux longues maladies, aux familles trop nombreuses, aux taudis. On estime en France à un peu moins de 50 pour cent la proportion des buveurs souffrant d'alcoolisme à point de départ névrotique, c'est-à-dire présentant à l'origine un trouble de la personnalité, et à un peu plus de 50 pour cent la proportion des alcooliques d'habitude. En Amérique, en 1948, 36 pour cent des alcooliques admis avec le diagnostic de psychoses alcooliques dans les hôpitaux psychiatriques (on entend ici par psychose alcoolique l'altération de la personnalité due à l'alcool) avaient une personnalité antérieure normale; d'un strict point de vue psychique, ils étaient donc totalement responsables de leur alcoolisme. En 1949, ils représentaient le 47 pour cent des cas. Ces chiffres permettent d'opposer un démenti catégorique à tous ceux qui voudraient faire des alcooliques des prédestinés au départ, et, en les privant de responsabilité, leur enlever également leur dignité d'homme. Nous sommes persuadés néanmoins que sur le plan social, il reste beaucoup à faire pour les alcooliques.

D. LE PROBLÈME MÉDICO-SOCIAL DES TOXICOMANIES

I. Généralités

Les problèmes posés par les toxicomanies proprement dites, c'est-à-dire la consommation de substances calmantes ou stimulantes dont l'usage crée une accoutumance, puis un état de besoin, sont à la fois semblables et différents de ceux que l'on rencontre dans l'alcoolisme. D'une manière générale, leur solution exige les mêmes soins lors de l'enquête.

II. Etiologie et pathogénie des toxicomanies

Il est plus aisé de grouper les toxicomanes que les alcooliques et l'on peut, sans grande difficulté ni trop d'arbitraire, distinguer, selon les causes qui les ont fait naître, cinq sortes de toxicomanies.

1. *La toxicomanie succède à l'usage thérapeutique d'une drogue* (toxicomanie iatrogène)

Il n'est pas rare de constater que des patients, à qui l'on a dû administrer des quantités importantes de stupéfiants à cause de graves souffrances physiques ou psychiques, s'accoutument à cette drogue et finissent par ne plus pouvoir s'en passer sous peine de présenter des phénomènes extrêmement pénibles et désagréables. Ces gens sont doublement victimes: d'abord de leur maladie primaire qui peut continuer à les faire souffrir, ensuite d'habitudes que le traitement de la première affection peut avoir engendrées. Dans ces cas, la responsabilité des assurés est extrêmement diminuée, souvent inexistante.

2. *La toxicomanie résulte du contact professionnel avec les drogues*

A ce groupe appartiennent tous ceux qui journalièrement manient des drogues: médecins, infirmiers. Il est très tentant, pour ceux qui peuvent apprécier tous les jours les effets calmants ou stimulants des drogues, de les utiliser sur eux-mêmes lorsqu'ils présentent des troubles analogues à ceux qu'ils ont vu guérir sous leurs yeux. Le danger résulte du fait qu'un « laïque » ne peut utiliser des drogues dangereuses que sur ordonnance médicale, ou du moins en allant jusqu'à la pharmacie pour se les procurer. Le médecin ou l'infirmière les a sous la main. Cette toxicomanie ressemble à l'alcoolisme du vigneron ou du courtier en vins. La responsabilité de ceux qui en sont atteints n'est pas supprimée, mais elle est réduite.

3. *La toxicomanie des névrosés*

C'est la toxicomanie de ceux qui se sont réfugiés dans l'utilisation de la drogue pour échapper aux problèmes que leur pose la vie journalière. Pour les uns, il s'agit sans doute du choix d'une solution de facilité, pour les autres, d'un drame. Il ne faut pas oublier en effet que ce choix est le plus souvent conditionné par l'existence préalable de phénomènes névrotiques ou psychopathologiques graves. La responsabilité de l'assuré dépend de l'importance de ces phénomènes et

de l'appréciation que peut donner un psychiatre de la capacité de jugement et de détermination que possédait l'assuré quand il a commencé à se droguer. En règle générale, on diagnostique beaucoup plus fréquemment une origine névrotique ou psychopathologique aux toxicomanies qu'à l'alcoolisme. Nous trouvons des formes mineures de névrose chez nombre d'ouvriers d'usine, surtout parmi ceux qui travaillent aux pièces dans des parties de fine ou de très fine mécanique, qui ont trouvé dans la drogue un soulagement passager à l'état de tension nerveuse qu'engendre la finesse de leur travail et la rapidité à laquelle celui-ci doit être fait. Ces pratiques dangereuses ont souvent été aggravées encore par la facilité avec laquelle ces ouvriers pouvaient se procurer sur place le médicament favorisant, pour un temps, un meilleur rendement en éliminant les signes de fatigue.

4. La toxicomanie des gens de mauvaise vie

A ce groupe appartiennent les prostituées, les trafiquants de toutes sortes, etc. On ne saurait, sous peine d'injustice grave, les condamner en bloc. Cependant, en général, leur responsabilité paraît beaucoup plus grande que celle des assurés des autres catégories, car souvent ils ont délibérément choisi le métier qu'ils font, avec tous les risques qu'il comporte, en particulier le trafic de la drogue.

5. La toxicomanie des sportifs

C'est le seul exemple de toxicomanie qui puisse se développer à partir de pratiques considérées comme normales dans certains milieux, le doping.

Remarque: La présence d'une toxicomanie médicamenteuse associée à l'alcoolisme doit attirer l'attention sur la présence vraisemblable de phénomènes névrotiques.

E. CONCLUSIONS

Les considérations générales que nous avons énoncées concernant l'aspect médico-social de l'alcoolisme et des autres toxicomanies ont le défaut de toutes les considérations générales: elles ne sont pas toujours exactement applicables aux cas particuliers. Nous osons cependant espérer qu'elles permettront de jeter un peu de lumière sur ce problème complexe et qu'elles faciliteront une application aussi équitable que possible de la loi et de la jurisprudence du TFA, en particulier en ce qui concerne l'article 7 LAI.

Les subventions pour la construction et l'agencement dans l'assurance-invalidité

L'AI ne dispose pas d'institutions lui appartenant en propre, c'est-à-dire d'écoles spéciales et de homes pour mineurs inaptes à recevoir une instruction, ainsi que de centres de réadaptation pour la formation professionnelle d'invalides et pour l'application de mesures médicales. Elle est par conséquent obligée d'avoir recours aux institutions publiques ou reconnues d'utilité publique qui se consacrent à ces tâches. Toutefois, pour avoir à sa disposition un nombre suffisant d'installations appropriées, elle accorde des subventions pour la construction, l'agrandissement et la rénovation d'écoles spéciales et de centres de réadaptation publics ou reconnus d'utilité publique, à condition que ces établissements appliquent des mesures de réadaptation prévues par la loi dans la moitié des cas ou pendant la moitié de l'ensemble des journées de séjour au moins. Ces subventions s'élèvent au maximum à un tiers des frais considérés. Si l'AI a un intérêt majeur à la construction ou à l'agrandissement d'une institution, par exemple si celle-ci se propose d'appliquer des mesures qui, faute d'installations adéquates, doivent être appliquées à l'étranger, il est possible d'octroyer des subventions jusqu'à la moitié des frais considérés, ainsi que des prêts à titre gratuit ou onéreux. L'AI peut cependant allouer aussi de telles subventions pour la construction, l'agrandissement et la rénovation d'ateliers publics ou reconnus d'utilité publique qui occupent à demeure des invalides, ainsi que pour la construction et l'agrandissement de homes où logent des invalides exerçant une activité lucrative. Ces subventions ont pour but d'encourager la création, d'une part, de places de travail dans des ateliers protégés à l'intention des invalides qui ne peuvent être intégrés dans le circuit normal du travail, d'autre part de logements appropriés pour les invalides qui exercent encore une activité lucrative, mais sont tributaires d'autrui pour leurs besoins personnels.

Si les conditions légales mises à l'octroi de subventions pour la construction et l'agencement sont remplies, les projets (plans de construction et devis) sont en règle générale transmis pour examen à la Direction des constructions fédérales. Le préavis technique de celle-ci sert à déterminer le montant provisoire de la subvention, laquelle est accordée jusqu'à 100 000 francs par l'Office fédéral des assurances sociales, jusqu'à 500 000 francs par le Département fédéral de l'intérieur et à partir de 500 000 francs par le Conseil fédéral. La subvention n'est définitivement fixée que sur la base du compte final de construction, qui doit être remis à l'Office fédéral des assurances sociales avec toutes les factures originales et les justificatifs de paiement et qui permet à la Direction des constructions de déterminer les dépenses à prendre en considération.

Des avances sur la subvention peuvent toutefois être versées au cours des travaux.

Durant la période de 1960 à 1964, c'est-à-dire dans les cinq premières années d'existence de l'AI, l'Office fédéral des assurances sociales a reçu 259 demandes de subventions pour la construction et l'agencement. Vingt d'entre elles ont été retirées ou rejetées, car les conditions requises pour l'octroi d'une subvention n'étaient pas remplies. Les 239 demandes restantes représentaient ensemble des frais de construction et d'agencement s'élevant à environ 200 millions de francs. Dans 166 cas, des subventions ont été promises; à fin 1964, 73 demandes étaient encore à l'examen. Relevons enfin que, des 166 subventions accordées, 107 ont pu être définitivement fixées jusqu'à fin 1964.

Le tableau de la page 449 donne tout renseignement sur les subventions pour la construction et l'agencement accordées chaque année aux diverses institutions. Il y a lieu de faire remarquer à ce propos que des subventions n'ont pu être accordées qu'après l'entrée en vigueur du règlement d'exécution de la loi sur l'AI, c'est-à-dire à partir du 1^{er} janvier 1961.

Des 166 subventions promises, représentant au total 38,2 millions de francs, 55 concernent des agencements (machines, mobilier, etc.) et 111 des constructions. Il est intéressant de signaler en outre que les subventions s'échelonnent entre 77 francs et un peu plus de 5 millions de francs, ce montant, le plus élevé jusqu'ici, ayant été accordé pour la construction d'un centre de réadaptation pour l'application de mesures médicales.

Le Conseil fédéral a rendu 20 décisions de subvention pour un montant total de plus de 30 millions de francs. Huit d'entre elles ont accordé une subvention supérieure à un tiers des frais considérés et, dans cinq cas, des prêts sans intérêts représentant 3,34 millions de francs au total. Pour sa part, le Département fédéral de l'intérieur a octroyé 29 subventions, tandis que les 117 autres décisions furent de la compétence de l'Office fédéral des assurances sociales.

Des 38,2 millions de francs de subventions promises pour la construction et l'agencement, 17,8 millions étaient payés à fin 1964, dont 7,4 millions sur présentation de comptes finals de construction et d'agencement et 10,4 millions à titre d'avances provisoires sur les subventions. Compte tenu des avances qui ont précédé la fixation des subventions définitives, les 17,8 millions de francs versés ont fait l'objet de 190 paiements. A fin 1964, les subventions promises, mais non encore versées s'élevaient donc à environ 20 millions. Comme nous l'avons dit précédemment, à cette même date, 73 demandes étaient encore à l'examen. Etant donné que les subventions qui pourront être allouées sur la base de ces requêtes s'élèveront probablement à 21 millions de francs, les demandes de subventions qui n'étaient pas définitivement liquidées à fin 1964 représentent un montant total d'environ 41 millions de francs. On est donc en droit de répéter ce que l'on pouvait lire à la page 210 de la RCC de cette année: « Pour les établissements destinés aux malades et aux invalides, l'AI a créé une situation nouvelle. »

Subventions accordées pour la construction et l'agencement

Genres d'institutions	1961	1962	1963	1964	Total
	Nombre de subventions				
Ecoles spéciales et établissements pour mineurs inaptes à recevoir une instruction . .	6	18	22	36	82
Etablissements pour l'application de mesures de réadaptation professionnelles	1	9	13	14	37
Etablissements pour l'application de mesures de réadaptation médicales	—	1	3	3	7
Ateliers d'occupation permanente pour invalides	1	8	13	12	34
Homes pour invalides exerçant une activité lucrative	2	3	—	1	6
Total . . .	10	39	51	66	166
	Subventions en milliers de francs				
Ecoles spéciales et établissements pour mineurs inaptes à recevoir une instruction . .	346	1 073	8 785	11 738	21 942
Etablissements pour l'application de mesures de réadaptation professionnelles	20	1 264	1 267	1 564	4 115
Etablissements pour l'application de mesures de réadaptation médicales	—	32	9 069	70	9 171
Ateliers d'occupation permanente pour invalides	1	46	898	72	1 017
Homes pour invalides exerçant une activité lucrative	377	85	—	1 501	1 963
Total . . .	744	2 500	20 019	14 945	38 208

La communication de renseignements aux caisses-maladie

La maladie et l'invalidité frappent bien souvent les mêmes personnes, qui ont alors affaire à leur caisse-maladie aussi bien qu'à l'AI. Bien que l'assurance-maladie et l'AI diffèrent profondément l'une de l'autre, il est nécessaire, dans l'intérêt des assurés et par souci d'efficacité, que les caisses-maladie et les organes de l'AI collaborent dans les cas particuliers. Cette collaboration a été facilitée par l'introduction, à l'article 40 LAMA, d'une obligation de discrétion sanctionnée pénalement, qui lie les personnes participant à l'application de l'assurance-maladie.

Au vu de cette situation, l'OFAS a autorisé les organes de l'AI à communiquer aux caisses-maladie reconnues, sur demande, les renseignements et les dossiers dont elles ont besoin pour examiner le droit de leurs assurés à des prestations ou pour en calculer le montant (n° 9 de la circulaire sur l'obligation de garder le secret et la communication des dossiers, du 1^{er} février 1965).

Les organes de l'AI n'ont certes aucune obligation de donner suite aux demandes de renseignements que leur adressent les caisses-maladie. Ils jouissent d'un pouvoir d'appréciation et peuvent refuser de donner suite à une demande de renseignements si celle-ci exige, par exemple, des recherches trop laborieuses par rapport au résultat visé. En outre, pour les renseignements d'ordre médical, l'autorisation du médecin de la commission AI est aussi nécessaire (n° 16 de la circulaire). Cependant, « pouvoir d'appréciation » ne signifie pas « arbitraire », et tout refus de communiquer un renseignement ou un dossier à une caisse-maladie doit être dûment motivé. En cas de litige, la caisse-maladie peut soumettre le cas à l'OFAS (n° 27 de la circulaire).

*

En ce moment, un problème préoccupe particulièrement les caisses-maladie. Il s'agit des pièces à réunir pour faire valoir un droit aux subsides fédéraux en raison de soins médico-pharmaceutiques pris en charge pour des invalides. Les caisses-maladie doivent notamment fournir à l'OFAS une pièce prouvant que l'assuré était bénéficiaire d'une rente ou d'une allocation pour impotent de l'AI lorsqu'il a reçu les prestations pour lesquelles les subsides sont demandés. On s'est demandé dans quelle mesure les organes de l'AVS ou de l'AI pourraient fournir aux caisses-maladie les pièces nécessaires. Une étude approfondie de la question a toutefois montré qu'une telle entreprise provoquerait un surcroît de

travail considérable, sans que l'on puisse garantir pour autant l'exactitude des renseignements fournis. C'est pourquoi le Département de l'intérieur a fixé comme suit la procédure à suivre par les caisses-maladie dans son ordonnance 3 sur l'assurance-maladie: Il reconnaît comme pièce justificative une déclaration de l'assuré sur formule appropriée; si, après sommation, celui-ci n'envoie pas la pièce requise, la caisse-maladie peut demander l'attestation nécessaire à la *Centrale de compensation*, qui possède une vue d'ensemble de toutes les rentes AI et allocations pour impotents servies pendant la période choisie. Si donc des secrétariats de commissions AI ou des caisses de compensation reçoivent des caisses-maladie, par inadvertance, de telles demandes d'attestation, ils inviteront ces caisses-maladie à s'adresser à la Centrale de compensation.

*

En principe, les organes de l'AI ne fournissent des renseignements que sur demande. Rappelons que le secrétariat des commissions AI est toutefois tenu d'informer *spontanément* les caisses-maladie dans les cas prévus au n° 85 de la circulaire sur la procédure à suivre dans l'AI; s'il s'aperçoit que l'assuré auquel l'AI accordera probablement des mesures médicales est affilié à une caisse-maladie, il avisera celle-ci (le cas échéant par l'intermédiaire de la Centrale des caisses-maladie, à Soleure) de la demande présentée à l'AI. La caisse-maladie sera alors invitée à s'abstenir de payer les mesures de réadaptation qui pourraient être couvertes par l'AI, et à se borner à fournir, si on le lui demande, une garantie des frais pour l'éventualité où l'AI ne pourrait intervenir.

Les caisses-maladie ne reçoivent pas systématiquement copie des décisions des caisses de compensation. Cependant, il arrive parfois qu'une mesure médicale prise en charge par l'AI ait été déjà payée effectivement par une caisse-maladie. Pour ces cas exceptionnels, l'OFAS a fixé, dans sa circulaire du 28 mai 1962 concernant le paiement des mesures de réadaptation (chapitre B), la procédure de remboursement de la caisse-maladie. Lorsque la caisse-maladie a demandé à l'AI le remboursement de prestations payées par elle, une copie de la décision de la caisse AVS doit être adressée à la Centrale des caisses-maladie, à Soleure, qui calcule sur la base des tarifs en vigueur les montants que la Centrale de compensation doit rembourser à la caisse-maladie intéressée et payer, le cas échéant, aux agents d'exécution (médecin, hôpital, etc.).

La statistique des mesures de réadaptation 1964

La présente statistique, qui se rapporte à la période allant du 1^{er} février 1964 au 31 janvier 1965, a pour objet le dénombrement des cas traités, ainsi que des prestations versées. Le dépouillement statistique se fait en trois phases. Si l'on exclut les dénombrements multiples, on constate une diminution caractéristique du nombre des cas lorsqu'on passe de la troisième phase à la première ; en revanche, la somme des dépenses reste la même dans chacune des trois phases.

La *première phase*, dans laquelle le nombre des cas est identique à celui des bénéficiaires, est représentée par le tableau 1. Celui-ci indique le nombre de personnes, réparties selon leur sexe, qui ont reçu des prestations en nature durant la période d'observation. La participation des bénéficiaires masculins, pour lesquels la moyenne des frais est légèrement plus élevée, atteint 57 pour cent.

Mesures de réadaptation selon le sexe

1^{re} phase

Tableau 1

Sexe	Cas	Frais en francs	
		en tout	par cas
Masculin	38 174	31 663 319	829
Féminin	29 117	23 063 174	792
Total . . .	67 291	54 726 493	813

Dans la *deuxième phase*, les prestations sont réparties d'après les différents genres de mesures de réadaptation. Le nombre des cas est donc plus grand au tableau 2 qu'au tableau 1, car un bénéficiaire peut recevoir plus d'une mesure. La différence s'élève à 13 367, mais il ne faut pas en conclure qu'un aussi grand nombre de bénéficiaires aient obtenu plus d'une mesure. En effet, dans certains cas, trois ou quatre mesures peuvent être combinées.

Parmi les quatre genres de mesures, ce sont les mesures médicales qui occupent la première place; elles représentent environ 60 pour cent des cas. Cependant, les mesures d'ordre professionnel atteignent la moyenne des frais la plus élevée, bien qu'elles aient été appliquées seulement dans un petit nombre de cas.

Mesures de réadaptation selon le genre des mesures

2^e phase

Tableau 2

Genre des mesures	Cas	Frais en francs	
		en tout	par cas
Mesures médicales	48 225	30 879 843	640
Mesures d'ordre professionnel . . .	2 771	6 531 530	2 357
Formation scolaire spéciale et subsi- des aux mineurs inaptes à recevoir une instruction	10 769	10 754 183	999
Moyens auxiliaires	18 893	6 560 937	347
Total . . .	80 658	54 726 493	678

On distingue trois causes d'invalidité qui déterminent l'application de mesures de réadaptation. En ce qui concerne la deuxième phase, 52 348 cas de mesures ont été attribués en 1964 aux *infirmités congénitales*, 19 031 cas à la *maladie* et 2411 cas aux *accidents*; dans 6868 cas, il n'a pas été possible d'attribuer une cause quelconque à l'invalidité. La répartition selon le genre des mesures ne se présente pas de la même façon pour chacune des trois causes d'invalidité que pour l'ensemble des mesures de réadaptation selon le tableau 2. Les différences sont particulièrement visibles au tableau 3, page 454, où figurent des chiffres relatifs à côté des chiffres absolus.

En ce qui concerne les infirmités congénitales, les mesures médicales occupent la première place; pour la maladie et les accidents, ce sont les moyens auxiliaires qui atteignent la moyenne des frais la plus élevée, les mesures médicales atteignant aussi une moyenne élevée bien qu'elles viennent au second rang. D'un autre côté, les mesures d'ordre professionnel, ainsi que la formation scolaire spéciale et les subsides aux mineurs inaptes à recevoir une instruction, dépendent moins de la cause de l'invalidité.

Chacun des quatre genres de mesures comprend différents éléments. Si l'on décompose ces mesures en leurs éléments constitutifs, on constate encore une fois que le nombre des cas augmente dans la *troisième phase*. Comme le montre le tableau 4, on trouve, lorsqu'on passe à la troisième phase, 16 045 dénombrements multiples, qui se rapportent surtout aux mesures médicales.

En matière de *mesures médicales*, on distingue entre le traitement ambulatoire (38 767 cas) et le traitement dans un établissement (19 936 cas). Dans ce domaine, 10 478 personnes ont bénéficié d'un traitement combiné. En ce qui concerne les *mesures d'ordre professionnel*, c'est la formation professionnelle

initiale qui a prédominé (2455 cas), tandis que le reclassement et la rééducation se sont montrés relativement rares. L'aide en capital se limite à des cas particuliers, mais elle entraîne des frais relativement élevés (moyenne: 11 769 francs).

Mesures de réadaptation selon le genre des mesures et la cause de l'invalidité

2^e phase

Tableau 3

Genre des mesures	Cas		Frais en francs par cas	
	en tout	en pour-cent	en tout	Indice ¹
	Infirmités congénitales			
Mesures médicales	34 487	66	679	95
Mesures d'ordre professionnel . . .	1 557	3	2 411	336
Formation scolaire spéciale ² . . .	8 526	16	1 020	142
Moyens auxiliaires	7 778	15	213	30
Total . . .	52 348	100	717	100
	Maladie			
Mesures médicales	7 284	38	789	111
Mesures d'ordre professionnel . . .	937	5	2 378	336
Formation scolaire spéciale ² . . .	1 742	9	913	129
Moyens auxiliaires	9 068	48	432	61
Total . . .	19 031	100	708	100
	Accidents			
Mesures médicales	773	32	1 047	117
Mesures d'ordre professionnel . . .	179	7	2 311	258
Formation scolaire spéciale ² . . .	72	3	968	108
Moyens auxiliaires	1 387	58	627	70
Total . . .	2 411	100	897	100
¹ Le chiffre 100 se réfère dans chaque cas à la moyenne générale. ² Y compris les subsides aux mineurs inaptes à recevoir une instruction.				

Mesures de réadaptation selon le genre des mesures

2^e et 3^e phases

Tableau 4

Genre des mesures	Nombre de cas		
	2e phase	3e phase	Dénombrements multiples
Mesures médicales	48 225	58 703	10 478
Mesures d'ordre professionnel . . .	2 771	3 060	289
Formation scolaire spéciale et subsi- des aux mineurs inaptes à recevoir une instruction	10 769	12 465	1 696
Moyens auxiliaires	18 893	22 475	3 582
Total . . .	80 658	96 703	16 045

Quelque 10 000 personnes ont été formées dans les *écoles spéciales*, surtout en internat. Huit millions de francs, sur une somme totale de 10,8 millions, sont consacrés à la formation en internat. Dans 2242 cas, des subsides ont été versés à des mineurs inaptes à recevoir une instruction, dont la plupart (62 pour cent) se trouvent dans un établissement et ont touché en moyenne 655 francs. Les subsides versés aux mineurs soignés à domicile ont été un peu plus élevés; ils ont atteint une moyenne de 705 francs.

La remise de *moyens auxiliaires* comprend, outre les moyens auxiliaires au sens le plus étroit du terme, les membres artificiels (1270 cas), mais surtout les appareils de soutien et de marche, les corsets et chaussures orthopédiques (13 201 cas), ainsi que les véhicules (1305 cas); ces chiffres comprennent aussi les cas de réparations. Les 768 véhicules à moteur remis à des invalides ont atteint la moyenne des frais la plus élevée, soit 1395 francs. Du reste, les dépenses moyennes varient entre 158 et 608 francs suivant les cas. La faible moyenne générale de 347 francs (tableau 2) s'explique par la forte proportion d'appareils orthopédiques (221 francs).

Mentionnons enfin les *indemnités journalières* versées pendant la période d'observation. Des prestations de 6,6 millions de francs ont été versées pour un ensemble de 3192 cas. Un supplément de réadaptation de 10 à 30 pour cent a été accordé pour l'application des mesures. Alors que le supplément moyen de 20 pour cent n'a été ajouté aux indemnités journalières que dans des cas particuliers, le taux maximum de 30 pour cent a été admis dans la majorité des cas, ce qui a entraîné des dépenses de quelque 5,1 millions de francs pour des indemnités journalières représentant 300 241 jours sur un total de 437 501 jours.

Problèmes d'application de l'AI

Moyens auxiliaires :

l'équipement de véhicules à moteur

au moyen de pneus ou de chaînes à neige ¹

Le TFA a déclaré récemment que l'AI est tenue de remettre aux assurés des véhicules à moteur en parfait état de marche et offrant toute sécurité, ce qui, selon les conditions climatiques, implique aussi l'équipement des véhicules au moyen de pneus à neige ou de dispositifs similaires. En règle générale, on peut s'en tenir à la solution prévue dans la RCC 1962, page 194, qui consiste à fournir des pneus à neige en lieu et place de pneus normaux. Il ne se justifie qu'à titre exceptionnel de remettre des pneus ou des chaînes à neige *en plus* des pneus ordinaires. Dans des cas de ce genre, il y a lieu de présenter une demande spéciale au moment où l'on sollicite l'approbation de l'OFAS concernant l'octroi d'un véhicule à moteur.

Comme jusqu'ici, le remplacement de pneus usés n'est pas à la charge de l'AI.

La divulgation de renseignements médicaux dans les prononcés des commissions AI et les décisions des caisses ²

Il arrive encore souvent que des assurés apprennent le diagnostic exact de leur affection par la décision de la caisse. Dans les cas graves, on s'en doute, il peut en résulter un choc physique ou moral, en particulier chez les personnes sensibles.

Afin d'éviter autant que possible de tels faits, il faut tenir compte des points suivants :

1. C'est au vu des circonstances du cas particulier que l'on peut apprécier si et jusqu'à quel point l'assuré est censé connaître avec précision la nature véritable de l'affection dont il souffre. On pourra l'admettre d'emblée dans de

¹ Extrait du Bulletin AI n° 65.

² Extrait du Bulletin AI n° 65, texte légèrement modifié.

nombreux cas nettement caractérisés (par exemple amputations). S'il est douteux, en revanche, que l'assuré connaisse le diagnostic médical, ou s'il n'en a éventuellement qu'une connaissance partielle (en cas de sclérose en plaques, par exemple), il faut rédiger les prononcés et décisions avec toute la prudence qui s'impose. On ne fera état de renseignements médicaux que s'il est juridiquement indispensable de les mentionner dans la décision de caisse; on renoncera à entrer dans le détail et on s'en tiendra à des termes généraux.

2. Il faut renoncer à citer des extraits de certificats médicaux, sinon l'assuré risque de tirer des conclusions erronées, même sur la base de données médicales connues en soi. Si, pour motiver la décision, il est indispensable de faire état de renseignements médicaux que l'assuré, selon toute vraisemblance, ignore complètement ou en partie, il est recommandé aux commissions AI de discuter de la rédaction du prononcé avec le médecin traitant.

3. En cas d'infirmité congénitale, on mentionnera dans le prononcé et dans la décision, en lieu et place de diagnostic, le numéro de l'infirmité dans la liste de l'article 2 OIC (par exemple «traitement de l'infirmité congénitale n° 189»). Les parents ne sont en effet généralement pas à même de comprendre le sens précis de la terminologie médicale et risquent d'en tirer des conclusions erronées de nature à influencer négativement leur attitude envers l'enfant.

4. Il faut admettre que les autorités juridictionnelles tiennent également compte de ces considérations lors de la rédaction de leurs jugements. Dans les cas où une prudence toute spéciale est de rigueur, les commissions AI les en avertiront à temps et de la manière la plus adéquate.

BIBLIOGRAPHIE

G. Bernasconi: **La femme et l'AVS en Suisse**. Revue syndicale suisse, organe mensuel de l'Union syndicale suisse, n° 3, p. 77-86. Berne 1965.

Kurt Fricker: **Rechnungsgrundlagen in der AHV**. Revue suisse d'économie publique et de statistique, 1965, fasc. 2, p. 118-126. Editions Stämpfli & Cie, Berne.

Marthy Hochreutener: **Soziale Eingliederung als wesentliche Voraussetzung für die berufliche Eingliederung geistig Behinderter**. 58 pages. Travail de diplôme de l'École de travail social, Lucerne 1964.

Alfred Kobelt: **Das Erziehungspersonal in Heimen** (le personnel éducateur des homes). Revue suisse d'éducation, n° 11, p. 263 - 268. Saint-Gall, Imprimerie Künzler S.A., 1965.

Arnold Saxer: **Social Security in Switzerland**. 132 pages. Editions Paul Haupt, Berne 1965.

Sur l'initiative de la fondation Pro Helvetia, M. Saxer, qui a dirigé pendant de longues années l'Office fédéral des assurances sociales, avait publié en 1963 un ouvrage général sur la sécurité sociale en Suisse. Il y exposait brièvement, à l'intention du grand public, les principales données concernant les divers aspects de cette institution (RCC 1963, p. 398, et 1965, p. 19). Une version anglaise de cet ouvrage vient de paraître; elle tient compte de l'évolution des assurances sociales jusqu'au début de l'année 1965 et évoque, notamment, la sixième révision de l'AVS, l'amélioration simultanée du régime des APG, les effets de ces deux révisions sur l'AI, la loi fédérale sur les prestations complémentaires et la révision de l'assurance-maladie. Les données statistiques sont complétées jusqu'en 1963 y compris. Ce nouveau « vademecum » de M. Saxer est recommandé à tous ceux qui savent l'anglais.

INFORMATIONS

Nouvelles interventions parlementaires

Question écrite
Baudère, du
20 septembre 1965

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

« Dans le domaine des infirmités congénitales, on accorde de plus en plus d'importance à la réadaptation d'enfants invalides, en milieu familial.

Or, les charges que cela entraîne pour les parents sont extrêmement lourdes. Il n'est en effet pas toujours possible, ni même adéquat, de se limiter au simple aménagement de l'appartement. Dès lors, il faut envisager la construction d'une maison répondant pleinement aux exigences d'un traitement et d'une réadaptation indispensables.

Tout en reconnaissant les efforts considérables accomplis jusqu'à ce jour et les services rendus par l'AI, je me permets de demander au Conseil fédéral s'il ne pense pas que cette institution pourrait être en mesure d'étendre ses prestations, par exemple jusqu'à l'octroi de crédits de construction à bas intérêt, ou sous d'autres formes, éventuellement combinées, chaque fois que des cas le justifiaient ?

On permettrait ainsi à un certain nombre d'enfants invalides de se développer dans les meilleures conditions souhaitables et d'atteindre aussi bien et, probablement, sans plus de délai que d'autres, leur indépendance économique. »

Question écrite
Genoud, du
22 septembre 1965

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

« Les rentes complémentaires AVS seront versées dans notre pays dès le 1^{er} janvier 1966, ceci d'après les lois d'application votées par chacun des cantons ou demi-cantons. Le Conseil fédéral pense-t-il pouvoir appliquer également cette aide aux vieillards et orphelins, ressortissants suisses domiciliés à l'étranger, qui ont reconnu l'AVS ?

Si c'était le cas, comme on peut le souhaiter, le mode et les bases de calcul ne devraient-ils pas être uniformes pour tous les ayants droit domiciliés à l'étranger, sans prendre en considération l'application dans le canton d'origine, afin d'éviter des différences de cas en cas dans un même pays ? »

Initiative Dafflon
du 6 octobre 1965

M. Dafflon, conseiller national, a présenté l'initiative suivante concernant l'adaptation des rentes AVS au renchérissement :

« Lorsque les Chambres ont adopté, en décembre 1963, la nouvelle teneur de la LAVS, l'indice des prix à la consommation atteignait 205 points. Or, à la fin septembre 1965, cet indice atteignait 217 points.

Afin que les rentes des bénéficiaires de l'AVS et de l'AI puissent conserver leur pouvoir d'achat, je dépose, en vertu de l'article 93, 1^{er} alinéa, de la Constitution fédérale, le texte d'initiative ci-dessous, qui a pour but d'ajouter à l'article 34 de la LAVS deux alinéas nouveaux. Ces alinéas ont pour but d'augmenter les rentes de 7 pour cent et prévoir que pour chaque augmentation de l'indice des prix à la consommation, de 5 points, les rentes seront augmentées d'un pourcentage correspondant.

La teneur de ma proposition est donc la suivante :

Modification de la LAVS du 20 décembre 1946

Art. 34, 4^e et 5^e al. (nouveau)

⁴ Les rentes sont augmentées de 7 pour cent et considérées comme adaptées à l'indice des prix à la consommation arrêté à 217 points.

⁵ Chaque fois que l'indice variera de 5 points, les rentes seront adaptées en conséquence. »

Initiative populaire
du « Beobachter »

L'initiative populaire en faveur de rentes AVS et AI micux adaptées à la situation actuelle et tenant compte du renchérissement, déposée en juillet 1962 par le « Schweizerische Beobachter » (RCC 1962, p. 341), a été retirée le 6 septembre 1965, les revendications sur la hausse des rentes ayant trouvé leur réalisation par la sixième révision de l'AVS. Le Conseil fédéral a pris connaissance de ce retrait lors de sa séance du 10 septembre.

Prestations complémentaires dans le canton de Genève

Dans sa séance du 14 octobre 1965, le Grand Conseil a adopté le projet de loi sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI. Les limites de revenus prévues correspondent aux montants maximums de la loi fédérale. Le montant global déductible du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative, ainsi que du montant annuel des rentes et pensions, est porté à 480 francs pour les personnes seules et à 800 francs pour les couples (taux supérieurs). En revanche, aucune déduction n'est prévue pour le loyer, cette question devant être réglée, sur le plan cantonal, par des allocations de logement. Le délai référendaire expire le 19 novembre 1965.

Prestations complémentaires dans le canton de Schwyz

Schwyz a été le premier canton à soumettre à une votation populaire la loi cantonale sur les prestations complémentaires, en date du 31 octobre 1965. La loi a été acceptée par 5745 oui contre 836 non. Elle prévoit de compléter le revenu des bénéficiaires de rentes de vieillesse, de survivants et d'invalidité jusqu'aux limites indiquées dans la loi fédérale, soit 3000 francs par an pour les personnes seules, 4800 francs pour les couples et 1500 francs pour les orphelins.

Allocations familiales dans le canton d'Appenzell Rh.-Ext.

Le 18 octobre 1965, le Grand Conseil a édicté le règlement d'exécution de la loi sur les allocations pour enfants aux salariés. Ce règlement contient notamment les dispositions suivantes:

1. Salariés étrangers

Aux termes de l'article 6, 2^e alinéa, de la loi, le droit des salariés étrangers aux allocations en raison des enfants vivant hors de Suisse sera déterminé dans le règlement d'exécution. Le § 3, 2^e alinéa, dudit règlement prévoit que seuls les enfants légitimes et adoptifs au-dessous de 16 ans révolus donnent droit à l'allocation. Contrairement à ce qui est le cas lorsque les enfants vivent en Suisse, il n'est pas versé d'allocations pour les enfants naturels, les enfants du conjoint, les enfants recueillis et les enfants entre 16 et 20 ans qui font des études ou un apprentissage ou sont incapables de gagner leur vie par suite de maladie ou d'infirmité. Le droit aux prestations est subordonné à la condition que le travailleur ne reçoive pas ou ne puisse réclamer d'une autre caisse publique du même genre des allocations pour enfants ou des allocations familiales correspondantes.

2. Reconnaissance des caisses de compensation pour allocations familiales

Selon l'article 11, 3^e alinéa, de la loi, le règlement d'exécution fixera les conditions de la reconnaissance d'une caisse de compensation pour allocations familiales. Le § 7 du règlement d'exécution prévoit qu'une caisse est reconnue si elle prouve:

- a. qu'elle groupe au moins 500 salariés;
- b. qu'elle verse les prestations minimales fixées dans la loi;
- c. qu'elle offre toute garantie quant à une bonne gestion;
- d. que ses statuts ou son règlement sont conformes aux dispositions de la loi et du règlement d'exécution.

3. Entrée en vigueur

La loi sur les allocations pour enfants aux salariés et le règlement d'exécution entreront en vigueur le 1^{er} janvier 1966. Dès cette date, les contributions d'employeurs seront prélevées et les allocations versées.

Allocations familiales dans le canton d'Uri

Le 27 octobre 1965, le Grand Conseil a adopté un arrêté portant modification des taux fixés dans la loi sur les allocations pour enfants. Les nouvelles dispositions, qui entreront en vigueur le 1^{er} janvier 1966, sont les suivantes:

1. Allocations pour enfants aux salariés et aux personnes de condition indépendante

Jusqu'ici, les allocations étaient versées pour le deuxième enfant des familles de deux enfants et pour tous les enfants des familles comptant trois enfants et plus. Dorénavant, l'allocation sera payée pour chaque enfant.

Le taux de l'allocation est porté de 15 à 20 francs par mois et par enfant.

2. Augmentation des contributions à la charge des employeurs et personnes de condition indépendante

La contribution payée par les employeurs et les personnes de condition indépendante est relevée de 1 à 1,5 pour cent des salaires, respectivement du revenu d'une activité lucrative, au sens de l'AVS.

3. Elévation de la limite de revenu pour les personnes de condition indépendante

La limite de base est portée de 6500 à 11 000 francs et le supplément pour enfant de 700 à 800 francs.

Répertoire d'adresses AVS/AI/APG

Page 8: Caisse de compensation 18, Grisons

Page 24: Commission AI des Grisons

Page 25: Office régional AI des Grisons.

Ces trois organes ont une nouvelle adresse: Rosenweg 4, 7001 Coire.

L'adresse postale de la commission AI (Bahnhofstr. 19) tombe.

Répertoire d'adresses Page 13, caisse 54 (industrie des liants)
AVS/AI/APG Nouvelle adresse : Talstrasse 83, 8001 Zurich
Nouveau numéro de téléphone : (051) 27 95 87.

Nouvelles
personnelles

M. *Plinio Cioccarì*, conseiller d'Etat, ayant quitté la Commission fédérale de l'AVS/AI où il représentait les directeurs cantonaux des finances, le Conseil fédéral a nommé, pour lui succéder, M. *Jakob Langenauer*, landamman et conseiller national, Rehetobel. M. Langenauer remplace M. Cioccarì également au sein de la Commission fédérale d'experts pour la revision de l'AI.

Eugène Bertrand †

M. *Eugène Bertrand*, gérant de la caisse de compensation de la Fédération suisse du tabac, est décédé le 14 octobre après une longue maladie. M. Bertrand était né en 1907 au Tessin. Il fit ses écoles à Berthoud, où il reçut une formation commerciale complète. Après avoir occupé divers emplois, il entra, au début de l'année 1948, au service de la caisse de compensation « Tabac », à Berne, en qualité de suppléant du gérant. Depuis la fin de l'année 1955, jusqu'en janvier 1962, il exerça la même fonction auprès de la caisse de compensation SPIDA (maîtres ferblantiers, appareilleurs, électriciens et couvreurs) à Zurich. Il revint ensuite à Berne pour y diriger la caisse « Tabac ». M. Bertrand était de ceux qui accomplissent leur tâche en silence. Il s'acquitta de ses devoirs, souvent difficiles, avec une grande compétence et très consciencieusement. L'Office fédéral des assurances sociales, la Centrale et les caisses de compensation garderont de lui le meilleur souvenir.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 10 avril 1965, en la cause M. L.

Article 9, 1^{er} alinéa, LAVS. Le titulaire d'une raison individuelle ou l'associé d'une société de personnes est en principe tenu de payer les cotisations sur l'accroissement de fortune au sens donné à cette expression par la jurisprudence fiscale du Tribunal fédéral. (Considérant 2.)

Article 9, 1^{er} alinéa, LAVS; article 17, lettre d, RAVS. Comme en matière d'impôt pour la défense nationale, les cotisations, dans l'AVS, sont dues sur les bénéfices en capital réalisés lors du transfert en patrimoine privé d'un élément de la fortune commerciale. En effet, le concept de bénéfice en capital au sens de l'article 17, lettre d, RAVS concorde avec celui qui est défini à l'article 21, 1^{er} alinéa, lettre d, AIN. (Considérant 3.)

Articolo 9, capoverso 1, LAVS. Il titolare di una ditta individuale od il socio di una società di persone è, in via di principio, tenuto a pagare i contributi sull'aumento della sostanza nel significato dato a questa espressione dalla giurisprudenza in materia fiscale del Tribunale federale. (Considerando 2.)

Articolo 9, capoverso 1, LAVS; articolo 17, lettera d, OAVS. Come in materia d'imposta per la difesa nazionale, i contributi, nell'AVS, sono egualmente dovuti sui profitti in capitale conseguiti mediante il trasferimento di un elemento della sostanza commerciale al patrimonio privato. In effetto, la nozione del profitto in capitale secondo l'articolo 17 lettera d, OAVS è concorde a quella definita all'articolo 21, capoverso 1, lettera d, DIN. (Considerando 3.)

M. L. est l'associé indéfiniment responsable de la maison L. & Co. En 1962, un immeuble appartenant à la société, d'une valeur comptable de 157 000 francs, fut transféré dans la fortune de M. L. et, en accord avec l'autorité fiscale, la valeur de reprise fut fixée à 300 000 francs. Le bénéfice en capital de 143 000 francs ainsi réalisé

fut porté au crédit de M. L. Lors de la fixation de l'IDN, ce bénéfice fut ajouté au revenu de l'activité lucrative de M. L., et on en tint également compte lors de la fixation des cotisations AVS.

M. L. recourut en demandant que les cotisations ne soient pas perçues sur ce bénéfice. Le tribunal cantonal lui donna satisfaction. L'OFAS interjeta appel. Celui-ci fut admis par le TFA pour les motifs suivants :

1. ...

2. Du point de vue des cotisations, la fortune commerciale d'un assuré est considérée, aussi longtemps que l'intéressé travaille dans son entreprise, comme l'un des éléments permettant à celui-ci d'acquérir le gain de son activité lucrative. Il en va également — vu la présomption « juris et de jure » posée par les articles 9, 2^e alinéa, lettre e, LAVS et 18, 2^e alinéa, RAVS — de l'intérêt à 4 ½ pour cent du « capital propre engagé dans l'entreprise », que ces dispositions exceptent toutefois du paiement des cotisations. Hormis cet intérêt, la LAVS considère en principe comme revenu net de l'activité lucrative de l'exploitant, ou de l'associé d'une entreprise astreinte à tenir des livres, tout ce que celui-ci retire de l'activité de l'entreprise et du capital propre engagé durant la période entrant en ligne de compte pour le calcul des cotisations. Est également soumis à cotisations l'accroissement de fortune au sens de la jurisprudence fiscale du Tribunal fédéral, c'est-à-dire « l'excédent de la fortune commerciale à la fin de l'année comptable sur la fortune commerciale au terme de l'exercice précédent, augmenté de la valeur des sommes transférées au patrimoine privé et diminué de la valeur des fonds engagés » (Blumenstein, System des Steuerrechts, p. 160).

Sont visées par-là notamment les augmentations de valeur de la fortune commerciale qui ont été comptabilisées et proviennent de l'aliénation de biens englobés dans cette fortune. S'il s'agit de plus-values, c'est-à-dire de bénéfices en capital, les cotisations sur ces bénéfices sont dues par la personne qui les a acquis dans son entreprise. C'est en vertu des articles 9, 1^{er} alinéa, LAVS, 17, lettres c et d, et 20 RAVS que l'exploitant doit acquitter les cotisations personnelles sur de tels bénéfices.

Du point de vue des cotisations, le bénéfice en capital est également soumis à cotisations lorsqu'il provient de la réalisation de biens au sens de l'article 21, 1^{er} alinéa, lettre d, AIN, notamment là où des éléments de la fortune commerciale passent dans la fortune privée du propriétaire de l'entreprise. Le fait que ce propriétaire est également le titulaire de l'entreprise qui aliène l'élément de fortune ne modifie pas la situation. Est seule décisive la circonstance que l'entreprise astreinte à tenir des livres a ainsi réalisé un bénéfice en capital. Sur ce point également, les règles valables pour les cotisations AVS correspondent à celles qui régissent l'IDN. Lorsqu'il englobe les bénéfices en capital réalisés et comptabilisés dans le revenu de l'activité indépendante, l'article 17, lettre d, RAVS vise le bénéfice en capital au sens de l'article 21, 1^{er} alinéa, lettre d, AIN, lequel peut résulter non seulement de l'aliénation à des tiers, mais aussi du transfert de biens de la fortune commerciale à la fortune privée du propriétaire de l'entreprise.

RENTES

Arrêt du TFA, du 30 mars 1965, en la cause R. D.

Article 22 bis LAVS. Un enfant qui entre en apprentissage ou commence des études après l'âge de 18 ans donne droit à la rente complémentaire dès le premier jour du mois suivant celui où ont débuté l'apprentissage ou les études.

Articolo 22 bis LAVS. Un figlio che comincia il tirocinio o gli studi dopo i 18 anni, fa sorgere il diritto alla rendita completiva dal primo giorno del mese seguente quello in cui il tirocinio o gli studi si sono iniziati.

L'assurée, née en 1901 et devenue veuve en 1946, bénéficie depuis le 1^{er} janvier 1964 d'une rente ordinaire de vieillesse simple. Sa fille, née en 1942, a commencé le 1^{er} octobre 1964 un apprentissage d'infirmière d'une durée de trois ans; l'assurée a demandé l'octroi d'une rente complémentaire pour cette enfant. La caisse de compensation alloua la rente requise à partir du 1^{er} novembre 1964.

Saisie d'un recours tendant à obtenir la rente complémentaire dès le début de l'apprentissage, la commission de recours a considéré que le droit à la rente prenait naissance le premier jour du mois suivant celui où l'apprentissage a débuté, et a confirmé la décision attaquée.

Le TFA rejeta l'appel interjeté contre ce jugement pour les motifs suivants:

1. L'article 22 bis LAVS, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1964, reconnaît au bénéficiaire d'une rente de vieillesse le droit à une rente complémentaire pour chacun des enfants qui, à son décès, auraient droit à une rente d'orphelin. Les enfants qui auraient droit à une rente d'orphelin simple donnent droit à une rente complémentaire simple; ceux qui auraient droit à une rente d'orphelin double donnent droit à une rente complémentaire double. La rente complémentaire se substitue à une éventuelle rente d'orphelin de l'enfant (art. 28 bis LAVS).

Selon les articles 25, 2^e alinéa, et 26, 2^e alinéa, LAVS, le droit à la rente d'orphelin s'éteint en général à l'accomplissement de la 18^e année. Ces dispositions (dans leur teneur valable dès le 1^{er} janvier 1964) prévoient cependant que, « 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 ».

Orpheline de père, la fille de l'appelante aurait droit, au décès de sa mère, à une rente d'orphelin double. Agée de plus de 18 ans, elle a commencé un apprentissage; on doit admettre que la formation d'infirmière qu'elle acquiert répond à la notion d'apprentissage au sens des dispositions susmentionnées, en particulier que les prestations en nature et en espèces touchées durant cette formation demeurent sensiblement inférieures au salaire d'une infirmière formée (voir ATFA 1960, p. 109 = RCC 1960, p. 291). D'autre part, si le texte légal envisage au premier chef le maintien de la rente d'orphelin de l'enfant qui est en apprentissage ou aux études au moment où il accomplit sa 18^e année, la jurisprudence a précisé que ce droit appartenait également à l'orphelin entrant en apprentissage ou aux études après l'âge de 18 ans révo-

lus (voir p. ex. ATFA 1950, p. 61 = RCC 1950, p. 154). Aussi nul ne conteste-t-il le droit de l'appelante à une rente complémentaire pour enfant, tant que sa fille se trouve en apprentissage et n'aura pas accompli sa 25^e année.

2. Seul est litigieux le point de départ de cette rente. Tandis que la caisse intimée, dont le juge cantonal a confirmé l'avis, a accordé la rente complémentaire à partir du 1^{er} novembre 1964, l'appelante conclut à son octroi dès le 1^{er} octobre.

Les articles 25, 2^e alinéa, et 26, 2^e alinéa, LAVS ne fixent pas le moment de l'ouverture du droit à la rente d'orphelin, lorsque l'enfant commence un apprentissage ou des études après l'âge de 18 ans, soit après l'extinction du droit à la rente d'orphelin qui a pu être précédemment versée. Ce point n'est pas davantage fixé par l'article 22 bis LAVS en ce qui concerne la rente complémentaire pour enfant. La solution découle néanmoins à l'évidence du système légal.

Ainsi que l'a constaté le juge cantonal, les rentes de l'AVS sont dues et payables par mois civils entiers et ne sont jamais divisées par fractions de mois. Dans tous les cas où la LAVS fixe en termes exprès l'ouverture du droit à la rente, elle la fixe au premier jour du mois civil suivant celui où est survenu l'événement donnant droit à cette rente (voir les art. 21, 2^e alinéa, 22, 3^e alinéa, 23, 3^e alinéa, 25, 2^e alinéa, et 26, 2^e alinéa, LAVS). De même, la rente est payée pour tout le mois civil au cours duquel le droit à la rente s'est éteint (art. 44, 2^e alinéa, LAVS). Or, pour l'enfant entrant en apprentissage ou commençant des études après l'âge de 18 ans, le fait donnant (à nouveau) droit à la rente d'orphelin est celui de l'apprentissage ou des études. Le TFA en a déduit que, conformément au principe légal général, la rente devait, dans ce cas aussi, prendre naissance le premier jour du mois suivant celui où ont débuté l'apprentissage ou les études (voir ATFA 1953, p. 152 = RCC 1953, p. 314). Ces mêmes motifs sont pleinement valables, et cette même solution doit par conséquent être adoptée également quant à l'ouverture du droit à une rente complémentaire pour enfant selon l'article 22 bis LAVS.

L'appelante fait valoir que l'enfant commençant un apprentissage ou des études au début d'un mois « perd » ainsi un mois de rente, si celle-ci ne lui est versée que dès le mois suivant. Cet argument ne saurait justifier une dérogation à un système légal clair et cohérent; il pourrait d'ailleurs être invoqué tout aussi bien par l'assuré qui atteint l'âge ouvrant droit à la rente de vieillesse ou par la femme et les enfants qui perdent leur mari et père dans les premiers jours du mois. L'affirmation de l'appelante, selon laquelle la rente aurait été accordée, dans d'autres cas, dès le premier mois de l'apprentissage est de même sans effet juridique, nul ne pouvant faire valoir des droits fondés sur des décisions erronées qui ont été rendues dans des cas analogues.

Dans l'espèce, la fille de l'appelante a commencé son apprentissage en octobre 1964; il importe peu que celui-ci ait commencé déjà le premier jour de ce mois. Le droit à la rente complémentaire pour enfant a pris naissance le premier jour du mois civil suivant le mois où est survenu le fait donnant droit à cette rente, soit le 1^{er} novembre 1964...

Assurance-invalidité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 1^{er} avril 1965, en la cause E. W.

Article 11 LAI. La responsabilité de l'AI est en principe aussi engagée quand la relation de causalité n'est que partielle entre une mesure de réadaptation et une maladie ou un accident atteignant l'assuré dans sa santé.

Articolo 11 LAI. Di regola, la responsabilità dell'AI è pure impegnata quando il nesso di causalità è solo in parte adeguato tra un provvedimento d'integrazione e una malattia o un infortunio che ha colpito l'assicurato nella sua salute.

L'assuré, né en 1923, souffre depuis des années d'une bronchite spasmodique chronique qui l'obligea, à fin septembre 1960, à renoncer à son emploi de magasinier. L'AI, auprès de qui l'assuré s'est annoncé en juillet 1962, lui alloua dès le 1^{er} juillet 1962, en vertu de la 2^e variante de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, une rente simple entière, plus les rentes complémentaires pour l'épouse et les trois enfants mineurs. Cette rente simple cessa d'être versée depuis le 30 novembre 1963, parce que l'assuré, conformément à une décision de la caisse de compensation (du 3 décembre 1963), devait subir un reclassement d'un an à partir du 4 novembre 1963 comme employé de commerce dans un centre de réadaptation et que, pendant cette période, il toucherait une indemnité journalière.

Le 29 mai 1964, le médecin-chef de ce centre de réadaptation avisa l'office régional que l'assuré avait été renvoyé chez lui le 28 mai, parce qu'il n'avait pas pu suivre avec succès le cours d'une année « à cause de trop fréquentes absences pour raisons de santé ». L'assuré avait contracté la grippe chez lui pendant les vacances de Noël. Au milieu de janvier, de nouveau pendant un congé, il était retombé malade, ce qui avait entraîné une interruption de la fréquentation du cours du 17 janvier au 12 février 1964. Au milieu de mars, une névrite du bras droit apparut. L'affection avait tout d'abord été traitée sans interruption du cours, mais comme ce traitement n'avait pas réussi, le médecin avait ordonné « un traitement plus intense avec obligation stricte de garder le lit pendant trois semaines ». Là-dessus, les douleurs avaient presque complètement disparu. Cependant, par la suite, l'assuré s'était comporté, sans mauvaise intention d'ailleurs, de façon telle qu'il s'était ensuivi une grave rechute de la névrite. L'assuré avait alors reçu l'ordre de se soumettre immédiatement à un traitement médical.

L'office régional annonça ces faits à la commission AI et lui expliqua qu'elle allait renoncer probablement à poursuivre la formation de l'assuré et tenter de le placer directement après guérison de la névrite. La commission AI ayant demandé

si cette névrite présentait un rapport de causalité avec la réadaptation, un médecin du centre de réadaptation répondit que jusqu'alors, aucun participant au cours n'avait jamais souffert de névrite provoquée par les travaux de dactylographie. C'est pourquoi on pouvait admettre « avec une quasi-certitude » que l'origine de cette maladie n'avait aucun rapport avec l'enseignement. Interrogé à ce sujet, l'assuré, qui possède une voiture avec volant à droite, déclara qu'il avait l'habitude de conduire en posant son coude sur la portière ouverte. Il fallait encore constater que la maladie, une fois déclarée, était plus difficile à soigner pendant les cours que pendant la période de repos subséquente.

La commission AI décida le 25 juin 1964 de cesser provisoirement, dès le 29 mai 1964, le versement de l'indemnité journalière, « puisque le cours de reclassement dans un centre avait été interrompu le 28 mai 1964 à cause d'une maladie sans rapport avec la réadaptation. » L'office régional fut chargé de chercher une place adéquate pour l'assuré. La Caisse de compensation notifia cette décision le 22 juillet 1964.

L'assuré recourut. Il demandait qu'une indemnité appropriée lui fût allouée dès le 29 mai 1964 jusqu'à ce qu'il trouve un emploi; si son affection avait été soignée à temps, disait-il, il aurait pu terminer le cours.

Le tribunal cantonal rejeta le recours le 11 novembre 1964. On peut résumer ses considérants ainsi: En vertu de l'article 19 RAI, l'assuré n'a pas droit à une indemnité journalière, parce qu'aucun « reclassement » n'a précédé le placement, le cours suivi dans le centre de réadaptation ayant dû être interrompu prématurément. Il n'existe pas non plus de droit en vertu de l'article 11, 1^{er} alinéa, LAI, car il n'a pas été démontré que la névrite ait été causée par l'application d'une mesure de réadaptation.

L'assuré a porté ce jugement devant le TFA. Se fondant sur l'article 11, 1^{er} alinéa, LAI et sur les renseignements donnés par son médecin de famille, il demande que l'AI prenne en charge les frais de traitement et lui verse une indemnité jusqu'au 28 septembre 1964 (date de sa réadaptation). La caisse de compensation et l'OFAS concluent au rejet de cet appel.

Le TFA a requis un rapport du médecin-chef d'un hôpital, qui est en même temps le médecin de famille de l'assuré. Ce praticien considère comme « très possible, sinon même vraisemblable que l'usage continu et crispant de la machine à écrire » ait contribué à provoquer l'affection de l'assuré, — une épicondylite de l'humérus.

Ce témoignage a été communiqué aux parties et à l'OFAS. Dans son préavis, la caisse de compensation fait savoir qu'elle a soumis ce rapport médical au médecin de la commission AI. Celui-ci admet aussi que la pratique de la machine à écrire peut avoir causé partiellement la névrite. Quant à l'OFAS, il considère l'opinion du médecin traitant comme convaincante et propose l'admission de l'appel.

Le TFA a admis l'appel interjeté par l'assuré dans le sens des considérants suivants:

1. Selon l'article 11, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit au remboursement des frais de guérison résultant des maladies ou des accidents qui lui sont causés par des mesures de réadaptation. L'assuré qui, vu son invalidité, aurait droit à une rente, mais dont on exige qu'il se soumette à des mesures de réadaptation a droit en outre à la réparation du dommage causé par les mesures de réadaptation et non couvert selon le 1^{er} alinéa (art. 11, 2^o al., LAI).

D'après cette disposition, une maladie ou un accident qui survient pendant un reclassement ne suffit pas à engager la responsabilité de l'assurance. Cela aboutirait à rendre l'assurance responsable de tous les accidents et maladies survenus pendant la réadaptation, alors que la loi exige que ceux-ci aient été causés par la mesure de réadaptation. La responsabilité n'est engagée en principe que si une mesure de réadaptation ordonnée par l'AI est la cause adéquate d'une maladie ou d'un accident atteignant l'assuré dans sa santé (ATFA 1962, p. 52, considérant 2; RCC 1962, p. 345). Le rapport de causalité qui engage la responsabilité existe en principe déjà dans les cas où la mesure de réadaptation en question est simplement une cause adéquate de la maladie ou de l'accident (cf. Maurer, *Recht und Praxis der Unfallversicherung*, 2^e éd., p. 288, chiffre 4, et la littérature citée). Quelle est, dans ce cas, l'étendue de la responsabilité, la loi ne le dit pas expressément et la jurisprudence ne l'a jusqu'à maintenant pas déterminé.

2. Le médecin qui traita l'assuré après son départ du centre de réadaptation établit, dans son rapport du 17 février 1965, que les douleurs au bras droit étaient localisées dans l'épicondyle latéral (os du coude) du bras droit et avaient rayonné dorsalement dans l'avant-bras jusque dans la région du poignet. La sensibilité à la pression qui s'était manifestée dans l'épicondyle latéral, ainsi que l'amélioration ressentie pendant la période de repos et grâce à l'injection d'ultracortérol ne laissent aucun doute sur l'existence d'une épicondylite. Il faut partir de ce diagnostic convaincant et examiner si cette maladie a été causée de manière adéquate par la mesure de reclassement de l'AI.

Le médecin du centre de réadaptation communiqua à la commission AI, le 12 juin 1964, qu'il pouvait « être admis avec une quasi-certitude » que « le début de cette maladie » n'avait pas été causé par l'enseignement. Il fait remonter la maladie probablement à un refroidissement que l'assuré doit avoir contracté pendant un congé, en conduisant sa voiture.

Le médecin de famille considère comme « très possible, sinon même vraisemblable, que la pratique continuelle et crispante de la machine à écrire ait contribué à l'affection ».

Un autre médecin, à qui le cas fut soumis par la caisse de compensation, estime également que la dactylographie est en partie la cause du mal.

Lorsque l'assuré déclare que l'on a ajourné le traitement efficace de l'épicondylite pour assurer le succès de son reclassement, ce témoignage parle également en faveur d'une causalité partielle de la réadaptation. Cette intention (succès du reclassement) apparaît aussi dans les rapports médicaux du centre de réadaptation, des 20 et 29 mai 1964. En outre, il faut remarquer que dans la déclaration du médecin du centre, du 12 juin 1964, la relation de cause à effet n'est niée qu'en ce qui concerne le « début de la maladie »; de plus, il y est établi « que la maladie, une fois déclarée, pouvait moins facilement se guérir, tant que le patient suivait le cours, que pendant la cure de repos entreprise ensuite. » A cet égard, il faut en outre apprécier l'information donnée dans le mémoire de recours, d'après laquelle le bras droit malade enfla peu à peu en raison des mouvements vigoureux des doigts qu'exige la dactylographie. Enfin, signalons l'affirmation du médecin de famille, selon laquelle il n'aurait jamais traité antérieurement l'assuré pour une névrite au bras droit.

Vu cet état de fait, on ne peut qu'admettre l'existence d'un rapport de causalité partielle entre la mesure de reclassement et l'épicondylite. La commission AI, après avoir établi la durée et les frais du traitement, ainsi que les conditions de l'octroi

d'une indemnité journalière au sens de l'article 23, 1^{er} alinéa, RAI, devra déterminer dans quelle mesure des prestations sont dues à l'assuré en vertu de l'article 11 LAI. (Peut-être que la deuxième phrase de l'article 19 RAI pourrait aussi être appliquée au cas présent). Il incombe en outre à la commission AI de décider si la causalité partielle qui existe ici donne droit aux prestations complètes et si, le cas échéant, après l'expiration des prestations consacrées au traitement de l'épicondylite, il pourra être à nouveau question de servir les rentes allouées antérieurement, pour autant toutefois que leur octroi ait alors été fondé.

Arrêt du TFA, du 22 mars 1965, en la cause A. E.

Article 12 LAI. Chez une ménagère de 52 ans, une arthrodèse (enraidissement opératoire de l'articulation) représente une mesure médicale de réadaptation quand elle a pour conséquence de permettre à l'assurée de continuer à tenir son ménage.

Articolo 12 LAI. L'artrodesi (irrigidamento operatorio dell'articolazione) eseguita ad una casalinga dell'età di 52 anni, è considerata provvedimento sanitario d'integrazione, quando è destinata a permettere all'assicurata di continuare i suoi lavori domestici.

L'assurée, née en 1913, ménagère, se fractura le col du fémur droit en septembre 1959. Il en résulta une nécrose de la tête du fémur; l'assurée ne put, dès lors, se déplacer qu'avec des béquilles. Des traitements médicaux et des cures de bain renouvelés ne purent rien y changer. En octobre 1963, l'assurée s'annonça à la commission AI et demanda que lui soient octroyés des mesures médicales ainsi qu'un bandage de Hohmann. Le médecin traitant fit savoir à la commission AI, au cours du même mois, que devant l'insuccès des mesures thérapeutiques entreprises jusqu'alors, il n'avait plus de propositions à faire. Là-dessus, la commission AI décida de n'accorder aucune prestation, puisque les mesures médicales, y compris le bandage de Hohmann, avaient pour objet le traitement de l'affection comme telle, qui ne peut être mis à la charge de l'AI. Ce prononcé fut notifié à l'assurée par décision du 22 janvier 1964.

L'assurée recourut contre cette décision devant l'autorité cantonale de recours. Elle fit valoir que les mesures médicales servaient à la réadaptation et que le bandage de Hohmann représentait un moyen auxiliaire. Dans une requête complémentaire, elle exposa qu'elle était en traitement chez un professeur qui voulait prochainement entreprendre une opération (enraidissement de l'articulation de la hanche); cette intervention promettait d'apporter une amélioration de sa capacité de travail. Pour plus amples informations, il fallait donc s'adresser à ce professeur. Par jugement du 10 juillet 1964, l'autorité cantonale de recours mit à la charge de l'AI les frais du bandage de Hohmann à titre de moyen auxiliaire. Par contre, elle refusa d'accorder des mesures médicales; elle alléguait à l'appui de cette décision, qu'il existait indéniablement un état pathologique labile, si bien que les mesures médicales appartenaient au traitement de l'affection comme telle et que les examens complémentaires demandés par l'assurée étaient superflus.

L'assurée fit appel devant le TFA contre le refus des mesures médicales. Elle invoqua le rapport d'un chef clinique, selon lequel l'opération d'enraidissement représente une mesure médicale de réadaptation. La caisse de compensation et

l'OFAS estiment, sur la base de ce rapport médical, que l'opération d'enraidissement doit être prise en charge par l'AI comme mesure de réadaptation.

Lorsque le dossier eut circulé auprès des intéressés, on requit l'avis d'un autre professeur, dont voici un extrait :

« L'affection est la conséquence d'une détérioration nécrotique plus ou moins étendue de la tête du fémur, qui est une partie sphérique de l'articulation de la hanche. La nécrose est provoquée par un arrêt de l'irrigation sanguine, le plus souvent par suite d'une fracture du col fémoral ou des complications d'une telle fracture. Quelques mois après la fracture, parfois seulement un ou 2 ans après, le patient éprouve des douleurs et une diminution de la mobilité et de la résistance aux charges de l'articulation de la hanche. L'espoir que la guérison de cette fracture, une des plus graves de l'ossature humaine, amènera, après quelques semaines, une mobilité et une résistance croissantes de la jambe est souvent déçu quand des complications surgissent . . .

De nombreuses fractures du col du fémur ne parviennent pas à la guérison complète, mais laissent des séquelles durables plus ou moins graves. La nécrose de la tête du fémur est la principale des causes d'un tel état de guérison incomplète . . . Parfois, on peut espérer guérir, entièrement ou en partie, la nécrose en la traitant à un stade relativement précoce. On peut y parvenir par une plastie d'os spongieux vivant. Ce traitement opératoire appartient sans aucun doute et de façon prépondérante au traitement de la fracture du col fémoral et de ses suites immédiates (traitement de l'affection comme telle).

Quand cet espoir doit être abandonné ou quand la greffe d'os spongieux déjà entreprise est restée sans succès, il survient une déformation de la tête du fémur. Ce phénomène entraîne par la suite une altération dégénérative de la cavité glénoïde. Il se produit une arthrose déformante de l'articulation de la hanche, une coxarthrose. Celle-ci entraîne une diminution de la mobilité et de la résistance aux charges, un enraidissement dans une position défavorable, des douleurs permanentes ou intermittentes. Cet état peut être la cause d'une invalidité importante et stable. La fracture peut être guérie depuis longtemps, mais la guérison a laissé des séquelles. Souvent, on peut y remédier dans une mesure importante et durable grâce à un enraidissement de l'articulation dans une bonne position, de telle sorte que le patient peut à nouveau marcher et supporter les charges et que les douleurs disparaissent. Cet enraidissement opératoire (arthrodèse) revient à éliminer une séquelle; si d'autres conditions sont remplies, il prend le caractère d'une mesure de réadaptation propre à restituer la capacité de travail et de gain ».

L'occasion a été offerte aux parties et à l'OFAS d'exprimer leur avis sur ce rapport médical. Le TFA a admis l'appel de l'assurée pour les motifs suivants :

1. . . .

Le traitement d'une fracture consécutive à un accident doit être, sans doute possible, considéré comme le traitement de l'affection comme telle. Si la guérison de la fracture traîne en longueur ou échoue tout à fait à la suite de complications, les mesures médicales rendues nécessaires de ce fait appartiennent elles aussi au traitement de l'affection comme telle, pour autant qu'elles se rattachent, objectivement et dans le temps, au traitement primaire. Ceci est également le cas lorsque le mal a atteint un état final stable.

2. Les mesures médicales appliquées jusqu'ici à l'assurée avaient pour objet prépondérant le traitement de la fracture du col du fémur et ne représentaient donc

pas une mesure médicale de réadaptation pouvant être prise en charge par l'AI. Cela est vrai en particulier de la plastie d'os spongieux pratiquée en 1962, comme il ressort clairement de l'expertise d'un des médecins.

Par contre, il faudrait un examen approfondi pour déterminer si l'arthrodèse qu'il est question de pratiquer représente ou non une mesure de réadaptation. A ce sujet, c'est à bon droit que l'autorité de première instance s'est prononcée après que l'administration eut refusé l'octroi de mesures médicales en raison de la nature de l'affection. Il ressort du rapport du professeur qu'après une fracture du col du fémur et une nécrose de la tête fémorale, il peut se manifester une arthrose déformante de l'articulation de la hanche, c'est-à-dire une sorte de coxarthrose, que cette arthrose représente un état de guérison avec séquelles et qu'en l'espèce, on se trouvait certainement en présence d'un état stable le 24 février 1964 (date à laquelle une radiographie a été faite). Grâce à l'arthrodèse, on peut souvent éliminer cet état de guérison avec séquelles, dans une mesure importante et durable, par l'enraidissement de la hanche dans une position favorable, si bien que le patient peut marcher et supporter des charges et que les douleurs disparaissent. Ainsi, en pareil cas, l'arthrodèse se rapporte à un état de guérison avec séquelles; aussi cette mesure ne doit-elle pas être considérée sans autres comme traitement de l'affection comme telle. Il faut bien plutôt examiner si l'intervention sert à la réadaptation dans toute l'étendue légale de ce terme. Cela doit être admis en l'espèce; la mesure est en effet propre à permettre à une ménagère, âgée de 52 ans seulement et fortement handicapée, de tenir à nouveau son ménage. On ne peut pas non plus dire que l'arthrose soit, objectivement et dans le temps, en relation si étroite avec le traitement primaire de la fracture que l'intervention qu'elle nécessite appartienne au traitement de l'affection comme telle. La fracture remonte à plus de cinq ans et est guérie depuis longtemps. En outre, le médecin traitant a considéré, en octobre 1963, l'état comme stationnaire et s'est refusé à faire de nouvelles propositions de traitement, d'où l'on peut conclure aussi que le traitement de l'affection comme telle est terminé. L'arthrodèse représente donc une mesure médicale, qui ne peut plus être considérée comme le traitement de l'accident.

L'appel doit donc être admis dans ce sens que l'AI doit prendre à sa charge l'arthrodèse à titre de mesure médicale de réadaptation.

RENTES

Arrêt du TFA, du 23 mars 1965, en la cause A. O.

Articles 7 et 31 LAI. Si l'assuré refuse de se soumettre à un traitement médical exigible, tendant à rétablir sa capacité de gain, mais dont les frais ne peuvent être pris en charge par l'AI, il y a lieu de considérer son comportement comme une faute grave au sens de l'article 7 LAI, et non pas comme une opposition à des mesures de réadaptation exigibles au sens de l'article 31.

Articoli 7 e 31 LAI. Se l'assicurato si rifiuta di sottoporsi ad un trattamento medico che si può da lui esigere, inteso a ristabilire la sua capacità al guadagno, ma le cui spese non possono essere assunte dall'AI, si può considerare

il suo atteggiamento come negligenza grave ai sensi dell'articolo 7 LAI, e non come un'opposizione ai provvedimenti d'integrazione esigibili secondo l'articolo 31.

L'assuré, né en 1908, n'a appris aucune profession et a travaillé depuis 1950 comme représentant et magasinier. En octobre 1960, il fut opéré d'une hernie inguinale droite; à la suite de cette opération, il fut atteint de deux embolies pulmonaires.

Au début de décembre 1961, l'assuré déposa une demande de prestations auprès de l'AI. Dans son rapport à la commission AI, du 24 mars 1962, le médecin diagnostiqua une petite hernie inguinale gauche, de même qu'une dilatation cardiaque avec des faiblesses circulatoires occasionnelles. Il évalua l'incapacité de travail à environ 33 ⅓ pour cent et déclara en même temps qu'on avait exagéré les plaintes subjectives du patient. Par décision du 3 mai 1962, la caisse de compensation informa l'assuré que la commission AI admettait un taux d'invalidité inférieur à 50 pour cent et qu'en conséquence, aucun droit à la rente n'avait pris naissance. L'assuré retira le recours qu'il avait interjeté contre cette décision, car la commission AI s'était déclarée prête à se prononcer à nouveau sur son droit à la rente après avoir examiné ses possibilités de réadaptation dans un atelier pour invalides.

Le 16 août 1962, l'assuré entra donc dans un atelier pour invalides, qu'il quitta cependant déjà le 12 septembre, disant qu'il ne supportait pas le travail assigné. L'office régional fit savoir à la commission AI qu'il avait l'impression que l'assuré exagérait fortement ses maux. Par nouvelle décision du 10 avril 1963, la caisse de compensation informa l'intéressé que la commission AI s'était de nouveau prononcée contre l'octroi d'une rente, étant donné que le taux d'invalidité était inférieur à 50 pour cent.

L'assuré recourut auprès de l'autorité cantonale de recours, se référant à un certificat qu'un médecin, sur la base d'un examen fait le 2 février 1963, avait remis à la commission AI. Le médecin diagnostiquait, outre les affections déjà connues, une cholécystopathie (affection de la vésicule biliaire) et déclarait que l'assuré avait sans aucun doute souffert d'une colique vésiculaire en mars 1963. Si l'on tenait compte de toutes les affections, en particulier de la hernie inguinale gauche que l'assuré ne veut pas faire opérer à cause du risque d'embolie, on devrait admettre une incapacité permanente de travail de 50 pour cent.

La commission de recours demanda une expertise à un hôpital. Le médecin-chef expliqua, dans son rapport du 19 août 1964, que l'assuré souffrait des affections suivantes :

1. Manifestations d'étranglement au niveau de la hernie inguinale gauche. (Il existe un danger d'incarcération et la présence de sang occulte dans les selles indique une lésion de l'intestin. Grâce à une opération de la hernie dans une clinique connaissant le traitement anticoagulant, la capacité de travail pourrait être considérablement améliorée. En revanche, le port d'un bandage herniaire bien adapté suffit à peine à supprimer les douleurs de cette hernie importante et n'écarte pas le danger d'étranglement.)
2. Troubles de la vésicule biliaire en coliques à intervalles irréguliers.
3. Dyspnée d'effort, étourdissements passagers (l'examen de la fonction cardiaque montre un status à peu près normal, de sorte qu'on peut admettre une bonne guérison).

4. Diminution générale de la capacité de travail.

On peut conclure des autres déclarations de ce rapport que l'assuré, dans son état actuel, ne peut être employé que pour de légers travaux (courses), alors qu'une activité de magasinier n'entre plus en considération à cause de la hernie. De même, une occupation assise semble peu indiquée parce que, là aussi, des manifestations d'étranglement au niveau de la hernie sont apparues. L'incapacité de travail comme magasinier doit être évaluée à 66 $\frac{1}{3}$ pour cent et à 50 pour cent dans une autre activité. Ce degré d'incapacité devait exister depuis l'examen du 2 février 1963. Le rapport de mars 1962 apparaît juste, car l'affection s'est aggravée entre-temps.

Se fondant sur cet exposé et sur le rapport du médecin, la commission cantonale de recours conclut, dans son jugement du 12 octobre 1964, à une invalidité de 50 pour cent au moins dès le 1^{er} février 1963; en conséquence, la caisse de compensation était tenue de verser une demi-rente d'invalidité à l'assuré depuis cette date. En outre, la commission de recours renvoya le dossier à la commission AI pour qu'elle examine si des mesures médicales pouvaient être ordonnées en raison de la hernie.

L'assuré déféra le jugement cantonal au TFA en concluant au versement d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 1963. A l'appui de sa demande, il alléguait qu'il n'était pas en mesure d'obtenir, en faisant des courses ou en exerçant d'autres activités légères, plus d'un tiers du revenu qu'il pourrait atteindre si sa capacité de travail était entière. Il n'avait même pas réussi, malgré ses efforts, à trouver une occupation adaptée à sa santé. Dans un complément au mémoire d'appel, il est dit en outre que la commission AI a refusé de prendre en charge l'opération de la hernie.

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

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 (art. 28, 1^{er} al., LAI). 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, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28, 2^e al., LAI).

En l'espèce, il ressort du dossier qu'une opération de la hernie pourrait sensiblement réduire l'invalidité de l'assuré. Dès lors, il convient d'examiner avant tout quelle importance revêt le refus de l'assuré de se soumettre à cette intervention. Celle-ci ne représente pas, comme l'a également admis la commission AI, une mesure médicale au sens de l'article 12 LAI; il s'agit d'un traitement de l'affection comme telle qui ne peut être pris en charge par l'AI.

Selon l'article 31, 1^{er} alinéa, LAI, la rente est refusée temporairement ou définitivement à l'assuré qui se soustrait ou s'oppose à des mesures de réadaptation auxquelles on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette et dont on peut attendre une amélioration notable de la capacité de gain. Cet article traite ainsi des conséquences de l'opposition à des « mesures de réadaptation exigibles » sur le droit à la rente. Par de telles mesures, on ne peut entendre, selon le système, le sens et la teneur de la loi, que les « prestations de l'assurance en vue de la réadaptation de l'invalide à la vie professionnelle » selon l'article 8 LAI, donc seulement des mesures qui ont été ordonnées par l'AI (ou qui auraient dû l'être). S'agissant de mesures médicales, seules sont visées, dès lors, par l'article 31 LAI celles que l'AI prend en charge en supportant les frais qui en résultent, en accordant à l'assuré des indemnités journalières selon les articles 22 et suivants LAI et en répondant, en application de l'article 11 LAI, de toute atteinte à la santé causée par ces mesures.

Si l'article 31 LAI concerne donc les mesures de réadaptation proprement dites de l'AI, on peut se demander si cette disposition est également applicable, selon la *ratio legis* ou par analogie, aux cas semblables, où des mesures médicales non visées par l'article 12 LAI sont indiquées pour augmenter la capacité de gain. Il faut répondre par la négative. Il existe, en l'espèce, des différences sensibles dont une application *ratione legis* ou par analogie de l'article 31 LAI ne permet pas de tenir compte suffisamment. Du point de vue de l'exigibilité, il n'est, par principe, pas indifférent qu'une certaine mesure médicale — même lorsqu'elle n'apparaît pas dangereuse pour la vie et la santé — engage l'AI ou non en vertu des articles 11, 12 et 22 LAI. Des mesures médicales, tout à fait indiquées en soi, peuvent cependant ne pas être exigibles de celui qui devrait les payer; que l'on pense, par exemple, aux personnes qui ne sont pas très riches et qu'une hospitalisation empêcherait, pendant un certain temps, d'utiliser leur capacité de gain dont elles ont un urgent besoin; ou bien aux assurés qui doivent prendre soin de parents impotents, qu'ils ne peuvent confier à des tiers pour suivre eux-mêmes un traitement sérieux.

Assurément, de tels cas sont plus rares que ceux où l'assuré refuse, sans motif valable, de faire rétablir ou améliorer sa propre capacité de gain par un traitement inoffensif et à tous égards exigible. Face à une telle attitude, on devra conclure, du moins après avoir averti l'assuré, que celui-ci cause par sa propre faute la persistance de son incapacité de gain dans la mesure où on pourrait raisonnablement exiger qu'elle soit rétablie. Et cela justifie l'application de l'article 7 LAI, selon lequel les prestations en espèces peuvent être refusées ou réduites, définitivement ou temporairement, lorsqu'un assuré a causé ou aggravé son invalidité par une faute grave (voir aussi ATFA 1962, pagel 104 = RCC 1962, page 404). En conséquence, le refus de mesures médicales qui ne tombent pas sous le coup de l'article 12 LAI ne peut être sanctionné que dans le cadre de l'article 7 LAI et non pas selon l'article 31, 1^{er} alinéa, LAI; ce qui, cependant, n'exclut pas que l'on s'inspire du sens juridique de l'article 31 pour l'application de l'article 7.

Si l'appelant a refusé l'opération de la hernie gauche, intervention qui est indiquée médicalement, on ne peut ici, étant donné les circonstances, retenir une faute grave qui justifierait le refus ou la réduction de la rente. L'assuré, né en 1908, s'est déjà soumis en 1960 à l'opération d'une hernie droite et, à la suite de cette intervention, il a souffert de deux embolies pulmonaires présentant un danger pour sa vie. Certes, le médecin assure que la deuxième opération pourrait être menée à bien si elle a lieu dans une clinique importante connaissant le traitement anticoagulant; il est toutefois compréhensible que l'assuré — eu égard à son âge assez avancé — ne veuille plus s'exposer au risque d'une embolie.

L'autorité de première instance a accordé à l'assuré une demi-rente depuis le 1^{er} février 1963. Le début de l'invalidité ouvrant droit à la rente n'est pas litigieux; il reste simplement à examiner si le taux d'invalidité donne droit à une demi-rente ou à une rente entière. Pour fixer le taux d'invalidité, il convient, d'après ce qui a été dit, de considérer la santé physique de l'assuré.

L'autorité de première instance a admis, dans son jugement, que l'assuré invalide pourrait acquérir, par l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, plus du tiers du revenu qu'il aurait pu obtenir s'il possédait son entière capacité de travail. Il n'existe aucun motif suffisant pour s'écarter de cette conclusion. Il est vrai que l'assuré ne peut plus exécuter que des travaux légers à cause de sa hernie; l'activité de magasinier n'entre plus en considération, et une occupation assise n'est pas non plus indiquée à cause des manifestations d'étrangement. Cependant, cela ne signifie pas du tout que l'assuré qui, d'après divers témoignages, exagère subjectivement ses

maux et par là sous-estime sa capacité de travail, ne serait plus apte qu'à exécuter des courses. D'autres occupations faciles peuvent aussi entrer en considération, par exemple aide dans un poste d'essence ou liftier ; même une activité de représentant, que l'assuré a déjà exercée auparavant, n'apparaît pas exclue. En exerçant une des activités nommées ou quelque autre métier exigible, l'assuré sans formation professionnelle pourrait obtenir, selon les estimations, plus du tiers du salaire d'un magasinier ayant une entière capacité de travail, s'il fait preuve de la volonté qu'on peut raisonnablement exiger de lui. Du reste, il peut demander à la commission AI d'intervenir pour lui trouver un travail convenable (art. 18 LAI). Enfin, il peut solliciter la remise d'un bandage herniaire, moyen auxiliaire qui peut au moins atténuer les effets défavorables de la hernie sur son activité professionnelle.

Ainsi, l'assuré n'a droit — comme l'a conclu le jugement de première instance — qu'à une demi-rente depuis le 1^{er} février 1963, ce qui conduit au rejet de l'appel.

PROCÉDURE

Arrêt du TFA, du 30 juillet 1965, en la cause J. Ch.

Article 14 LAI. Les mesures médicales accordées par l'AI sont, en principe, des prestations en nature.

Article 27 LAI. L'octroi de telles mesures implique un lien de mandat entre l'assurance et les agents d'exécution (médecin et hôpital). L'assurance satisfait à ses obligations en rémunérant ces agents selon les tarifs conventionnels établis.

Articolo 14 LAI. I provvedimenti sanitari assegnati dall'AI consistono, di regola, in prestazioni in natura.

Articolo 27 LAI. L'assegnazione di tali provvedimenti implica un rapporto di mandato tra l'AI e le persone e gli enti che applicano i provvedimenti d'integrazione (medico e ospedale). L'AI adempie i suoi obblighi remunerando detti incaricati dell'esecuzione secondo le tariffe convenzionali stabilite.

Le père de l'assuré a requis en mars 1964 des prestations de l'AI en faveur de son fils, atteint d'agénésie du pavillon auriculaire gauche avec imperforation du conduit. Suivant la proposition du spécialiste en oto-rhino-laryngologie, la commission AI a pris en charge une otoplastie, à titre de mesure médicale. Elle a précisé qu'elle assumait les frais du traitement « au tarif officiel », ainsi que « la pension et les soins¹ en division commune » ; que l'opération serait pratiquée par un chirurgien-plasticien dans une clinique ayant convenu d'un tarif avec l'AI.

Informé de ce prononcé, le chirurgien désigné écrivit à la commission qu'il s'agissait d'une reconstruction difficile du pavillon avec transplantation de tissus, exigeant trois séances pour chacune desquelles l'honoraire devait être fixé à 1000 francs.

¹ « Unterkunft und Verpflegung » (art. 14, 2^o al., LAI). Il aurait fallu traduire : « logement et nourriture » ou « pension ».

L'OFAS, appelé à se prononcer sur cette question tarifaire, rappela au médecin l'accord conclu avec la Fédération des médecins suisses et releva ce qui suit :

« Sur la base de cette convention tarifaire, l'AI ne peut prendre à sa charge, dans le cas présent, que 525 francs (300 fr. plus 75 pour cent de supplément de renchérissement) par opération, conformément à la position 185 du tarif de la CNA.

Lorsque l'assuré demande expressément à être traité dans la division privée de l'hôpital, il vous est loisible de lui adresser directement une note supplémentaire. En cas de séjour en division commune, l'AI assume les frais totaux des mesures prescrites conformément au tarif en vigueur, l'assuré étant libéré de toute obligation (cf. le tarif intérimaire de l'AI, lettre A, chiffre 2). »

Sur ce, la caisse de compensation a rendu une décision reproduisant le prononcé de la commission.

Le père de l'enfant a demandé au chirurgien d'inscrire son fils en division commune pour toute la durée du traitement et de l'hospitalisation. Simultanément, il a interjeté recours contre la décision de la caisse.

La commission de recours a rejeté le recours, dans la mesure où il était recevable.

Le père de l'assuré a fait appel devant le TFA. Il estime qu'il incombe à l'AI d'assumer intégralement les frais du traitement chirurgical. Or le chirurgien, en sus des notes adressées à l'assurance selon le tarif, lui réclame directement 600 francs d'honoraires supplémentaires pour les trois opérations pratiquées les 5 septembre 1964, 14 novembre 1964 et 11 janvier 1965. L'appelant rappelle que, à sa demande expresse, ces interventions ont été effectuées dans un établissement hospitalier qui avait passé un accord tarifaire avec l'AI et ne lui a donc pas présenté de facture ; que la rareté des spécialistes en chirurgie plastique limitait son choix, et que le chirurgien lui avait d'ailleurs été conseillé.

La caisse intimée déclare partager l'avis des premiers juges et joint à sa réponse un rapport de la commission AI ; celui-ci relève combien il serait choquant que l'assuré doive supporter des frais opératoires en marge des obligations de l'assurance. Quant à l'OFAS, il propose le rejet de l'appel.

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

1. Le principe du droit aux mesures médicales n'est pas contesté. Seule est litigieuse l'obligation de l'AI de prendre en charge les honoraires supplémentaires que le chirurgien réclame à l'assuré, en sus des notes adressées à l'assurance selon tarif. La solution de cette question dépend des relations juridiques naissant de l'application de mesures médicales et de l'étendue des obligations de l'assurance envers le médecin.

2. Les mesures médicales font partie des prestations de l'AI en vue de la réadaptation à la vie professionnelle (art. 8, lettre a, LAI). Ces mesures comprennent le traitement entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical, ainsi que les médicaments ordonnés par le médecin (art. 14, 1^{er} al., LAI). L'assuré hospitalisé a droit en outre à la pension¹ en division commune ; s'il se rend dans une autre division, bien que les mesures puissent être appliquées dans la division commune, les frais supplémentaires sont à sa charge (art. 14, 2^e al., LAI). L'assurance décide si le traitement aura

¹ « Unterkunft und Verpflegung », cf. note précédente.

lieu à domicile ou dans un établissement, en tenant équitablement compte des propositions du médecin et des conditions personnelles de l'assuré (art. 14, 3^e al., LAI).

Il découle de ces dispositions légales que, par l'octroi de mesures médicales, l'AI alloue en principe à l'assuré une prestation en nature, sous forme de traitement et de pension en division commune. Il ne s'agit pas d'une simple contribution pécuniaire à une mesure de réadaptation choisie par l'invalidé (comme c'est le cas des subsides pour la formation scolaire spéciale, selon l'art. 19 LAI; voir p. ex. ATFA 1964, p. 240). Les mesures médicales sont bien plutôt ordonnées en tant que telles par l'AI, qui en supporte aussi les risques dans les limites de l'article 11 LAI (tandis que les mesures que l'assurance se borne à subventionner n'engendrent pas une telle responsabilité; voir p. ex. arrêt P. G., RCC 1965, p. 415).

Il appartient dès lors à l'AI de charger le médecin et l'établissement de l'application des mesures médicales qu'elle a ordonnées. Un rapport de mandant à mandataire s'établit ainsi entre l'assurance et l'agent d'exécution. Du fait du libre choix garanti à l'assuré (au sens de l'art. 26 LAI), le médecin et l'établissement sont, en pratique, informés du mandat qui leur est confié par la remise d'une copie de la décision notifiée à l'assuré ou sous une autre forme appropriée (art. 76, 2^e al., RAI). L'agent d'exécution désigné est libre d'accepter ou de refuser ce mandat.

L'octroi de mesures médicales implique donc, d'une part, un rapport d'assurance entre l'assurance et l'assuré et, d'autre part, un lien contractuel de mandat entre l'assurance et l'agent d'exécution. En règle générale, en revanche, aucun rapport juridique direct ne naît — en vertu de la LAI — entre l'assuré et l'agent d'exécution. Font toutefois exception les cas où l'assuré demande à bénéficier à ses frais des prestations supplémentaires prévues à l'article 14, 2^e alinéa, LAI (pension dans une division autre que la division commune); est réservée également la situation pouvant se présenter en cas de défaut de convention tarifaire, selon l'article 27, 3^e alinéa, LAI.

3. Pour établir l'étendue des obligations de l'AI envers l'agent d'exécution, il faut tenir compte du contrat individuel chargeant un agent déterminé d'appliquer une mesure particulière dans un cas donné, ainsi que des conventions générales qui règlent la collaboration des agents d'exécution avec les organes de l'assurance et fixent les tarifs d'intervention (art. 27 LAI; art. 24, 2^e al., RAI).

a. Dans le cas présent, l'AI a notifié à l'assuré une décision lui accordant des mesures médicales nettement définies, dont l'exécution était confiée au médecin choisi par le père du patient. Copie de cette décision a été communiquée au chirurgien; l'OFAS a en outre informé ce médecin de la situation de droit et de l'étendue des prestations de l'assurance, avant qu'il entreprenne le traitement. Le médecin ayant exécuté le traitement en cause, sans formuler envers l'assurance de réserve quelconque, force est d'en déduire qu'il a accepté les conditions du mandat.

b. La Fédération des médecins suisses (dont le chirurgien est membre de longue date, à en croire la liste officielle régulièrement publiée dans le «Schweizerisches medizinisches Jahrbuch») et l'OFAS ont conclu au printemps de l'année 1963 un accord relatif au «Tarif intérimaire AI pour consultations et visites, ainsi que pour les prestations orthopédiques et de chirurgie infantile», tarif entré en vigueur le 1^{er} avril 1963. Cet accord prévoit que les prestations médicales sont indemnisées conformément au tarif de la CNA, compte tenu du supplément de renchérissement, sous réserve des disposition sous lettre B du tarif intérimaire (cf. tarif intérimaire AI, lettre A, chiffres 1 et 4). Le tarif intérimaire précise notamment que, en cas de traitement ambulatoire et de séjour dans la division commune d'un hôpital ou d'un

établissement curatif, l'AI assume les frais totaux des mesures prescrites conformément au tarif en vigueur, l'assuré étant libéré de toute obligation. Ce n'est que si l'assuré demande expressément à être traité dans la division privée d'un hôpital ou d'un établissement curatif que les frais supplémentaires en résultant sont à sa charge (cf. tarif intérimaire AI, lettre A, chiffre 2). — Il n'y a pas lieu d'examiner dans l'espèce les questions que peut soulever ce dernier point, soit le traitement en division privée; il est établi, en effet, que l'assuré a été traité et soigné en division commune.

Les opérations non spécifiées dans le tarif CNA ou dans les dispositions particulières du tarif intérimaire AI sont rétribuées selon les positions tarifaires dont elles se rapprochent le plus (cf. tarif intérimaire AI, lettre A, chiffre 3). Ainsi que le relève l'OFAS, les opérations pratiquées dans l'espèce ne sont pas spécifiées dans les tarifs. Elles auraient pu être rapprochées des « plastiques importantes en tant qu'opération indépendante » (position 182 du tarif CNA); vu leur difficulté, elles l'ont cependant été des « opérations importantes » selon position 185 de ce tarif, ce qui a permis de les rémunérer à un montant deux fois supérieur. Le chirurgien n'a pas discuté l'application de cette position; il l'a, bien plus, indiquée dans la note d'honoraires qu'il a adressée à l'AI.

c. Il résulte des considérants ci-dessus que l'AI a alloué en nature à l'assuré le traitement requis, soit une otoplastie en trois séances opératoires, ainsi que la pension en division commune. Elle a, d'autre part, satisfait à ses obligations envers le médecin, en lui versant la rémunération correspondant au tarif conventionnel applicable et aux conditions du mandat. Elle a enfin réglé la facture de la clinique, conformément au tarif convenu entre l'AI et cet établissement (question qui n'a d'ailleurs soulevé aucun litige, la clinique n'ayant pas présenté de note complémentaire). L'AI a ainsi assumé les frais totaux des mesures prescrites par elle, dans les limites de ses engagements légaux et contractuels. L'assuré ne peut donc plus faire valoir envers l'assurance de droits découlant des frais médicaux de traitement.

Il sied de relever au surplus que, même si le chirurgien n'avait pas accepté le mandat dans certaines de ses conditions, ou s'il devait ne pas être membre de la Fédération des médecins suisses qui a conclu pour ses membres le tarif CNA et le tarif intérimaire AI, les chiffres fixés par ces tarifs vaudraient cependant comme montants maximums au sens des articles 27, 3^e alinéa, LAI et 24, 3^e alinéa, RAI; que l'AI ne pourrait donc être tenue à plus amples prestations.

4. On pourrait encore se demander si, l'AI ayant rempli entièrement ses obligations, il existerait une créance directe du médecin envers l'assuré pour la part des honoraires excédant le tarif appliqué par l'assurance. Une telle créance n'aurait toutefois aucune base dans le droit des assurances sociales: il n'y a eu ni traitement en division privée, au sens de l'article 14, 2^e alinéa, LAI, ni défaut de convention tarifaire, selon l'article 27, 3^e alinéa, LAI. La seule source pourrait en être un accord de droit privé entre médecin et patient; mais la connaissance en échappe à la juridiction de la Cour de céans. Si le médecin devait faire valoir l'existence d'une telle créance, et le patient la contester, il incomberait en premier lieu au juge civil d'examiner la validité d'un tel accord.

L'arrêt C. B., du 18 août 1965, publié à cette place dans la ZAK (édition allemande de la RCC), paraîtra dans le numéro de décembre de la RCC.

Arrêt du TFA, du 13 avril 1965, en la cause H. H.

Articles 69 LAI et 84, 1^{er} alinéa, LAVS. Le refus d'une caisse de compensation de communiquer le dossier à un assuré, en dehors d'une procédure en cours ou future relevant du droit des assurances sociales, ne peut être l'objet d'une décision susceptible de recours en vertu de l'article 84 LAVS.

Articoli 69 LAI e 84, capoverso 1, LAVS. Il rifiuto di una cassa di compensazione di comunicare l'incartamento a un assicurato fuor di una procedura inerente al diritto delle assicurazioni, sia essa in corso o futura, non può essere oggetto d'una decisione impugnabile in virtù dell'articolo 84, LAVS.

Le TFA avait rejeté un appel de l'assuré, né en 1950. Son jugement contenait la phrase suivante : « Le séjour de l'enfant auprès des parents, qui passent eux-mêmes pour des débiles, aurait été inutile et intenable. » Peu après, le président de la commission AI communiqua au TFA que le père de l'appelant avait exprimé son mécontentement d'avoir été qualifié de débile; il s'en était défendu énergiquement et entendait entreprendre toutes démarches utiles contre celui qui avait usé à son égard de ce qualificatif blessant; à cet effet, son avocat exigeait que le dossier lui soit communiqué. Le président de la commission AI était d'avis, quant à lui, que la décision portant sur la communication du dossier devrait être rendue « sur la base d'une disposition applicable au TFA ». Celui-ci répondit qu'une fois la procédure terminée, il n'était plus compétent pour disposer des dossiers, dont la conservation incombe à l'administration, et que, par conséquent, il ne pouvait statuer sur cette demande de communication du dossier.

Là-dessus, l'OFAS ordonna à la caisse de compensation compétente de rendre une décision de refus, vu qu'en l'espèce, pour des raisons de principe et de nature administrative, la communication du dossier ne pouvait être accordée. La caisse de compensation rendit une décision négative, mais indiquant les moyens de droit; elle précisait que l'intéressé pouvait interjeter recours dans les 30 jours auprès de la commission cantonale de recours en matière d'AVS.

Le recours interjeté contre la décision de la caisse fut rejeté par le président de la commission cantonale de recours par décision de non-entrée en matière. Le président déclara que c'est l'organe administratif, en l'espèce le secrétariat de la commission AI, qui est compétent pour décider de donner communication d'un dossier; qu'en cas de refus, on pouvait faire usage des moyens de droit relevant de la procédure administrative interne de recours, mais qu'en revanche, les autorités judiciaires n'étaient pas compétentes pour examiner ce cas litigieux.

Tant le recourant que l'OFAS ont interjeté appel au TFA contre cette décision présidentielle.

Le recourant propose que la décision attaquée soit annulée et qu'il soit fait droit à la demande de communication du dossier. Dans un mémoire complémentaire, il proteste contre le qualificatif de débile, par lequel on l'a désigné, ainsi que sa femme, et ajoute que c'est pour cette raison qu'il désire consulter le dossier, l'affirmation erronée des organes de l'assurance constituant une atteinte à l'honneur pour laquelle il demande un dédommagement.

Dans son mémoire d'appel, l'OFAS reproche à l'autorité de première instance de ne pas être entrée en matière sur le recours; il se fonde sur un avis de droit du professeur Imboden concernant la portée du droit de recours selon l'article 84 LAVS (publié dans la RCC 1950, p. 443). Selon cet avis, il ne serait pas exclu qu'une déci-

sion sur le fond soit nécessaire, même lorsqu'on n'est pas en présence, à proprement parler, d'une créance ou d'une dette; une telle décision doit être rendue en tout cas chaque fois qu'une caisse de compensation, dans l'exercice de ses attributions de droit public, modifie d'une manière quelconque la situation juridique des particuliers. L'OFAS demande dès lors que soit rendu un jugement sur le fond concernant la demande de communication du dossier et conclut au refus.

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

1. Le Tribunal n'a pas à se prononcer, en l'espèce, sur le droit à la communication du dossier en tant que partie constitutive du droit d'être entendu dans une procédure d'assurances sociales.

En effet, l'appelant demande la communication du dossier non pas pour sauvegarder un intérêt en matière d'assurances sociales, mais pour tenter d'obtenir gain de cause quant à une prétendue atteinte à l'honneur causée par « des déclarations erronées des organes de l'assurance ». L'appelant ayant demandé — en vue d'atteindre le but précité — à consulter le dossier d'un procès d'assurances sociales liquidé, et la caisse ayant rejeté cette demande par un refus écrit, il s'agit uniquement de savoir si un tel refus tombe sous le coup de la disposition de l'article 84 LAVS qui, en vertu de l'article 69 LAI, est applicable par analogie au contentieux en matière d'AI. La réponse est négative.

2. Par *décisions* au sens de l'article 84 LAVS, pouvant être réformées par les organes juridictionnels de l'AVS, on entend uniquement les décisions ayant un rapport juridique étroit avec l'application d'une des lois sur les assurances sociales qui déclarent cette disposition de contentieux valable pour leur champ d'application propre (LAVS, LAI, LAPG, LFA). En revanche, les avis de caisses qui ne portent pas sur des droits matériels ou de procédure découlant de l'une de ces lois ne tombent pas sous le coup de l'article 84 LAVS. Les considérations émises par le professeur Imboden ne contredisent pas cette affirmation. Il en résulte, il est vrai, que « tous les actes souverains d'administration, c'est-à-dire toutes les décisions prises par les caisses de compensation dans l'exercice de leurs attributions de droit public et qui modifient d'une manière quelconque la situation juridique des particuliers », peuvent faire l'objet d'un recours en vertu de l'article 84 LAVS. Il ne peut s'agir cependant que de décisions qui sont en rapport avec le droit des assurances sociales et qui touchent des intérêts découlant de l'une ou de l'autre des lois fédérales dont l'article 84 LAVS fait partie intégrante. Toute autre manière de voir conduirait à admettre que, par exemple, si le dossier d'un assuré décédé est demandé par l'un des héritiers, qui désire faire valoir des prétentions en matière de droit successoral, le refus de la caisse de communiquer ce dossier pourrait également faire l'objet d'une décision susceptible de recours en vertu de l'article 84 LAVS. Cela ne correspondrait ni à l'énoncé, ni au sens véritable de cette disposition, sur laquelle on ne peut se fonder que pour faire valoir des droits en matière d'assurances sociales, et non pour donner aux autorités juridictionnelles de ces assurances une plus large compétence de contrôle sur la gestion des caisses de compensation. C'est pourquoi il n'incombe pas à ces tribunaux d'exercer leur contrôle sur les décisions que les caisses de compensation, en dehors d'une procédure d'assurances sociales en cours ou future, rendent à propos des tâches incombant aux secrétariats AI en vertu de l'article 45, lettre g, RAI (conservation des dossiers).

C'est donc à juste titre que l'autorité de première instance n'est pas entrée en matière sur le recours interjeté contre la décision de caisse concernant la communication du dossier.

CHRONIQUE MENSUELLE

La commission du Conseil des Etats chargée d'examiner les projets d'arrêtés fédéraux approuvant les conventions de sécurité sociale avec l'Allemagne, l'Autriche et la Principauté de Liechtenstein a siégé le 8 novembre sous la présidence de M. Auf der Maur, vice-président du Conseil des Etats, et en présence de M. Tschudi, président de la Confédération, et de M. le directeur Saxer, préposé aux conventions internationales en matière de sécurité sociale. Après une discussion approfondie, la commission s'est ralliée à l'unanimité aux trois projets.

*

La sous-commission du groupe d'étude des questions techniques a siégé le 9 novembre sous la présidence de M. Naef, de l'Office fédéral des assurances sociales. Elle a cherché de quelle manière le numéro d'assuré devrait être composé pour garantir une identification parfaite de l'assuré, en cas d'utilisation de cartes perforées ou d'ordinateurs.

*

Des expériences ayant été faites dans six cantons avec l'introduction, à titre d'essai, d'une *statistique des causes d'infirmité dans l'AI*, les conclusions en ont été tirées le 11 novembre lors d'une séance présidée par M. Granacher, de l'Office fédéral des assurances sociales, et réunissant des médecins des commissions AI et des représentants de secrétariats AI. Par suite de cette discussion, la statistique des infirmités sera introduite dans tous les cantons dès le 1^{er} janvier 1966.

*

Le Département fédéral de l'intérieur a soumis à de nouvelles règles, par ordonnance du 16 novembre, les *subsides aux caisses cantonales de compensation pour les frais d'administration*, prévus par l'article 69, 2^e alinéa, LAVS.

*

Par arrêté du 19 novembre, le Conseil fédéral a modifié divers points du *règlement d'exécution de la loi sur l'AVS*. Le détail de ces modifications est donné ci-dessous, page 489.

*

Les représentants des *organes d'exécution cantonaux des prestations complémentaires à l'AVS/AI* ont siégé les 23 et 24 novembre sous la présidence de M. Weiss, président de la Conférence des caisses cantonales de compensation. L'Office fédéral des assurances sociales était également représenté à cette séance. La discussion a été consacrée principalement à un projet de décret-modèle concernant les règlements d'exécution cantonaux de la LPC.

*

Le 6 décembre, le Conseil fédéral a édicté *l'ordonnance relative à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI*. Aux termes de cette loi, la Confédération accorde des subventions aux cantons qui introduisent un propre régime destiné à verser des prestations complémentaires. Or, l'ordonnance du Conseil fédéral prévoit que les prestations complémentaires servies dans le canton donnent droit à une subvention s'élevant à 30 pour cent pour les cantons financièrement forts, à 50 pour cent pour les cantons de force financière moyenne et à 70 pour cent pour les cantons financièrement faibles. Elle règle de plus les détails concernant le versement des subventions fédérales aux cantons et aux fondations suisses « Pour la vieillesse » et « Pour la jeunesse », ainsi qu'à l'association suisse « Pro Infirmis », et contient les prescriptions nécessaires au sujet de la coordination et du contrôle.

Les prestations complémentaires, conditionnées par des limites de revenu et de fortune, ont pour but d'accorder une aide supplémentaire aux rentiers de l'AVS et de l'AI, ainsi qu'aux bénéficiaires d'allocations pour impotents de l'AI. Elles remplaceront, totalement ou en partie, l'actuelle aide cantonale à la vieillesse, aux survivants et aux invalides dès le moment où les lois cantonales entreront en vigueur. Les conditions mises à l'octroi des prestations complémentaires sont fixées par les cantons, qui édictent à cet effet les prescriptions nécessaires. Dans tous les cantons, les travaux législatifs ont été entrepris. Ce faisant, chaque canton doit respecter la procédure prévue pour la promulgation d'une loi, y compris une éventuelle votation populaire; c'est pourquoi les demandes tendant à l'octroi d'une prestation complémentaire pour l'année 1966 ne devront être présentées que lorsque les cantons auront publié leur communiqué officiel à ce sujet. Jusqu'à ce moment-là, il est recommandé de renoncer à toute démarche auprès de l'administration.

*

Fin d'année

Il est d'usage, dans le numéro de décembre de la RCC, de jeter un coup d'œil sur l'année qui s'achève. Aujourd'hui, cette récapitulation n'est pas très facile. En effet, l'année 1965, contrastant avec l'année précédente qui fut caractérisée par la sixième révision de l'AVS et la deuxième révision du régime des APG, semble avoir été une période assez calme, n'ayant rien apporté de bien marquant. Toutefois, les organes de l'AVS, de l'AI et du régime des APG n'ont pas manqué de travail au cours de l'exercice écoulé.

*

La RCC a tenu ses lecteurs au courant du développement de la 6^e révision AVS; dans son numéro de décembre, il y a une année, elle en a donné une récapitulation. Il est apparu, depuis lors, que cet exposé était un peu trop optimiste. En effet, un remaniement de cette envergure ne peut être considéré comme terminé lorsque les bénéficiaires ont touché, dans les délais prévus, leurs prestations augmentées en vertu de la nouvelle loi; la révision n'est vraiment achevée que lorsque les organes administratifs, dont le travail n'est pas apparent, peuvent enfin donner le « cessez le feu ». Or, ce signal s'est fait attendre, dans certains cas, jusque tard dans l'année.

Il faut tirer une leçon d'une telle expérience. La mécanisation des travaux administratifs a fait, au cours de ces dernières années, de grands progrès dont il faudrait, autant que possible, profiter mieux encore. Ceci n'est pas toujours facile dans l'organisation de l'AVS qui se veut décentralisée. Néanmoins, on ne devra jamais oublier que le but à atteindre, c'est que l'administration reste à la hauteur de sa tâche.

*

Le 19 mars 1965, l'Assemblée fédérale a approuvé la loi sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI. Cette nouvelle loi garantit un modeste minimum vital à tous les bénéficiaires de rentes de vieillesse, survivants et invalidité. Dans ce régime, la Confédération se borne à verser des subventions; l'exécution incombe aux cantons. Les travaux préparatoires consacrés aux lois cantonales sur les prestations complémentaires ont déjà fait des progrès réjouissants, et l'on peut prévoir que celles-ci commenceront à être versées dans la plupart des cantons au cours de l'année 1966. Signalons en outre que tous les cantons, sauf trois, ont confié à leur caisse de compensation l'exécution de cette nouvelle tâche.

*

L'AI existe maintenant depuis six ans. De 1960 à 1965, ses prestations ont largement dépassé le milliard de francs, contrairement aux anciennes prévisions. Néanmoins, il est naturel que son perfectionnement ait été demandé de divers côtés. Une commission d'experts instituée par le Département fédéral de l'intérieur a examiné, au cours de l'année, les nombreux postulats de revision qui ont été présentés; ses travaux se poursuivent, et l'on peut en prévoir l'achèvement en 1966.

*

Les allocations pour perte de gain ont été considérablement augmentées lors de la deuxième revision du régime. Quoique en vigueur dès 1964 déjà, ces améliorations n'ont déployé tous leurs effets qu'en 1965, vu le décalage intervenant dans les décomptes. Les dépenses supplémentaires par rapport à l'année précédente se montent actuellement à dix millions de francs; elles augmenteront encore, parce qu'un nombre particulièrement grand de militaires ont fait du service en cette fin d'automne 1965. En outre, pour la première fois, des allocations ont aussi été versées à des personnes astreintes à servir dans la protection civile. Cependant, ces prestations sont encore peu importantes car, jusqu'ici, des ordres de marche n'ont été envoyés en général qu'aux cadres.

*

Les caisses cantonales de compensation versent, en vertu du droit fédéral, des allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux petits paysans. Cette institution remonte à l'année 1944; créée sous le régime des pleins pouvoirs, elle a passé au droit ordinaire en 1948 et a été étendue et améliorée en 1958 et en 1962. Aujourd'hui, les taux doivent être augmentés à nouveau, conformément à un projet de loi du Conseil fédéral du 31 mai 1965. Au moment où ces lignes paraissent, les délibérations parlementaires qui s'y rapportent touchent à leur fin et il est probable qu'elles auront une issue favorable.

*

Même si l'on fait abstraction de ces quelques points particuliers, l'année écoulée aura été remarquable. Le système de compensation utilisé dans les assurances sociales suisses, et les caisses de compensation qui en sont nées, ont maintenant vingt-cinq ans. Cette institution, adoptée le 1^{er} février 1940 en faveur des régimes des allocations pour perte de salaire et de gain, a frayé la voie à la réalisation de l'AVS après la Deuxième Guerre mondiale. Les caisses de compensation ont fêté ce vingt-cinquième anniversaire au cours d'une cérémonie empreinte de dignité qui s'est déroulée dans la salle du Conseil national. A cette occasion, M. Tschudi, président de la Confédération et chef du Département de l'intérieur, les a remerciées pour l'activité féconde qu'elles ont déployée pendant ce quart de siècle.

*

La RCC compte aussi parmi les jubilaires. La revue qui l'a précédée, et qui était intitulée « Les régimes des allocations pour perte de salaire et de gain », a été publiée pour la première fois en octobre 1941, alors que l'édition allemande paraissait déjà depuis le 15 janvier de la même année. Comme le déclarait la préface du texte allemand, il s'agissait de « communiquer ainsi à tous les milieux directement intéressés les arrêtés, décisions et jugements des autorités fédérales » ; ces autorités étaient alors le Conseil fédéral, l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail et la Commission fédérale de surveillance des régimes des allocations pour perte de salaire et de gain. En 1946, la publication prit le nom de « Revue à l'intention des caisses de compensation » ; en 1948, la rédaction fut attribuée à l'OFAS et, en 1962, la revue prit son aspect actuel. La RCC a maintenant rempli sa tâche pendant près de vingt-cinq ans et les matières qu'elle traite ont sans cesse augmenté. Aujourd'hui, elle prétend être plus qu'un simple recueil de lois et d'arrêtés; elle vise à renseigner le public sur toutes les assurances sociales qui la concernent.

Un des buts principaux de la RCC a toujours été d'informer ses lecteurs sur la jurisprudence de dernière instance. Dans ce domaine, l'AI a créé une situation nouvelle par sa façon particulière de traiter les cas. Depuis un certain temps, l'espace disponible dans cette revue ne suffisait plus pour tenir les intéressés au courant de la jurisprudence récente dans les délais utiles. En outre, la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI fournit un nouvel objet d'étude. C'est pourquoi, dès 1966, chaque numéro de la RCC comptera environ huit pages de plus que précédemment. Cet accroissement, ainsi que le renchérissement général qui n'épargne pas la RCC, contribueront, nous l'espérons, à faire accepter à nos lecteurs l'inévitable augmentation du prix de l'abonnement.

*

Cette récapitulation nous a fait oublier de jeter aussi un coup d'œil sur les perspectives de l'année prochaine. Cependant, nous aurons plus tard l'occasion de commenter les nouveaux développements des assurances sociales. En tout cas, le travail ne manquera pas. Pour l'accomplir vaillamment au cours de l'année nouvelle, nous présentons nos meilleurs vœux à nos collaborateurs, tant de l'administration que des organes affiliés, ainsi qu'à tous les lecteurs de la RCC.

*Pour la rédaction et ses collaborateurs
de la subdivision AVS/AI/APG*

Albert Granacher

Prestations complémentaires des cantons

Entrée en vigueur probable et limites de revenu prévues

Comme la RCC 1965 l'a déjà exposé aux pages 344 et suivantes, la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI est une loi de subventionnement, dont seuls bénéficieront les cantons qui créeront et appliqueront leur propre loi sur les prestations complémentaires conforme aux prescriptions fédérales. Une enquête a révélé que, sur 25 cantons et demi-cantons, 15 prévoient, dans leur projet de loi, l'entrée en vigueur pour le 1^{er} janvier 1966, afin de bénéficier le plus tôt possible des subventions fédérales. La Suisse romande tout entière et le Tessin figurent parmi eux. Parmi les autres cantons, quatre envisagent de mettre leur loi en vigueur postérieurement; l'un (Bâle-Ville) a prévu la date du 1^{er} avril 1966 et un autre (Unterwald-le-Bas) du 1^{er} juillet de la même année. Les deux autres cantons (Berne et Glaris) prévoient l'entrée en vigueur de leur loi pour le 1^{er} janvier 1967 au plus tard. On peut donc tenir pour certain que, le 1^{er} janvier 1967 au plus tard, le but recherché par le législateur fédéral, qui est de permettre à tous les cantons sans exception de verser des prestations complémentaires répondant aux exigences actuelles, sera atteint.

En ce qui concerne les limites de revenu, il a déjà été relevé antérieurement (RCC 1965, p. 381) que la Confédération autorise les cantons, eu égard à leur situation particulière, à abaisser jusqu'à concurrence d'un cinquième les limites de revenu prévues dans la loi fédérale. Cependant, comme l'a révélé l'enquête faite dans les cantons, il est probable qu'aucun des 25 cantons et demi-cantons ne fera de façon générale usage de cette possibilité. Pour un ou deux cantons, on peut tout au plus se demander si, le cas échéant, seule la limite de revenu de 1500 francs prévue pour les orphelins ne devrait pas être abaissée. C'est pourquoi les subventions de la Confédération s'élèveront vraisemblablement, comme on pouvait s'y attendre, à quelque 100 millions de francs par an.

Ces données sont, bien entendu, sujettes à certaines réserves; en effet, au moment où ces lignes sont écrites, les divers projets de loi cantonaux n'ont été examinés qu'en partie par les autorités cantonales et devront encore être soumis au peuple dans bien des cas.

La modification du règlement d'exécution de la loi fédérale sur l'AVS au 1^{er} janvier 1966

Généralités

Le règlement d'exécution de la loi fédérale sur l'AVS, du 31 octobre 1947, a été modifié pour la neuvième fois par un arrêté du Conseil fédéral du 19 novembre 1965¹. Les modifications décidées entreront en vigueur le 1^{er} janvier 1966, à une exception près, et figureront dans le nouveau recueil LAVS/RAVS qui est actuellement sous presse².

Ce récent remaniement, contrairement à la plupart de ceux qui l'ont précédé, n'a pas suivi immédiatement une révision de la loi; il a été dicté par d'autres motifs. C'est l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, le 1^{er} janvier 1966, qui en a fourni l'occasion. Cette loi donne, à son article 3, des règles précises sur le calcul du revenu et de la fortune lors de la fixation des prestations complémentaires. Il faut, autant que possible, appliquer ces règles également au calcul des rentes extraordinaires avec limites de revenu.

Par la même occasion, on a modifié aussi d'autres dispositions. En matière de cotisations, il s'est révélé nécessaire d'adapter quelques articles à la nouvelle situation économique. En ce qui concerne les rentes, certaines lacunes ont dû être comblées et il a fallu harmoniser davantage les lois sur l'AVS et l'AI. En outre, afin de tenir compte des progrès techniques réalisés ou de donner une base légale à un état de fait déjà existant, on a modifié différentes dispositions touchant l'organisation. En procédant à toutes ces modifications, on s'est efforcé de ne poser dans le RAVS, en ce qui concerne les affaires administratives, que les principes, et l'on a laissé à l'Office fédéral des assurances sociales le soin de régler tous les détails au moyen d'instructions et de directives spéciales.

Les projets de révision reposent en partie sur des études approfondies de commissions d'experts (p. ex. de la Commission mixte de liaison entre autorités fiscales et de l'AVS), en partie aussi sur des propositions des caisses de compensation. Lors de sa séance du 21 octobre 1965, la Commission fédérale de l'AVS/AI a, en vertu de l'article 73, 2^e alinéa, LAVS, exprimé son avis sur les modifications apportées au règlement et les a approuvées.

¹ Voir l'énumération des différentes modifications dans la RCC 1965, p. 304.

² Adresser les commandes au Bureau des imprimés de la Chancellerie fédérale, 3003 Berne.

Détail de ces modifications

Article 7, lettre c

Contrairement aux cadeaux pour ancienneté de service, qui sont généralement accordés au bout de 25, 40 ou 50 ans passés au service du même employeur, et qui ne sont pas soumis à cotisations, les cotisations AVS doivent être perçues sur les *primes de fidélité* versées à intervalles plus brefs (p. ex. tous les 2, 3, 5 ou 10 ans). Cette nouvelle disposition confirme la jurisprudence en vigueur.

Article 8 bis, 3^e alinéa

Voir remarques concernant l'article 143.

Article 11

Les autorités fiscales fédérales et cantonales ont l'intention d'adapter à l'augmentation du coût de la vie les taux d'évaluation du salaire en nature. Dans l'agriculture, l'augmentation de ces taux sera automatiquement valable pour l'AVS, car selon l'article 10, 1^{er} alinéa, RAVS, ce sont les taux de l'IDN qui sont déterminants pour l'évaluation du salaire. Pour les entreprises non agricoles, le taux d'évaluation du salaire déterminant dans l'AVS est en revanche fixé par le règlement d'exécution. L'augmentation du taux étant de 1 fr. 50 par jour, la répartition sera la suivante:

Petit déjeuner	Fr. 1.— (comme jusqu'à présent)
Repas de midi (déjeuner) . .	Fr. 2.50 (jusqu'à présent 2.—)
Souper	Fr. 2.— (jusqu'à présent 1.50)
Logement	Fr. 1.50 (jusqu'à présent 1.—)
Total	Fr. 7.— (jusqu'à présent 5.50)

Afin de permettre aux caisses de compensation d'adapter les formules de décompte à l'usage des cotisants, cette nouvelle réglementation n'entrera en vigueur que le 1^{er} janvier 1967.

Articles 22 à 27 et article 29, 1^{er} alinéa

La révision de ces articles a pour but de compléter, de mieux ordonner et d'énoncer plus clairement les règles régissant la fixation des cotisations des personnes exerçant une activité indépendante. Parmi les modifications affectant les problèmes de fond, il faut signaler: Selon l'article 23, 3^e alinéa, les communications de revenu des autorités fiscales se rapportant à une taxation intermédiaire auront dorénavant la même valeur que les communications ordinaires. L'article 25, 3^e alinéa, impose aux caisses de compensation l'obligation de corriger leurs propres taxations sur la base des données ultérieures de la communication fiscale. Il faudra cependant, comme jusqu'ici, admettre une marge de tolérance.

Nouvelle est la disposition (art. 26) qui précise les modalités de la taxation du revenu par la caisse de compensation. Elle crée notamment une base juridique permettant à la caisse d'effectuer une taxation d'office du revenu lorsque l'assuré ne fournit pas les indications requises ou ne fournit qu'une partie d'entre elles.

Articles 34 et 35

Ces deux nouveaux articles énoncent de façon plus brève les prescriptions relatives au paiement des cotisations et au décompte de l'employeur, tout en les adaptant à la pratique actuelle des caisses. Ils se bornent à poser des principes, tandis que les détails devront figurer dans les directives projetées sur la perception des cotisations.

Article 49, 4^e alinéa

Les enfants recueillis ne pourront dorénavant faire valoir un droit à la rente d'orphelin que si le père nourricier ou la mère nourricière ont été affiliés à l'AVS suisse au moment de leur décès. Ainsi, la clause d'assurance déjà introduite en ce qui concerne les orphelins de mère s'applique aussi aux enfants recueillis. Par cette mesure, on a voulu notamment éviter que l'AVS soit obligée de verser des rentes d'orphelin, à l'étranger, à des enfants recueillis dont le parent nourricier a quitté la Suisse longtemps avant sa mort. Il est évident qu'une enquête à l'étranger sur le statut des enfants recueillis présente de sérieuses difficultés.

Article 54

Cette nouvelle disposition se fonde sur l'article 30, 6^e alinéa, LAVS, dans la nouvelle teneur résultant de la 6^e révision AVS; elle est conforme à la pratique du Tribunal fédéral des assurances (cf. RCC 1959, p. 356).

Article 57, lettre f

Article 60, 1^{er} alinéa

Article 61, 2^e alinéa

Ces trois articles sur le calcul des rentes extraordinaires avec limites de revenu sont adaptés à la LPC. De ce fait, les frais sensiblement élevés de médecin, de pharmacie, d'hospitalisation et de soins à domicile peuvent être désormais déduits du revenu déterminant. Cette possibilité jouera un rôle particulièrement important dans le droit à l'allocation pour impotent de l'AI. Le montant non imputable de la fortune (denier de nécessité) est augmenté. D'autre part, le privilège accordé jusqu'à présent à la fortune immobilière (prise en compte de la moitié seulement) est supprimé, afin que les mêmes règles soient valables pour les rentes extraordinaires et les prestations complémentaires.

Article 67, 2^e alinéa

Les caisses cantonales de compensation étaient tenues, jusqu'à présent, de renseigner les assurés sur leurs droits aux rentes par des publications trimestrielles. La nouvelle teneur de cette disposition prescrit, comme dans l'AI, des publications annuelles seulement.

Article 131

Depuis 1951, déjà, l'Office fédéral a été chargé par le département fédéral de se prononcer lui-même sur les demandes concernant les autres tâches confiées aux caisses de compensation AVS. Cette délégation de compétence sera maintenant introduite dans le règlement d'exécution.

Article 137

Voir remarques sous article 143.

Article 138, 3^e alinéa

En cas de non-versement coupable de cotisations d'employeur et d'employé ou ouvrier, le montant de ces cotisations peut être désormais exigé de l'employeur à titre de dommage-intérêt, nonobstant l'écoulement du délai de prescription (art. 52 LAVS). Jusqu'à présent, il n'était pas possible d'inscrire au compte individuel ces cotisations perçues après coup, ce qui était considéré comme choquant. La nouvelle disposition y remédie.

Article 142, 1^{er} alinéa

Cette disposition spéciale sur la compensation des excédents devient superflue, étant donné la nouvelle teneur des articles 34 et 35.

Article 143

Le nouvel article 143 prévoit que les caisses de compensation déterminent la forme du décompte. A ce propos, il a fallu adapter aussi l'ancien article 8 bis, 3^e alinéa. En outre, l'article 137, qui traite des documents nécessaires pour porter inscription dans les CIC, a pu être abrogé.

Article 148, 2^e alinéa

Article 152

Article 153, 1^{er} et 2^e alinéas

Dans tous ces cas-là, il s'agit d'adapter des prescriptions d'organisation aux circonstances actuelles. Les détails doivent être réglés par les instructions de l'Office fédéral à ce sujet.

Article 174, 1^{er} alinéa, lettre d

Cette modification est purement rédactionnelle.

Article 176, 3^e alinéa

La compétence d'autoriser des exceptions à l'obligation de garder le secret a déjà été déléguée en 1950 à l'Office fédéral. Elle est à présent introduite dans le règlement d'exécution.

Article 210

Cette disposition, énumérant diverses formules, ne correspondait plus aux conditions actuelles. S'inspirant du système adopté dans l'AI, la nouvelle teneur se contente de poser le principe selon lequel l'Office fédéral désigne et édite les formules officielles. Celui-ci peut prescrire en outre l'emploi d'autres formules uniformes. Ce faisant, il consultera les organes d'assurance intéressés, comme il l'a fait jusqu'à présent lors de l'introduction de nouvelles formules et lors de modifications importantes.

Article 211

Des précisions sur l'affranchissement à forfait sont données dans une circulaire de l'Office fédéral. Le nouvel article se borne par conséquent à poser les principes de l'utilisation de cet affranchissement.

L'entrée en vigueur

L'entrée en vigueur de ces modifications est fixée au 1^{er} janvier 1966, à une exception près. L'augmentation du taux des salaires en nature, selon article 11, ne pourra sortir ses effets que dès le 1^{er} janvier 1967, car cette mesure exige des préparatifs importants de l'administration (notamment la modification des formules de décompte des employeurs).

Le numéro de contrôle servant à compléter le numéro d'assuré

Avec l'automatisation croissante des méthodes utilisées pour le calcul des salaires dans l'économie et l'administration, le numéro d'assuré AVS acquiert toujours plus d'importance. Il sert non seulement à désigner l'assuré dans ses rapports avec la caisse de compensation de l'employeur, mais aussi de numéro d'ordre interne (voir RCC 1965, p. 384).

Des erreurs peuvent se produire lorsqu'on utilise le numéro d'assuré, par exemple pour le reporter du certificat d'assurance sur la carte personnelle ou

de celle-ci sur l'attestation de salaire. Ainsi, des chiffres peuvent être mal lus et mal écrits, ou intervertis à l'intérieur des trois groupes de chiffres. Selon les méthodes traditionnelles, les erreurs de lecture ou d'écriture apparaissent sinon immédiatement après la première utilisation du numéro d'assuré, du moins à un stade de travail plus avancé. Les documents établis ou à établir en clair sont soumis à un contrôle visuel qui permet de supprimer à temps les erreurs.

Il en va différemment lors du traitement automatique des données. Lorsqu'on établit à la main des cartes perforées, les chiffres mal transcrits ou intervertis — si l'erreur n'est pas visible déjà lors de la perforation de contrôle et n'est pas corrigée à ce moment-là — ne peuvent guère être retrouvés et apparaître par la suite. De semblables erreurs ne pourraient être décelées plus tard qu'au moyen d'un contrôle visuel. Un tel procédé diminuerait cependant les avantages de l'exploitation automatique des données et ne serait d'aucun secours pour les bandes magnétiques.

Comme les sources d'erreur subsistent, des mesures de sécurité spéciales s'avèrent indispensables pour l'exploitation automatique des données. Ces mesures doivent garantir que d'éventuelles erreurs dans les chiffres et les numéros seront décelées et signalées sans intervention humaine, soit déjà lors de l'établissement du support de la donnée (carte ou bande perforée), soit au cours de la mise en œuvre automatique subséquente. On peut aussi obtenir un contrôle automatique de ce genre en complétant le numéro distinctif d'ordre par un signe spécial, en règle générale un chiffre. Toutefois, il ne s'agit pas en l'occurrence d'une valeur choisie arbitrairement, mais d'un chiffre calculé selon une formule mathématique (modulus) à partir du numéro distinctif à vérifier. Ce chiffre fait partie intégrante du numéro d'ordre et apparaît toujours sur le support d'information. Lorsqu'on le forme ou qu'on l'exploite plus tard, on ne peut répéter le contrôle automatique et comparer le résultat obtenu au numéro de contrôle figurant sur le support d'information que si l'on applique la même formule mathématique à partir du numéro distinctif. S'il n'y a pas concordance, la machine le signale d'une façon ou d'une autre.

Ce contrôle automatique, qui offre toute sécurité, est particulièrement indiqué lorsqu'on utilise le numéro d'assuré sur les supports d'information modernes qui servent d'éléments d'entrée pour le traitement automatique de données. C'est pourquoi il est prévu de compléter prochainement le numéro d'assuré AVS par un chiffre de contrôle. Comme celui-ci est 6 lorsqu'on utilise le modulus 11, par exemple pour le numéro d'assuré 123.45.678, le numéro complet serait 123.45.678-6. Des instructions et des renseignements se rapportant aux détails d'exécution suivront en temps voulu.

Les rapports annuels des caisses de compensation, des commissions AI et des offices régionaux AI pour 1964

Généralités

En lisant les rapports annuels des organes de l'AVS/AI pour 1964, on constate que l'activité déployée au cours de cet exercice a été marquée avant tout par deux événements de première importance, à savoir la sixième révision de l'AVS et la deuxième révision du régime des APG.

Les améliorations des prestations qui sont intervenues par suite de ces révisions ont été accueillies avec satisfaction et joie dans de vastes couches de la population. Les caisses de compensation font état de nombreux remerciements qu'elles ont reçus à cette occasion. C'est ainsi qu'une caisse écrit :

« Les améliorations découlant de la sixième révision de l'AVS dépassent en importance toutes les précédentes. On peut affirmer que cette révision est généreuse et opportune ; c'est l'avis également de larges couches de la population suisse, ainsi que le prouvent les messages de reconnaissance particulièrement nombreux reçus de rentiers ou de leurs proches. »

Ces témoignages ont été enregistrés certes avec satisfaction par les organes de l'AVS ; mais ceux-ci ne cachent pas que, vu le temps relativement court qui leur fut imparti pour l'exécution des travaux nécessités par la révision, ils ont été très fortement mis à contribution, et cela parfois jusqu'à l'extrême limite. De nombreux rapports font état, sur un plan plus général, du manque de personnel qualifié. Il est difficile, en particulier, de remplacer les collaborateurs âgés par du personnel jeune ayant les qualités professionnelles requises. Les rapports soulignent, en outre, que la tâche à accomplir devient toujours plus lourde et complexe et que seule l'utilisation de moyens techniques modernes permet d'y faire face.

Plusieurs rapports relèvent avec satisfaction que c'est grâce à la bonne collaboration entre les divers organes de l'AI que les travaux de révision ont pu être menés à chef aussi rapidement. Il n'est pas possible de passer en revue, ici, les nombreuses suggestions et propositions qu'ils présentent à l'intention de l'autorité de surveillance ; plusieurs d'entre elles ont trait à la modification des dispositions légales en matière d'AI et seront examinées par la commission fédérale d'experts pour la révision de cette assurance.

Organisation

L'organisation des *caisses de compensation AVS* n'a pas subi de changements importants en cours d'exercice. Plusieurs caisses manquant de place se sont installées dans de nouveaux locaux. Quelques-unes d'entre elles ont dû engager du personnel supplémentaire. Des départs ont été enregistrés dans quelques cas isolés. Le nombre des personnes occupées par les caisses de compensation, y compris leurs agences, ne s'est pas sensiblement modifié. Il s'élevait à 2224 personnes à la fin de l'exercice 1964 contre 2206 à la fin de l'exercice précédent. Les caisses cantonales de compensation avaient 1248 personnes à leur service; les caisses professionnelles en comptaient 898, alors que les 78 personnes restantes constituaient l'effectif du personnel des deux caisses de compensation de la Confédération.

La préoccupation majeure des commissions AI a été la liquidation rapide des cas annoncés. Cependant, il ne leur a pas toujours été possible d'observer le délai de deux à trois mois qu'elles s'étaient fixé pour la liquidation des cas et de réduire en conséquence le nombre des cas en suspens.

L'activité des commissions AI en 1964 a été la suivante: 13 998 cas de 1963 ont été reportés sur 1964 (1963: 14 108). Les nouvelles demandes reçues en 1964 étaient au nombre de 49 004 (1963: 44 174); 47 075 (1963: 44 284) demandes ont été traitées, et les commissions se sont prononcées en outre sur 50 320 autres cas (1963: 46 522). Ainsi, 97 395 affaires au total (1963: 90 806) ont été traitées en 1964. En fin d'exercice 1964, il restait 15 927 (1963: 13 998) demandes en suspens. Plusieurs rapports soulignent que cette évolution de l'AI s'écarte manifestement des prévisions initiales.

Les 11 *offices régionaux* disposaient à la fin de l'exercice 1964 de 82 collaborateurs (1963: 70); 56 (48) d'entre eux se consacraient à l'orientation professionnelle et au placement, alors que 26 (22) constituaient le personnel de chancellerie. Plusieurs offices font observer dans leur rapport annuel qu'il est difficile de recruter du personnel suffisamment formé pour mener à bien l'intégration professionnelle des invalides.

Les offices régionaux ont repris un solde de 6270 (4870) mandats provenant de l'exercice précédent, auxquels sont venus s'en ajouter 12 315 nouveaux (11 646) en cours d'exercice. Les mandats exécutés étaient au nombre de 11 868 (10 246). En fin d'exercice, 6717 mandats restaient à liquider.

Procédure

Il ressort des rapports annuels des *commissions AI* que le nombre des cas de réadaptation professionnelle s'est encore accru par rapport aux cas de rentes, notamment parce que les caisses-maladie dirigent de plus en plus leurs affiliés vers l'AI.

Certaines commissions AI signalent, dans leur rapport, qu'elles ont à s'occuper non seulement de nouvelles demandes, mais aussi de nombreux cas qu'el-

les avaient déjà examinés précédemment. Parfois, l'assuré avait déjà été placé ou formé sur le plan professionnel aux frais de l'AI; les commissions AI et leurs secrétariats ont dû constater que de nombreux cas ne les quittent plus. En outre, de nombreux assurés n'ont eu connaissance de leur droit à des prestations qu'après en avoir été informés par leur médecin ou leur caisse-maladie. Il en résulte souvent que la demande de prestations est tardive. Cependant, le nombre des demandes de prestations a continué d'augmenter, ce qui porte à croire que l'AI est toujours mieux connue du public.

Constatant que le volume de travail n'a cessé de s'accroître, diverses commissions AI ont demandé si les cas de moindre importance ne pourraient pas être traités par le président et un médecin, et non plus en séance de commission ou par voie de circulation. Cette question est étudiée par la commission fédérale d'experts pour la révision de l'AI.

Les commissions AI se sont montrées soucieuses de liquider rapidement les cas de réadaptation. Leur travail, toutefois, dépend des travaux préparatoires des offices régionaux, des renseignements de l'assuré — qui doivent être aussi complets que possible — et de la remise rapide du certificat médical. Malheureusement, il arrive souvent que celui-ci tarde à être établi, et que plusieurs rappels soient nécessaires pour obtenir cette pièce indispensable.

Les *offices régionaux* constatent avec satisfaction qu'ils rencontrent toujours plus de compréhension auprès des milieux industriels dans l'accomplissement de leurs tâches de réadaptation. Les assurés acceptent en général les mesures proposées et facilitent leur application.

La prise en compte par les assurances-pensions étrangères des périodes de cotisations accomplies dans l'AVS

En matière d'AVS/AI suisse, les assurés de nationalité suisse ont droit, comme chacun le sait, aux rentes ordinaires déjà après une seule année complète de cotisations. Sous réserve de dispositions divergentes des accords bilatéraux, les étrangers n'acquièrent un droit à ces rentes qu'après dix années de cotisations. Cependant, les ressortissants des 14 Etats avec lesquels une convention de sécurité sociale a été conclue sont soumis à d'autres normes relatives à la durée minimum de cotisations. La majorité de ces conventions impose généralement cinq années de cotisations; les plus récentes, qui ont été conclues depuis l'introduction de l'AI et de la méthode de calcul des rentes *pro rata temporis*, c'est-à-dire depuis le 1^{er} janvier 1960, réduisent la durée minimum de cotisations

à une année, en instituant l'égalité de traitement complète des ressortissants étrangers les plus favorisés avec les ressortissants suisses. La réglementation adoptée dans ces derniers accords s'applique aujourd'hui aux ressortissants italiens et yougoslaves ; elle est également prévue en faveur des ressortissants allemands.

Les législations de la plupart des Etats contractants prescrivent, comparativement aux dispositions légales suisses, des périodes minimums de cotisations d'une durée passablement plus longue pour l'ouverture du droit à la rente, mais ne font, en règle générale, aucune discrimination entre les nationaux et les étrangers. En revanche, ces législations établissent souvent une distinction concernant cette condition d'assurance: la durée minimum de cotisations ou d'assurance (fréquemment appelée « stage ») est fixée à 15 ans pour les rentes de vieillesse et à 5 ans pour les rentes de survivants et les rentes d'invalidité.

Lorsque la Suisse a consenti à réduire à 5 ans la durée minimum de cotisations en faveur des ressortissants des pays avec lesquels elle a conclu avant 1960 une convention bilatérale, elle a demandé en contrepartie la réciprocité pour ses nationaux. Une réglementation spéciale était nécessaire à cet effet, notamment avec les Etats contractants qui subordonnent l'ouverture du droit à la rente à une durée de cotisations ou d'assurance supérieure à 5 ans, donc dans les cas où un stage de 15 ans est exigé pour la rente de vieillesse. Les Etats intéressés ont garanti cette réciprocité par l'application de la méthode de la « totalisation des périodes d'assurance » généralement admise dans les relations internationales, à savoir par la prise en compte des périodes d'assurance suisse dans la supputation des stages supérieurs à 5 ans.

Cette solution est maintenue, mais d'une façon plus extensive, dans le nouveau type de convention, soit dans les accords conclus en 1962 avec l'Italie et la Yougoslavie et dans la convention signée en février 1964 avec la République fédérale d'Allemagne, convention qui est actuellement soumise à l'approbation des Chambres fédérales. Selon les dispositions conventionnelles, ces trois Etats totalisent les périodes d'assurance suisse pratiquement dans tous les cas où le stage n'est pas accompli au regard des seules cotisations qui ont été perçues par eux. Aux termes de cette réglementation, un ressortissant suisse peut donc prétendre une prestation après une seule année de cotisations, nonobstant le stage relativement long de 5 ou 15 ans imposé par l'un de ces Etats, s'il peut justifier de périodes d'assurance AVS suffisantes pour compléter cette lacune. En ce qui concerne l'ouverture du droit aux prestations, le Suisse est ainsi mis, au regard de la législation de ces pays, dans une situation identique à celle des ressortissants de ces Etats en matière d'AVS/AI suisse.

La liste des Etats contractants, qui totalisent d'une façon ou d'une autre les périodes d'assurance suisse en application des accords conclus, comprend dans l'ordre alphabétique les pays suivants: la République fédérale d'Allemagne, l'Autriche, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Tchécoslovaquie et la Yougoslavie. La Principauté de Liechtenstein doit aussi être citée dans cette énumération, bien que la réglementation adoptée avec ce pays constitue une solution particulière, qui est désignée par le terme d'« intégration ».

On peut être surpris de constater que la France est le seul pays voisin de la Suisse qui ne figure pas dans cette liste. Cette situation s'explique pourtant par le fait que le régime français de sécurité sociale alloue déjà après 5 années de cotisations une rente de vieillesse. Certes, ces prestations sont relativement faibles, en raison même de la durée réduite d'assurance (les rentes sont servies lorsque le bénéficiaire justifie de 5 à 15 ans d'assurance, tandis que le droit à la pension proportionnelle prend naissance après 15 années de cotisations et le droit à la pension complète après 30 années de cotisations), mais le versement réciproque de prestations de vieillesse dans les deux Etats après 5 années de cotisations, sans qu'il soit tenu compte des périodes de cotisations étrangères, était déterminant et rendait superflu d'inclure dans la convention l'institution de la totalisation. La révision de l'accord franco-suisse de 1949, qui doit intervenir dans un avenir prochain, offrira l'occasion d'étudier à nouveau le problème de la totalisation.

Problèmes d'application de l'AVS et de l'AI

Les « poseurs de verre » et l'AVS

Le « poseur de verre » (en allemand *Blankglaser*) est un artisan que l'on rencontre surtout en Suisse orientale. Il est chargé de poser le verre sur les façades des constructions métalliques ou en béton armé. Ce travail, il l'effectue moyennant rétribution à la tâche et pour le compte des grossistes en verre. Selon le contrat-type de la branche, le grossiste fournit le verre et le mastic, exige des rapports sur le travail exécuté, veille à ce que le « poseur » et ses aides soient assurés contre les accidents et assiste à la remise du travail terminé au maître de l'ouvrage. Le grossiste en verre a aussi le pouvoir de donner des instructions.

L'artisan dont il est ici question paie lui-même ses aides et supporte les dépenses qui en résultent, ce dont on tient naturellement compte lorsqu'on fixe le salaire à la tâche. Il ne court cependant aucun risque commercial comparable à celui de l'entrepreneur établi à son compte.

Une commission cantonale de recours a eu à décider s'il fallait, du point de vue de l'AVS, considérer de tels « poseurs de verre » comme des travailleurs indépendants ou, au contraire, comme des salariés. Elle est arrivée à la conclusion que les éléments distinctifs de l'activité salariée l'emportaient en l'espèce et que le grossiste en verre avait l'obligation d'acquitter les cotisations paritaires pour ces « poseurs ». L'OFAS est aussi de cet avis et, sur demande, a fait connaître son opinion à l'Association suisse des grossistes en verre (désignée en allemand par l'abréviation « Vertglas »). Les caisses de compensation comptant de tels artisans parmi leurs affiliés voudront bien veiller à ce que ces tâcherons

soient considérés comme des travailleurs salariés. Les grossistes en verre ont, en leur qualité d'employeurs, l'obligation d'acquitter les cotisations paritaires pour ces artisans et de déclarer les salaires de ces personnes à leur caisse de compensation.

Oligophrénie congénitale ; traitement du comportement éréthique et apathique

Le TFA s'est prononcé sur la remise de médicaments calmants à des assurés qui souffrent d'idiotie éréthique (voir RCC 1965, p. 513). Estimant qu'en l'espèce, on ne pourra pas même compter sur une capacité partielle de travail, il a nié le droit au traitement médicamenteux ; reste indécise la question de savoir s'il s'agit d'une affection qui nécessite un traitement périodique ou permanent (art. 2, 2^e al., RAI). L'entrée en vigueur de la nouvelle ordonnance concernant les infirmités congénitales, le 1^{er} septembre 1965, a créé à cet égard une situation juridique nouvelle. En effet, le chiffre 403 de l'article 2 de ladite ordonnance mentionne l'oligophrénie congénitale comme infirmité congénitale quoique, en l'état actuel des connaissances médicales, seul le traitement du comportement éréthique ou apathique puisse être mis à la charge de l'AI, en vertu de l'article 13 LAI. S'ils ne sont pas totalement inaptes à recevoir une instruction, les enfants souffrant d'oligophrénie congénitale auront droit à l'avenir au traitement dont il est question ci-dessus.

Cas exceptionnels de strabisme concomitant ¹

La question du strabisme a été traitée dans la RCC 1965, page 178. Depuis lors, l'AI a eu à s'occuper d'autres cas qui exigent de plus amples explications.

En règle générale, l'amblyopie de 0,2 ou moins (en cas de strabisme unilatéral) et l'angle de strabisme d'au moins 30° (en cas de strabisme alternant) sont déterminants pour établir si des prestations AI peuvent être accordées en vertu de l'article 1^{er}, 2^e alinéa, OIC. De telles prestations peuvent aussi être accordées si, en cas de strabisme unilatéral, l'amblyopie n'atteint pas ce degré (0,2), mais il faut alors que l'angle de strabisme soit au minimum de 30°, après correction de l'anomalie de la réfraction, le regard étant dirigé au loin.

Si, à la déviation horizontale du regard, s'ajoutent encore des déviations vers le haut ou vers le bas (strabisme sursumvergent ou strabisme deorsumvergent), l'affection en est compliquée et son traitement rendu plus difficile ; il faut en tenir compte dans les cas-limite.

¹ Extrait du Bulletin de l'AI n° 65 (texte corrigé).

Véhicules à moteur : Remplacement de véhicules qui ont été acquis sans l'aide financière de l'AI ; frais de réparation ¹

Conformément à la jurisprudence la plus récente du TFA, l'article 78, 2^e alinéa, RAI exclut le versement de contributions d'amortissement pour un véhicule à moteur acheté par l'assuré lui-même, si une demande dans ce sens n'est pas présentée à l'AI dans un délai de 6 mois.

Dans ce cas, toutefois, l'AI est tenue en principe de prendre en charge les frais de réparation nécessités par l'usage du véhicule sur le chemin du travail. S'il se révèle, lors de l'examen d'un tel cas, que cette prise en charge serait désavantageuse pour l'AI, il faudra envisager éventuellement la remise d'un nouveau véhicule ou l'octroi de contributions d'amortissement pour une nouvelle voiture achetée par l'assuré.

Indemnités journalières : Organe compétent pour leur octroi ¹

On a souvent demandé à l'OFAS, ces derniers temps, si l'octroi d'indemnités journalières destinées à compléter les mesures de réadaptation de l'AI relève de la compétence des commissions AI ou des caisses de compensation.

Ainsi qu'il ressort du chapitre D, chiffres I et II, des Directives concernant l'octroi d'indemnités journalières, du 22 janvier 1960, il incombe à la caisse de compensation d'examiner les conditions du droit à l'indemnité et de se prononcer sur l'existence de ce droit, comme de procéder au calcul de l'indemnité elle-même (cf. art. 54, 1^{er} al., lettre c, LAI). L'instauration d'une telle réglementation s'explique, notamment, par le fait que la commission AI, sur la base des pièces dont elle dispose pour ordonner l'octroi de mesures de réadaptation, ne serait généralement pas en mesure de trancher la question du droit à l'indemnité et de déterminer le montant de cette dernière. En revanche, la commission peut généralement faciliter la tâche de la caisse en lui donnant, dans son prononcé, non seulement les précisions habituelles sur le genre, la durée probable et l'exécution des mesures de réadaptation, mais en lui fournissant encore d'autres données qui présentent un intérêt immédiat pour l'examen du droit à l'indemnité et la fixation du montant à verser; elle peut, notamment, préciser dans quelle mesure l'assuré est empêché de travailler, ou indiquer le genre et la durée de l'activité qu'il a exercée en dernier lieu à plein temps.

Cette règle souffre cependant une exception dans son application: la commission AI est tenue d'examiner s'il existe vraiment un délai d'attente qui justifie l'octroi d'une indemnité journalière au sens de l'article 18, 1^{er} alinéa,

¹ Extrait du Bulletin de l'AI n° 66.

RAI; elle établira également si les conditions mises à l'obtention d'une telle indemnité sont remplies et, le cas échéant, pour quelle durée le versement peut en être effectué. Elle communiquera à la caisse ses conclusions à ce sujet dans son prononcé (cf. Directives concernant l'octroi d'indemnités journalières, chapitre D, chiffre II/1, paragraphe final). Dans ce cas, il incombe toutefois à la caisse de compensation d'examiner les autres conditions donnant droit à l'indemnité, de fixer le montant de celle-ci, de rendre la décision y relative et d'effectuer le versement.

La communication du dossier médical au médecin d'un centre de réadaptation ¹

Il arrive que le médecin affecté à la surveillance médicale d'un centre de réadaptation demande au secrétariat de la commission AI à consulter le dossier médical des assurés que celle-ci y a fait placer. En pareil cas, ce médecin doit être considéré non comme un tiers au sens de la circulaire sur l'obligation de garder le secret, du 1^{er} février 1965, mais bien comme le collaborateur médical de l'établissement chargé de l'application des mesures de réadaptation. Il appartient ainsi à une catégorie de personnes qui n'est pas visée par cette circulaire (cf. n° 2 de celle-ci). Un tel médecin doit donc recevoir toutes les indications et pièces nécessaires à la bonne exécution du mandat que la commission AI a confié au centre de réadaptation. S'il demande à consulter le dossier médical d'un assuré placé là par la commission AI, le secrétariat donnera suite à cette requête sans exiger une procuration de l'intéressé ou de son représentant légal. Pour des motifs de discrétion, il peut être toutefois indiqué d'expédier le dossier médical sous double pli, le pli intérieur portant la mention suivante: « Cette enveloppe contient des renseignements médicaux confidentiels et ne doit être ouverte que par le médecin. »

¹ Extrait du Bulletin de l'AI n° 66.

BIBLIOGRAPHIE

L'autisme des enfants. Série d'articles (en français, ou en allemand avec résumé français) parus dans « Pro Infirmis », juin 1965, p. 181-208. Auteurs: H. Feldmann, W. Züblin, H. Klimm, K. S. Junker. Zurich 1965.

Berufsvorbereitung der Hörgeschädigten und Sprachgeschädigten und ihre Eingliederung in das Erwerbsleben (réadaptation professionnelle des déficients de l'ouïe et du langage). Publication du Ministère fédéral allemand du travail et des affaires sociales, 8 pages, Bonn 1965.

Les cardiaques dans la vie. Série d'articles parus dans « Réadaptation », revue mensuelle, n° 116, p. 6-22. Paris 1965.

Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg/Schweiz. Guide d'étude sous forme de feuilles volantes, en vente au Secrétariat de l'institut, place du Collège 21, 1700 Fribourg. (N'existe, pour le moment, qu'en allemand.)

Die Hörgeschädigten (les déficients de l'ouïe). Publication du Ministère fédéral allemand du travail et des affaires sociales, 24 pages, 2^e édition, Bonn 1965.

A. M. Kretschmer: **Das schwachbefähigte Kind an der Normal-schule** (l'enfant peu doué à l'école publique). Fascicule 30 de la série « Erziehung und Psychologie », supplément de la revue « Schule und Psychologie ». 89 pages. Editions Ernst Reinhardt, Munich et Bâle, 1964.

P. Lambert, A. Albert et C. Frache: **Problèmes de rééducation neuro-musculaire. Notre expérience des techniques de H. Kabat et de B. Bobath.** Revue des séminaires belges de réadaptation, tome 6, n° 2, p. 57-86. Verviers 1964.

H. Landolt: **Le malade atteint d'épilepsie contribue à sa guérison.** Une publication de la Ligue suisse contre l'épilepsie, affiliée à l'Association suisse Pro Infirmis et membre de la Ligue internationale contre l'épilepsie. Traduction française par F. Martin. A paru dans la revue « Pro Infirmis », mars 1965, p. 73-84, et sous forme de tirage à part. Zurich 1965.

R. Morel, D. Peltier et J. Routier: **La réadaptation des asthmatiques** « Réadaptation », revue mensuelle, n° 116, p. 34-36. Paris 1965.

Orientation scolaire et professionnelle des jeunes handicapés physiques. Série d'articles parus dans « Réadaptation », revue mensuelle, n° 120. Paris 1965.

Problèmes posés par la myopathie (maladies musculaires aboutissant à des paralysies). Série d'articles parus dans « Réadaptation », revue mensuelle, n° 118, p. 7 - 35. Paris 1965.

D^r A. Rossier: **Über die Rehabilitation der Paraplegiker.** Publie dans le fascicule 3 des Acta clinica, Documenta Geigy. 112 pages. J. R. Geigy S. A., Bâle 1964.

Die Sprachgeschädigten (les déficients du langage). Publication du Ministère fédéral allemand du travail et des affaires sociales, 24 pages, Bonn 1964.

Die wirtschaftliche und gesellschaftliche Eingliederung Behinderter. Publié par la Ligue des patients militaires suisses. 217 pages. Berne 1965.

INFORMATIONS

Prestations complémentaires dans le canton de Fribourg

Dans sa séance du 16 novembre 1965, le Grand Conseil a adopté à l'unanimité le projet de loi sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI. Les limites de revenu prévues correspondent aux montants maximums de la loi fédérale. Le montant global déductible du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative, ainsi que du montant annuel des rentes et pensions, est fixé à 240 francs pour les personnes seules; il est de 400 francs pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant ou donnant droit à une rente AVS ou AI. La déduction pour loyer n'est pas prévue.

Prestations complémentaires dans le canton de Vaud

Dans sa séance du 29 novembre 1965, le Grand Conseil a adopté le projet de loi sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI. Les limites de revenu prévues correspondent aux montants maximums de la loi fédérale. Le montant global déductible du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative, ainsi que du montant annuel des rentes et pensions, est porté à 480 francs pour les personnes seules et à 800 francs pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant ou donnant droit à une rente (taux supérieurs). Enfin, une déduction pour loyer, correspondant à l'article 4, lettre c, de la loi fédérale est prévue.

L'entrée en vigueur de la loi est fixée au 1^{er} janvier 1966. Le délai référendaire qui court est de trois mois.

Allocations familiales dans le canton de Schaffhouse

Lors de la votation populaire du 14 novembre 1965, les citoyens ont accepté, par 9844 oui contre 2803 non, un projet de loi prévoyant l'octroi d'une allocation minimale pour enfant de 20 francs par mois et par enfant dès le 1^{er} janvier 1966 (voir RCC 1965, p. 354).

Caisses professionnelles de compensation; création, transformation, droit de représentation

Les associations qui ont renoncé à fonder une caisse de compensation en janvier 1948 peuvent revenir sur cette décision à intervalles déterminés. Cette occasion se présentera le 1^{er} janvier 1966 pour la quatrième fois. L'Association suisse des maîtres coiffeurs en a profité et a constitué, pour l'année prochaine, sa propre caisse de compensation.

Les associations fondatrices avaient la faculté d'admettre, pour la même date, d'autres associations dans leur caisse de

compensation déjà existante. C'est ce qui s'est produit pour le début de l'année nouvelle chez les caisses Tapissiers-décorateurs, Photo et EXFOUR.

En même temps, le droit des associations d'employés ou d'ouvriers d'être représentées au sein du comité de direction des caisses professionnelles a pu être soumis à une nouvelle réglementation. Dans deux cas, de nouvelles demandes ont été déposées. Dans le cas d'une caisse, les associations de salariés ont renoncé à leur droit.

- Répertoire d'adresses AVS/AI/APG**
- Page 9, caisse 30, Tapissiers-décorateurs.
Nouvelle association fondatrice: Association des commerçants suisses de meubles au détail.
- Page 19, caisse 92, Photo.
Nouvelle association fondatrice: Association suisse des opticiens.
- Page 19, caisse 95, EXFOUR.
Nouvelles associations fondatrices: Verband deutschschweizerischer Erziehungsinstitute und Privatschulen; Association suisse de fabricants d'objets en matière plastique.
- A la page 22, ajouter une nouvelle caisse de compensation:
Numéro et nom abrégé: 113 Coiffeurs
Ausgleichskasse des Schweizerischen Coiffeurmeister-Verbandes
Caisse de compensation de l'Association suisse des maîtres coiffeurs
Cassa di compensazione dell'Associazione svizzera dei padroni parrucchieri
Berne, Seilerstrasse 7 / Case postale 2196, 3001 Berne
Tél. (031) 25 72 33 / Compte de chèques postaux 30 - 6215
Association fondatrice: Association suisse des maîtres coiffeurs.
- Page 28, Rekursbehörde des Kantons Luzern
Nouvelle adresse:
Versicherungsgericht des Kantons Luzern
Hirschengraben 16
6002 Luzern
- Nouvelles personnelles**
- M. *Walter Tobler succède* à M. Arthur Frey, décédé le 12 janvier 1965, à la tête de la caisse de compensation 65 (Employeurs zurichois).
- Errata RCC 1965**
- A la page 183, dernières lignes, lire: *Ordonnance relative* à la loi fédérale sur les prestations complémentaires... et non pas *règlement d'exécution*. L'abréviation est donc OPC en français comme en italien.

JURISPRUDENCE

Assurance-vieillesse et survivants

COTISATIONS

Arrêt du TFA, du 31 mai 1965, en la cause J. J.

Article 4 LAVS. Le propriétaire d'immeubles obtient le gain d'une activité lucrative dès l'instant où il ne se contente pas d'accomplir les actes habituels à celui qui gère sa fortune privée, mais destine au contraire plus ou moins complètement les immeubles à une exploitation essentiellement commerciale. Le gain du travail comprend alors non seulement le produit de la location des chambres meublées, mais encore le rapport des logements non meublés. (Considérents 2 et 3.)

Articolo 4 LAVS. Il proprietario d'immobili consegue reddito proveniente da attività lucrativa dal momento in cui non si limita ad una semplice amministrazione, nei limiti usuali, del suo patrimonio privato, ma gestisce gli stabili preponderatamente in modo commerciale. Il reddito comprende allora non solo il ricavo proveniente dall'affitto delle camere ammobiliate, ma anche quello degli appartamenti non ammobiliati. (Considerandi 2 e 3.)

J. J., fonctionnaire de l'Etat, fit apporter en 1953 de telles transformations à son immeuble, où il pouvait loger dix familles, que celui-ci comprend depuis lors deux logements non meublés de deux pièces chacun, le logement du propriétaire lui-même et 18 chambres meublées.

Une controverse a surgi sur le point de savoir si le rendement de cet immeuble est le produit d'un capital et, comme tel, non soumis à cotisations, ou s'il s'agit du gain d'une activité lucrative. Saisi d'un appel interjeté par l'OFAS, le TFA a considéré, pour les motifs suivants, que le gain litigieux est le revenu d'un travail :

1. Le gain que l'assuré a tiré dans les années 1957 à 1960 de la jouissance et de l'exploitation de ses immeubles est-il en tout ou en partie le produit d'une activité lucrative indépendante ?

Aux termes de l'article 9, 1^{er} alinéa, LAVS, le revenu de l'activité indépendante comprend tout revenu du travail autre que la rémunération pour un travail accompli dans une situation dépendante. Peu importe que le revenu émane d'une activité principale ou accessoire (art. 8, 2^e al., LAVS). Les assurés n'acquittent en revanche

aucune cotisation sur le rendement proprement dit du capital, car la simple gestion de la fortune privée ne représente pas l'exercice d'une activité lucrative (Oswald, Jurisprudence AVS, nos 56 ss; ATFA 1957, p. 174; RCC 1958, p. 26, et 1961, p. 156). Comme le TFA l'a déjà statué dans l'arrêt E. W. (Oswald, Jurisprudence AVS, n° 60, et RCC 1952, p. 89), la location d'appartements dans une maison dite de rapport est considérée comme gestion de la fortune privée, autant qu'une telle activité se limite aux revenus du patrimoine comme tel et ne revêt pas un caractère commercial. En revanche, ainsi que le Tribunal l'a constaté à l'époque, l'exploitation d'un « apartment house » se distingue fondamentalement de la simple gestion d'une fortune privée, car elle implique en soi l'exercice d'une activité en vue d'un profit et revêt dès lors l'aspect d'une entreprise commerciale. Cette jurisprudence doit être maintenue. Fut ainsi considérée comme exerçant une activité lucrative indépendante la femme seule qui, sur les quatorze chambres meublées de son immeuble, en loue douze comme chambres individuelles ou pour deux personnes et qui assume en grande partie elle-même l'entretien et le nettoyage des chambres. Dans la cause K. (voir RCC 1965, p. 36), le produit de la location de 40 chambres environ, réparties dans quatre immeubles, fut qualifié de la même manière, la prise en charge du contrôle de l'usure du mobilier et le renouvellement périodique de l'agencement intérieur étant alors regardés comme décelant à eux seuls déjà la présence d'une telle activité.

2. Du dossier, il ressort que J. J. a, dans son immeuble, loué 18 chambres, qu'il a fait entretenir et nettoyer ces chambres et qu'il a, en outre, lui-même mis la literie à la disposition des locataires. L'intéressé a donc essentiellement consacré son immeuble à l'exploitation d'un « apartment house ». Peu importe le caractère accessoire de cette activité. L'élément décisif, c'est le fait que l'activité de l'assuré — grâce au travail des auxiliaires de celui-ci — se distingue clairement et *de par sa nature* de la simple gérance d'un immeuble de même importance, limitée aux actes de pure administration habituels à celui qui gère sa fortune privée. La différence entre une telle gestion et l'activité de l'assuré apparaît encore dans le fait que le rendement tiré par l'intéressé de l'immeuble transformé n'est pas seulement celui que l'on obtient ordinairement d'une maison de rapport, mais est encore la contrepartie de *toutes les prestations* effectuées en faveur des locataires, y compris celles qui résultent d'un travail. D'ailleurs, l'expérience enseigne que, dans un cas comme celui-ci, l'activité consacrée à l'exploitation d'un immeuble comptant 18 chambres meublées devrait, même en l'absence de prestations accessoires, être considérée comme une activité lucrative indépendante. En effet, une comparaison entre cette activité et la simple gestion patrimoniale d'un immeuble de même importance fait apparaître une différence de nature, qui apparaît en particulier dans la nécessité de contrôler l'usure du mobilier et de renouveler périodiquement l'agencement intérieur des chambres. Il n'est donc pas exact de prétendre, comme le fait l'intimé, que les faits seraient ici différents de ceux qui se présentaient dans la cause K. Certes, K. louait, à titre de profession principale, environ 40 chambres meublées mais, à certaines époques, il ne s'occupait pas du nettoyage, ni ne mettait la literie à la disposition des locataires. Tous ces faits ont ceci de commun que les propriétaires ne se sont pas contentés de la simple gestion patrimoniale ordinaire de leur immeuble, mais l'ont au contraire destiné plus ou moins complètement à une exploitation essentiellement *commerciale* afin d'en tirer un bénéfice. Contrairement à l'opinion de l'autorité de première instance, il importe peu de savoir dans quelle mesure l'exploitation commerciale accapare le propriétaire de la maison et ses auxiliaires. Il ne se justifierait pas, en effet, de soumettre à cotisations le rendement des immeubles les plus importants en raison du travail qu'ils requièrent et

d'excepter de cette obligation le produit des immeubles plus petits, du seul fait que le travail requis par eux serait moindre. Il faut se rappeler à cet égard que les notions de « revenu de l'activité lucrative » et « d'activité lucrative » sont des concepts propres à l'AVS, qui ne se laissent pas inconditionnellement définir par des considérations tirées du droit privé ou du droit fiscal (voir ATFA 1959, p. 39, et RCC 1959, p. 188, considérant 3).

3. Ainsi, l'activité litigieuse de J. J. doit être considérée comme une activité lucrative au sens de l'article 9, 1^{er} alinéa, LAVS. D'après la jurisprudence, c'est en pareil cas l'ensemble du produit de l'immeuble (y compris la valeur locative du logement du propriétaire) qui est compté dans le gain soumis à cotisations. Contrairement aux conclusions subsidiaires présentées par l'assuré, on ne fait en général pas de différence entre le produit commercial proprement dit et le gain obtenu d'une autre manière, par exemple par la seule et simple location des locaux. Conformément au principe selon lequel des gains de ce genre doivent être assujettis dans leur ensemble, l'élément décisif, c'est la prépondérance du côté commercial de l'exploitation, l'exploitation commerciale prépondérante conduisant à l'assujettissement du gain dans l'AVS, alors que la simple gestion patrimoniale entraîne, si c'est elle qui l'emporte, l'abandon de la perception des cotisations personnelles sur un tel gain.

Arrêt du TFA, du 9 juin 1965, en la cause D. H.

Article 9, 1^{er} alinéa, LAVS; article 6, 1^{er} alinéa, RAVS. Les personnes domiciliées en Suisse doivent également les cotisations sur le gain d'une activité indépendante ou salariée exercée à l'étranger. Il n'est pas nécessaire que ce gain puisse être transféré en Suisse.

Articolo 9, capoverso 1, LAVS; articolo 6, capoverso 1, OAVS. Le persone domiciliate in Svizzera devono pagare i contributi sul reddito derivante da un'attività lucrativa indipendente o dipendente svolta all'estero. Non è necessario che questo guadagno possa essere trasferito in Svizzera.

D. H. est l'associée indéfiniment responsable d'une société en commandite ayant son siège en Suisse et titulaire d'une raison individuelle à l'étranger. Conformément à la communication fiscale, la caisse fixe les cotisations en tenant compte également du revenu réalisé à l'étranger. D. H. recourut en faisant valoir que ce revenu ne pouvait pas être transféré en Suisse. Elle interjeta appel contre le jugement cantonal qui n'avait pas admis ses conclusions. L'appel fut rejeté par le TFA, qui énonça notamment les considérants suivants:

Le seul point litigieux est de savoir si l'appelante doit aussi payer des cotisations sur la partie de son revenu qui ne peut pas être transférée en Suisse.

Il est bien établi que l'appelante a son domicile civil en Suisse et que, par conséquent, elle est obligatoirement assurée (art. 1^{er}, 1^{er} al., lettre a, LAVS). C'est en effet le domicile qui fonde avant tout cet assujettissement et l'obligation de payer les cotisations qui en découle. Il n'est pas nécessaire que l'activité lucrative soit exercée en Suisse. L'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, lettre b, LAVS, qui assujettit à l'assurance les personnes « physiques » exerçant en Suisse une activité lucrative, vise seulement celles qui n'ont pas leur domicile en Suisse, mais qui travaillent dans notre pays. A cet égard, la jurisprudence a déjà statué à plusieurs reprises que les personnes actives, domiciliées en Suisse, sont tenues de payer les cotisations de l'AVS suisse sur l'en-

semble des revenus tirés, tant en Suisse qu'à l'étranger, d'une activité indépendante ou salariée (voir ATFA 1959, p. 17 = RCC 1959, p. 440; RCC 1957, p. 274; RCC 1960, p. 281; voir aussi art. 6, 1^{er} al., LAVS). L'AVS suisse ne s'abstient de percevoir des cotisations sur ce revenu que si l'article 1^{er}, 2^e alinéa, lettre b, LAVS (en relation avec l'art. 3 RAVS) est applicable. L'argument invoqué par l'appelante dans la procédure de recours, d'après lequel le revenu acquis à l'étranger n'est soumis à cotisations que si « l'activité exercée à l'étranger est en quelque sorte le prolongement de l'activité déployée en Suisse » porte à faux. En effet, peu importe où le revenu a été acquis, puisque c'est le domicile qui détermine l'obligation de s'assurer et, par voie de conséquence, l'obligation de cotiser. Même le gain réalisé exclusivement à l'étranger est soumis à cotisations. Sinon, les personnes domiciliées en Suisse mais exerçant une activité lucrative uniquement à l'étranger devraient être considérées comme non actives.

L'appelante ne conteste pas le revenu réalisé à l'étranger. Cependant, elle voudrait que ce revenu, qui ne peut pas être transféré à cause de dispositions contraaires de droit public, soit considéré en Suisse comme non réalisé. Elle estime qu'un assuré domicilié en Suisse n'est astreint au paiement des cotisations sur les revenus acquis à l'étranger que s'il peut en disposer librement à son domicile. C'est à cette seule condition que lesdits revenus pourraient être soumis à cotisations. Il convient de combattre cette opinion en formulant les objections suivantes:

Si, conformément à l'article 1^{er}, 1^{er} alinéa, lettre a, LAVS, le domicile suffit pour qu'une personne soit obligatoirement assurée et — en relation avec l'article 3 LAVS — pour qu'elle soit tenue de payer des cotisations, sans égard au lieu où le revenu est acquis, peu importe en quel territoire le gain est considéré comme réalisé. Pour que l'obligation de cotiser en Suisse existe, il suffit donc que le revenu ait été réalisé à l'étranger car, selon le droit AVS, un revenu est réputé acquis à l'étranger dès l'instant qu'il est réalisé là-bas.

On ne saurait trouver dans la loi ou dans le règlement d'exécution une autre condition mise à l'obligation de cotiser et qui irait au-delà de ce qui a été exposé ci-dessus. Le législateur n'a en l'espèce rien omis et, dans la loi, il n'y a sur ce point aucune lacune à combler. Au contraire, il se justifie pleinement que le calcul des cotisations ne dépende pas de dispositions étrangères en matière de devises. Il est également exclu de confier aux organes administratifs de l'AVS la tâche, presque impossible à remplir, qui consisterait à établir la portée économique réelle du revenu acquis à l'étranger par une personne domiciliée en Suisse et astreinte au paiement des cotisations. Il se peut d'ailleurs fort bien qu'un gain acquis à l'étranger soit profitablement utilisé, même si des prescriptions étrangères en matière de devises en restreignent l'emploi.

Il convient de se référer à cet égard à l'arrêt paru dans ATFA 1959, page 17, dans lequel le TFA a statué que, lors du calcul des cotisations, les impôts payés à l'étranger ne peuvent pas être déduits du revenu brut, même s'ils représentent une somme importante (cf. art. 9, 2^e al., LAVS). Cet arrêt part de l'idée que les immixtions du droit public étranger sur l'emploi d'un revenu déjà acquis ne modifient pas l'obligation de payer les cotisations en Suisse. Il y a lieu de s'en tenir à ce principe, qui s'applique aussi au cas présent.

Ainsi, il découle de ce qui précède que l'on ne peut déduire du revenu déterminant le calcul des cotisations la partie non transférable du gain de l'appelante. Les arguments de l'appelante — en particulier ses considérations relatives aux restrictions en matière de devises — ne peuvent modifier l'issue du procès. Il est donc superflu de les examiner plus en détail. L'appel doit être rejeté dans ses conclusions principales et subsidiaires.

RENTES

Arrêt du TFA, du 13 mai 1965, en la cause A. R.

Article 23, 3^e alinéa, LAVS. Jusqu'au moment de la déclaration en nullité du juge civil, la deuxième veuve d'un bigame a également droit à une rente de veuve, bien que ce mariage soit entaché d'une cause de nullité (art. 120, chiffre 1; art. 132, 1^{er} et 2^e al., CCS).

Articolo 23, capoverso 3, LAVS. Fino al momento della dichiarazione di nullità del giudice civile, la seconda vedova di un bigamo ha parimente diritto ad una rendita vedovile, benchè questo matrimonio sia affetto da una causa di nullità (art. 120 cifra 1; art. 132, capoversi 1 e 2, CCS).

L'assuré, né en 1903, ressortissant hongrois, qui avait contracté mariage en 1931 en Hongrie, s'expatria en 1948 et resta depuis lors à l'étranger. En 1953, il acquit la nationalité autrichienne et épousa au cours de cette année une Suisse. En 1956, la première épouse, dont le mariage n'avait jamais été dissous, s'enfuit de Hongrie et fut autorisée à entrer en Suisse en 1960, en tant que réfugiée. Au décès de l'assuré, en 1961, on apprit qu'il était bigame. La première femme s'était fait passer jusqu'ici pour sa belle-sœur; la seconde épouse déclara avoir ignoré, jusqu'au décès du mari, que le premier mariage fût encore valide.

La première épouse, née en 1895, fut mise au bénéfice d'une rente de vieillesse simple calculée sur la base des cotisations versées par le défunt. L'OFAS fit suspendre le paiement de la rente de veuve accordée à la seconde épouse, jusqu'à ce que la situation civile de celle-ci fût tirée au clair; par la suite, le droit lui-même à la rente fut nié. Le recours interjeté contre la décision de la caisse conforme à ces directives fut admis par l'autorité cantonale de recours pour le motif que le deuxième mariage était valide, tant du point de vue civil que du point de vue de l'AVS, et qu'au demeurant, les organes administratifs n'étaient pas compétents pour se prononcer préjudiciellement sur des questions relevant du droit civil.

L'OFAS porta l'affaire devant le TFA en alléguant que selon le droit civil suisse, qui est également déterminant en matière d'AVS, on ne saurait admettre l'existence de deux veuves, mais qu'on avait négligé de tirer au clair la situation juridique pour des motifs restés ignorés. Etant donné que, d'une part, un tel examen, auquel les autorités directement intéressées ont apparemment renoncé, échappe à la compétence de l'AVS, mais que d'autre part, cette dernière est obligée de se fonder sur une situation juridique claire, il était nécessaire de reconnaître aux organes de l'AVS le pouvoir de se prononcer de manière préjudicielle sur la situation civile existante, à l'instar des juges civils qui auraient été appelés à juger l'affaire. Ceux-ci auraient sans doute déclaré nul le second mariage, ce qui amena l'OFAS à conclure au rétablissement de la décision de la caisse niant le droit à une rente de veuve et, subsidiairement, à la suspension du jugement cantonal jusqu'à la connaissance d'un jugement civil demandé par les organes de l'AVS.

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

1. Par esprit d'unité, la Cour de céans s'en tient au principe selon lequel les notions de droit civil tendant à la protection de l'intérêt public ou de la personnalité doivent être reprises comme telles en matière d'assurances sociales (ATFA 1960, p. 97 = RCC 1960, p. 290; voir aussi l'arrêt du TFA du 5 décembre 1959, publié dans Imboden: *Schweiz. Verwaltungsrechtssprechung*, 2^e éd., p. 132; ATFA 1959, p. 273, relatif à

l'assurance-chômage). Cette jurisprudence se rapporte en particulier à des questions de statut relevant du droit de famille (ATFA 1953, p. 226 = RCC 1954, p. 73; ATFA 1959, p. 198, considérant 2 = RCC 1959, p. 450; ATFA 1961, p. 185; 1963, p. 221 = RCC 1964, p. 45). C'est ainsi que l'enfant né durant le mariage, mais qui n'est pas issu du mari, ainsi qu'il a été établi, doit être considéré comme légitime également en matière d'AVS, tout au moins dans la mesure où l'action en désaveu de paternité n'a pas abouti (art. 252 et suiv. CCS et ATFA 1956, p. 232 = RCC 1956, p. 440). De même, la veuve conserve son statut en vertu de la LAVS aussi longtemps qu'elle n'a pas contracté un nouveau mariage ou que son mariage antérieur au décès du mari n'a pas été déclaré nul par le juge civil (ATFA 1956, p. 116 = RCC 1956, p. 322). Si elle se remarie, elle perd son statut de veuve; l'annulation postérieure au nouveau mariage importe peu, étant donné que la déclaration de nullité a seulement des effets *ex nunc*, conformément à l'article 132, 2^e alinéa, CCS (ATFA 1957, p. 56 = RCC 1957, p. 182).

Les organes chargés de l'application des assurances sociales fédérales ne sont pas habilités, en principe, à s'écarter d'un contexte juridique donné, relevant du droit de famille, ni à se prononcer sur des questions de statut civil. Dans l'arrêt (ATFA 1956, p. 62 = RCC 1956, p. 293) auquel se réfère l'OFAS, il n'est pas affirmé autre chose. Il ne s'agissait pas, d'ailleurs, d'une question de statut; était litigieuse uniquement la question de savoir si le texte de l'article 27, 2^e alinéa, LAVS correspondait bien à la *ratio legis* (cf. aussi ATFA 1956, p. 236 = RCC 1957, p. 31). La Cour de céans arriva à la conclusion que la réglementation légale n'était pas exhaustive et qu'il fallait la compléter dans certains cas.

2. En l'occurrence, personne ne conteste que le mariage de l'assuré et de la deuxième épouse était nul, puisqu'au moment de le conclure, l'époux était déjà marié (art. 120, chiffre 1, CCS). Néanmoins, ce mariage n'a pas été expressément annulé; il a donc tous les effets d'un mariage valide (art. 132, 2^e al., CCS). La deuxième épouse doit donc être considérée comme veuve et a ainsi droit à une rente de veuve conformément à l'article 23 LAVS, étant donné qu'au moment du veuvage, elle avait accompli sa 40^e année et que son mariage avait duré plus de cinq ans. Il n'y a pas lieu de décider ici si la solution du litige devrait être différente au cas où l'on devrait admettre que la deuxième épouse commet un abus de droit en faisant valoir son droit à la rente. Un tel état de fait n'est pas établi en l'occurrence; il n'est en effet pas prouvé qu'au moment du mariage, la deuxième épouse ait été de mauvaise foi. Ainsi qu'il ressort du mémoire d'appel, cette preuve n'est pas davantage fournie par la correspondance qui se trouve en possession de la première femme. Elle ne saurait en particulier être tirée de la lettre du 9 janvier 1952 auquel se réfère en premier lieu l'OFAS. Aux termes de cette lettre, l'assuré aurait fait savoir à sa première femme que « son amie (c'est-à-dire la deuxième épouse) se joignait à lui pour demander qu'on lui rende sa liberté ». La deuxième épouse rétorque qu'elle n'a pas eu connaissance de cette correspondance et qu'au demeurant, elle ne parle pas le hongrois. Elle n'a eu connaissance de la véritable situation de fait qu'après la mort de son mari. Jusqu'à cette date, elle a toujours cru que le premier mariage de son mari avait été dissous par le divorce après son départ de Hongrie. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'ordonner l'édition de la correspondance citée. Il n'est pas davantage nécessaire d'examiner si la mauvaise foi, à supposer qu'elle soit établie, suffit à elle seule à fonder un abus de droit.

3. La conclusion subsidiaire de l'OFAS tendant à « suspendre le jugement cantonal jusqu'à connaissance d'un jugement civil demandé par les organes de l'AVS »

doit également être rejetée, (tant donné que la nullité d'un mariage ne produit ses effets « qu'après avoir été déclarée par le juge » (art. 132, 1^{er} al., CCS). Il n'y a pas lieu de trancher ici la question de savoir si un jugement devrait être suspendu dans le cas où la veuve d'un bigarier tomberait sous les graves soupçons d'avoir contracté mariage de mauvaise foi (art. 122, 3^e al., CCS); de tels soupçons ne ressortent en effet pas du dossier, ainsi que nous l'avons déjà relevé.

Assurance-ii validité

RÉADAPTATION

Arrêt du TFA, du 25 mai 1965, en la cause K. L.

Articles 5, 2^e alinéa, et 12, 1^{er} alinéa, LAI. Les mesures médicales ne peuvent pas être mises à la charge de l'AI quand il n'y a absolument aucune possibilité de favoriser, par leur application, la capacité de gain future d'un mineur n'exerçant pas d'activité lucrative.

Articoli 5, capoverso 2, e 12, capoverso 1, LAI. Le spese di provvedimenti sanitari non possono essere assunte dall'AI quando non sussiste alcuna possibilità di migliorare con l'applicazione di questi provvedimenti la capacità al guadagno di un minorenne che non esercita un'attività lucrativa.

L'assuré, né en 1950, fut annoncé à l'AI comme inapte à recevoir une instruction et devant être placé dans un établissement. Son père demandait une contribution aux frais de pension dans un home où l'enfant fut placé le 1^{er} octobre 1961. Il ressort du rapport d'un médecin, établi le 21 février 1962, que — sur la base d'observations faites durant les années 1^{re} 58 et 1959 — l'assuré souffre d'idiotie éréthique et de diverses malformations. Son état, et surtout une agitation extrême, a nécessité, en 1958 déjà, un traitement de plusieurs mois en clinique, où l'on a pu « influencer sensiblement » l'agitation du patient grâce à des médicaments. L'enfant ne pourra pas recevoir d'instruction, mais pourra vraisemblablement être encore quelque peu formé sur le plan pratique s'il a peu de chance de pouvoir exercer une activité lucrative. La commission AI lui accorda tout d'abord une contribution aux frais du séjour dans le home, pour une période de deux ans, et par la suite, des mesures médicales qui ne sont aujourd'hui pas contestées. Le 13 janvier 1964, la commission AI apprit que l'enfant était rentré chez lui le 12 juillet 1963; qu'il n'était pas propre et usait beaucoup de linge, et qu'il devait être l'objet d'une surveillance constante. Donnant suite à la demande, la commission AI décida d'accorder, jusqu'à la majorité de l'assuré, la contribution maximale aux frais de soins à domicile. Toutes les décisions de la caisse de compensation passèrent en force sans avoir été attaquées.

Sur une formule imprimée, la direction médicale du home intéressé demanda à l'AI, le 16 novembre 1964, de prendre en charge les frais de calmants dont l'assuré avait besoin, à cause de son éréthisme, « pour sa réadaptation; celle-ci consistait à

éduquer l'enfant et à lui apprendre à exécuter, sous surveillance, des travaux de ménage et de jardinage, ainsi qu'à broder, dessiner ou peindre ». La commission AI rejeta cette demande, alléguant que l'idiotie éréthique n'était pas une infirmité congénitale au sens de l'article 13 LAI; la prise en charge de ces frais n'était pas non plus possible sur la base de l'article 12 LAI, parce que le traitement de l'enfant avait pour objet la guérison de l'affection comme telle et non la réadaptation.

L'autorité de recours admit, en se fondant sur l'article 12 LAI, par jugement du 18 janvier 1965, le recours interjeté par le père de l'assuré contre la décision de la caisse du 30 novembre 1964. Elle partait du point de vue que, dans le cas d'enfants mentalement handicapés, toute mesure propre à favoriser une capacité de gain même minime devait être encouragée. C'est à cela que visait en l'espèce l'éducation intensive de l'enfant, qui était tout de même, jusqu'à un certain degré, apte à recevoir une instruction; or, une telle instruction n'était possible que grâce à l'application de calmants.

L'OFAS a fait appel contre ce jugement; il recommande le rétablissement de la décision attaquée. Ses principaux arguments sont les suivants: l'enfant est susceptible d'être formé sur le plan pratique; cependant, les sédatifs prescrits devront être pris durablement, puisqu'ils n'ont aucune vertu curative, mais n'agissent que sur les symptômes. Ce traitement ne remplit donc pas les conditions de temps de l'article 2 RAI. En outre, il faut tenir compte du fait que l'enfant se trouve à nouveau chez ses parents et que, apparemment, il ne lui est donné aucune formation adéquate (formation scolaire spéciale ou préparation professionnelle).

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

1. La question litigieuse est celle de savoir si l'assuré a droit, en raison de son idiotie éréthique, à des mesures médicales.

L'article 13 LAI dispose que les assurés mineurs ont droit au traitement des infirmités congénitales qui, vu leur genre, peuvent entraîner une atteinte à la capacité de gain. L'idiotie éréthique n'est pas une infirmité congénitale d'après la liste établie par le Conseil fédéral. C'est pourquoi l'assuré n'a en tout cas aucun droit découlant de l'article 13 LAI.

Donc, il ne reste plus qu'à se demander si l'on peut invoquer, en faveur de l'assuré, l'article 12 LAI, d'après lequel l'assuré a droit aux mesures médicales qui sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle, mais n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Comme il l'a été montré plus en détail dans un autre arrêt (ATFA 1962, p. 308), on doit tout d'abord examiner si les mesures médicalement indiquées appartiennent au traitement de l'affection comme telle, celui-ci reléguant au second plan le but, peut-être également présent, de réadaptation professionnelle. En règle générale, le caractère de traitement proprement dit l'emporte lorsque le but prépondérant est de guérir ou d'atténuer un état pathologique labile. Si ces mesures ne constituent pas le traitement de l'affection comme telle, il y a lieu ensuite d'examiner si elles visent avant tout la réadaptation professionnelle dans la proportion et le temps voulus, ou si elles ont d'autres buts.

Pour décider si un acte médical dont bénéficie un assuré mineur vise principalement la réadaptation professionnelle et s'il est de nature à améliorer la capacité de gain de façon durable et importante, il faut se fonder sur l'article 5, 2^e alinéa, LAI. Aux termes de cette disposition, les assurés mineurs, atteints dans leur santé physique ou mentale et qui n'exercent pas d'activité lucrative, sont réputés invalides si l'atteinte à leur santé aura vraisemblablement pour conséquence une incapacité de

gain. C'est pourquoi, en se 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. Des articles 5, 2^e alinéa, et 12, 1^{er} alinéa, LAI, il résulte en outre que les frais de mesures médicales au sens de cette dernière disposition ne peuvent pas être mis à la charge de l'AI quand il n'existe aucune possibilité de favoriser, par leur application, la capacité de gain de l'assuré. En conséquence, les assurés mineurs atteints d'une invalidité absolue n'ont pas droit à des mesures de réadaptation. D'autre part, les mineurs susceptibles de recevoir seulement une formation pratique n'ont droit aux mesures médicales que si l'on peut compter qu'ils seront capables d'exercer une activité lucrative, même dans une mesure très faible. Pour cela, il suffit qu'ils soient capables de travailler dans un établissement ou dans une famille propre à les recevoir ; mais on peut exiger que, par un tel travail, ils soient en mesure de subvenir, au moins en partie, à leur entretien.

2. En l'espèce, le dossier n'offre aucun indice permettant de conclure que vraisemblablement l'enfant pourra un jour assurer plus ou moins sa subsistance...

... Dans ces conditions, l'appel apparaît fondé. ...

Arrêt du TFA, du 18 mai 1965, en la cause S. F.

Article 13 LAI. Les infirmités énumérées dans l'OIC ne sont traitées aux frais de l'AI que si l'on peut présumer au moins la possibilité d'atteindre le but général de réadaptation tel qu'il est décrit à l'article 9 LAI. (Considérant 2.)

S'il est établi que l'incapacité de gain future d'un mineur est totale et irréversible, celui-ci n'a pas droit à des mesures médicales de réadaptation à la charge de l'AI. (Considérant 3.)

Articolo 13 LAI. Le infermità enumerate nell'OIC sono curate a spese dell'AI soltanto quando si può presumere che sia almeno possibile raggiungere lo scopo generale d'integrazione definito all'articolo 9 LAI. (Considerando 2.)

Se è stabilito che un bambino è affetto per l'avvenire da una totale ed irreversibile incapacità al guadagno, questi non ha diritto a provvedimenti sanitari d'integrazione a carico dell'AI. (Considerando 3.)

L'assurée, née en 1952, est atteinte de différentes infirmités congénitales (maladie de Little, malformation des deux articulations de la hanche, défauts des pieds), ainsi que de faiblesse d'esprit. Les médecins d'une clinique pratiquèrent dès 1954 différentes interventions orthopédiques : En 1954, les hanches furent redressées ; en 1960, l'assurée subit des ostéotomies varisantes et dérotantes (ostéotomies pour corriger la position) des deux côtés ; en 1961, elle subit encore plusieurs opérations des pieds. Les frais de ces interventions furent pris en charge par l'AI depuis 1960, sans que l'assurée fût devenue capable de marcher par ses propres moyens. Aussitôt après l'opération de l'année 1960 apparurent, pour la première fois, des crises d'épilepsie ; l'assurée qui, jusqu'alors, s'était montrée étonnamment tranquille, devint méchante. Elle fut placée dans un établissement où l'on diagnostiqua une épilepsie, très vraisemblablement prénatale, due à une paralysie infantile congénitale du cerveau. L'AI assumait également le traitement de l'épilepsie, qu'elle considérait aussi comme une infirmité congénitale. Au début de juin 1964, l'établissement fit savoir à la commis-

sion AI que l'assurée était hospitalisée depuis le 24 avril 1964 pour la seconde fois et qu'on pouvait observer — comme déjà lors du premier séjour en clinique — de très nombreuses crises. L'état de santé de l'assurée était stationnaire; elle était incapable de recevoir une formation scolaire et ne pourrait jamais exercer une activité lucrative; son invalidité et son humeur agitée excluaient l'usage des transports publics. Environ une année auparavant, une clinique avait encore adressé à la commission AI un avis assez optimiste, selon lequel on pouvait compter que grâce à un traitement approprié, l'assurée pourrait accomplir plus tard de légers travaux auxiliaires. Le 30 juin 1964, la commission AI décida de ne plus prendre en charge les mesures médicales à partir du 1^{er} juillet 1964; sur la base du dossier, on devait définitivement admettre que l'assurée ne serait jamais susceptible d'être réadaptée au sens de la LAI.

Le père de l'assurée recourut contre la décision de la caisse du 3 août 1964 qui notifiait ce prononcé. Il faisait valoir qu'il était nécessaire de poursuivre le traitement des infirmités congénitales et que, par conséquent, l'AI devait fournir les prestations adéquates.

Par jugement du 10 novembre 1964, la commission cantonale de recours rejeta le recours pour le motif suivant: Les assurés n'ont droit à des mesures médicales en raison d'infirmités congénitales que s'il existe certaines perspectives de guérison ou d'amélioration; ce n'est pas le cas de l'assurée, d'après les renseignements fournis par l'établissement.

Le père de l'assurée a interjeté appel auprès du TFA contre ce jugement cantonal, en concluant à ce que l'AI continue à accorder des mesures médicales. Il soutient que des mesures médicales appliquées à une infirmité congénitale doivent en principe toujours être prises en charge par l'AI quand elles sont médicalement recommandées; que les chances d'assurer ainsi la capacité de gain de l'enfant ne doivent pas être posées comme condition. La caisse de compensation renonce à faire une proposition. Dans son préavis, l'OFAS se rallie à l'opinion défendue par le père de l'assurée et recommande l'admission de l'appel. L'OFAS part de l'idée que les infirmités congénitales ne sont, par définition, ni des maladies, ni des accidents, et ne sont par conséquent pas couvertes par l'assurance-maladie et accidents. La création de l'AI a fourni l'occasion de combler cette lacune, et toutes les mesures médicales appliquées aux infirmités congénitales doivent être comprises dans cette nouvelle assurance. Seuls les cas-bagatelles sont laissés de côté; le traitement des infirmités marquées d'un astérisque dans la liste du Conseil fédéral (OIC) n'incombe pas à l'AI au cas où cette infirmité n'aura manifestement aucune influence sur la capacité de gain de l'assuré. Par contre, les enfants gravement invalides ont droit, malgré une incapacité de gain future, à toutes les mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales comprises dans cette liste. En effet, celle-ci mentionne aussi un certain nombre d'infirmités qui impliquent l'inaptitude à recevoir une formation.

Une fois achevé l'échange des écritures, l'établissement a encore communiqué au tribunal que l'assurée, même compte tenu de son développement jusqu'à sa majorité, serait entièrement incapable d'exercer une activité lucrative.

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

1. Selon l'article 13 LAI, les assurés mineurs ont droit au traitement des infirmités congénitales qui, vu leur genre, peuvent entraîner une atteinte à la capacité de gain. Le Conseil fédéral a établi une liste de ces infirmités dans l'OIC.

Il faut partir du fait que le traitement des infirmités congénitales représente, d'après le système de la loi, une mesure de réadaptation, et que celles-ci sont régies

en principe par l'article 9 LAI. Selon le 1^{er} alinéa de cette disposition, 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 ». Sans doute, des prestations plus étendues sont accordées à l'article 20 LAI, qui figure également sous la rubrique des mesures de réadaptation et traite des contributions aux frais de pension des mineurs inaptes à recevoir une instruction. On ne peut cependant pas dire que l'article 13, tout comme l'article 20 LAI, donne droit à des prestations n'ayant pas le caractère d'une mesure de réadaptation. L'article 20 LAI, d'après sa teneur, est incontestablement une disposition d'exception qui ne vise aucun but de réadaptation. Cette remarque ne s'applique pas à l'article 13 LAI puisqu'ici, selon le texte même de la disposition, la mesure est en rapport avec la diminution de la capacité de gain. Ainsi, l'article 9 LAI l'emporte aussi sur l'article 13 LAI et ne permet pas de mettre à la charge de l'AI le traitement des infirmités congénitales quand il n'y a absolument aucune possibilité de favoriser par ces mesures la capacité de gain de l'assuré. Comme l'article 13 LAI entend déjà accorder le droit au traitement quand l'infirmité peut porter atteinte à la capacité de gain, la simple possibilité de développer la future capacité de gain doit suffire pour l'octroi d'une mesure. Lorsque le Conseil fédéral précise, dans son message relatif à la LAI (p. 43), que la liste des infirmités congénitales 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, cela ne peut signifier qu'une chose : l'admission d'une infirmité dans l'OIC fait présumer que l'affection portera atteinte à la capacité de gain future de l'intéressé. Cependant, cette présomption est renversée lorsqu'il paraît scientifiquement certain, compte tenu du développement ultérieur jusqu'à la majorité de l'assuré, que l'enfant infirme ne pourra jamais être capable d'une activité lucrative. C'est aussi dans ce sens que s'est exprimée, dans son rapport, la commission d'experts (p. 61). D'après ce texte, en cas d'infirmité congénitale, 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 notable la capacité de gain.

D'ailleurs, s'il s'était agi de prendre en charge le traitement de toute infirmité comprise dans la liste, sans égard à ses effets sur la capacité de gain, la LAI aurait dû alors prescrire que les moyens auxiliaires, sans lesquels l'octroi de mesures médicales serait souvent inutile, sont dus aux assurés visés par l'article 13 LAI, même s'il est certain qu'ils ne deviendront jamais capables d'exercer une activité lucrative. Or, l'article 21 LAI subordonne l'octroi de moyens auxiliaires à la condition qu'ils soient nécessaires à la vie professionnelle, si bien qu'un assuré incapable de recevoir une formation ne peut pas y prétendre. D'où il faut conclure que les assurés mineurs entièrement invalides n'ont aucun droit quelconque à des mesures de réadaptation. Dans ces conditions, seule entre en ligne de compte la contribution aux frais de pension, en vertu de l'article 20 LAI, qui — comme il a déjà été dit — ne représente pas une mesure de réadaptation.

2. L'OFAS, qui veut mettre à la charge de l'AI le traitement de toutes les infirmités énumérées dans l'OIC, indépendamment de leurs effets sur la capacité de gain des assurés, part visiblement du principe que la capacité de gain mentionnée à l'article 13 LAI est une notion abstraite, impersonnelle, contrairement à la signification qu'elle a dans tous les autres passages de la loi y relatifs (par exemple aux art. 9, 12, 17 LAI) et dans l'assurance sociale en général. Toutefois, la capacité de gain au sens de la LAI ne peut être comprise que comme la faculté humaine grâce à laquelle un individu, à n'importe quel moment de sa vie, est ou sera, selon toute probabilité, en

état d'exercer n'importe quelle activité productive — si modeste soit-elle. Ainsi, quand l'article 13 LAI donne aux assurés mineurs le droit au traitement des infirmités congénitales qui, « vu leur genre, peuvent entraîner une atteinte à la capacité de gain », cela ne peut signifier autre chose qu'une atteinte à la capacité de gain que chacun de ces mineurs aura, au moins à titre d'éventualité, quand il sera en âge d'exercer une profession. C'est ce qu'exprime de façon particulièrement claire le texte italien de l'article 13 LAI, en disant, à propos de la capacité de gain des assurés que cette norme concerne: « Gli assicurati minorenni hanno diritto a tutti i provvedimenti sanitari necessari per la cura delle infermità congenite, che possono sminuire la loro capacità al guadagno... »

L'OFAS prétend que les infirmités congénitales ne sont, par définition, pas des maladies et ne sont par conséquent pas couvertes par l'assurance-maladie. Il faut renvoyer à ce propos à l'article 5, 3^e et 4^e alinéas, LAMA, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1965. De cette disposition, on doit conclure que les caisses-maladie ne peuvent pas refuser l'admission d'enfants pour des raisons de santé, pas même en raison d'infirmités congénitales; il ne leur reste que la possibilité de prévoir une réserve, mais celle-ci tombe au plus tard après cinq ans d'assurance. Cela est confirmé par l'article 14 de l'ordonnance III du 15 janvier 1965, selon lequel les infirmités congénitales sont assimilées aux maladies donnant droit aux prestations légales. En vertu de l'article 17 de cette ordonnance, les caisses-maladie sont en principe tenues de verser des prestations — en dehors d'une réserve d'assurance — pour autant que les frais de traitement ne sont pas à la charge de l'AI (ou d'une autre assurance sociale).

De même, l'objection de l'OFAS, selon laquelle plusieurs des affections énumérées dans l'OIC excluent absolument toute aptitude à recevoir une formation, ne peut rien changer à l'issue de la procédure. Indépendamment du fait que dans certaines infirmités congénitales mentionnées à ce propos par l'OFAS (par exemple hydrocéphalie, crétinisme, troubles congénitaux du métabolisme des graisses), l'incapacité complète à recevoir une formation ne peut pas nécessairement être établie dans chaque cas, l'OIC ne peut bien entendu prétendre être valable que dans la mesure où elle se maintient dans les limites de la loi. Cela signifie que les infirmités congénitales énumérées dans l'OIC ne peuvent être traitées aux frais de l'AI que si l'on peut présumer au moins la possibilité d'atteindre le but général de réadaptation tel qu'il est décrit à l'article 9 LAI.

3. Dans le cas présent, on doit admettre avec certitude, d'après les données fournies par l'établissement (rapport de juin 1964, renseignements complémentaires recueillis au cours de la procédure d'appel), que l'assurée, même en tenant compte de son développement ultérieur jusqu'à sa majorité, ne sera jamais capable d'exercer une activité lucrative. Le père de l'assurée ne le conteste pas du tout. Or, du moment qu'il est certain que l'enfant est totalement et définitivement incapable de toute activité lucrative, le droit à la poursuite du traitement n'est, d'après ce qui a été dit, pas fondé matériellement. Il est vrai que, formellement, des mesures médicales ont été accordées à l'assurée « tout d'abord jusqu'au 31 décembre 1966 » par une décision passée en force du 25 juillet 1963. Depuis lors, toutefois, l'incapacité de l'assurée à recevoir une formation a été démontrée par le rapport de l'établissement de juin 1964. Sur la base de ce nouveau moyen de preuve qui est décisif, la commission AI était fondée à réviser la décision du 25 juillet 1963 et à nier tout droit à des mesures médicales à partir du 1^{er} juillet 1964. Par conséquent, on ne peut rien objecter, aussi du point de vue de la procédure, à la décision du 3 août 1964 par laquelle fut notifié le prononcé de la commission AI.

Arrêt du TFA, du 22 mai 1965, en la cause D. R.

Articles 13 et 28, 2^e alinéa, LAI; article 1^{er}, 2^e alinéa, OIC. Si un défaut congénital de la peau porte atteinte à la faculté d'exercer telle ou telle profession, mais pas à la capacité de gain elle-même, l'assuré n'a pas droit aux prestations de l'AI.

Articoli 13 e 28, capoverso 2, LAI; articolo 1, capoverso 2, OIC. Se un difetto congenitale della pelle influisce sulla facoltà d'esercitare tale o tal'altra professione, ma non sulla capacità di guadagno stessa, l'assicurato non ha diritto alle prestazioni dell'AI.

L'assurée, née en 1963, fut annoncée à l'AI au milieu de septembre 1964; elle présentait « des marques congénitales à l'épaule gauche et au ventre ». Le médecin traitant communiqua le 4 octobre 1964 à la commission AI que, le 26 août 1964, il avait constaté chez l'assurée quelques hémangiomes (petites tumeurs des vaisseaux sanguins) sur l'épaule gauche et un hémangiome de la grosseur d'un sou au ventre. Ces défauts dataient de la naissance, mais n'auraient aucune influence sur la fréquentation de l'école, ni sur la formation professionnelle. Un traitement par la radiothérapie avait été entrepris.

La caisse de compensation notifia au père de l'assurée, par décision du 24 octobre 1964, que la commission AI, dans son prononcé du 14 octobre 1964, avait refusé de prendre en charge la radiothérapie. Le père de l'assurée recourut contre cette décision en faisant valoir que l'infirmité congénitale pouvait avoir une influence sur la capacité de gain future, pour le cas, par exemple, où sa fille se proposerait de devenir mannequin.

Par jugement du 19 février 1965, l'autorité cantonale a rejeté le recours, parce que « le défaut congénital de la peau (chiffre * 6 de la liste de l'OIC) n'aura pas d'influence sur la capacité de gain. Le père a fait appel. La caisse de compensation recommande le rejet de l'appel et précise que l'infirmité congénitale en question correspond, selon l'avis du médecin de la commission AI, au chiffre * 97 de la liste.

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

La commission AI a admis que l'infirmité congénitale en question correspondait au chiffre * 97 de la liste de l'OIC (hémangiome caverneux = tache sanguine d'une certaine importance). Ceci paraît exact d'après le rapport du médecin. D'ailleurs, si l'infirmité correspondait au chiffre * 6 (défauts congénitaux de la peau) ou au chiffre * 9 (naevi et tumeurs à cellules jaunes), cela ne changerait rien à la solution du litige. En effet, ces infirmités sont aussi précédées d'un astérisque dans la liste, ce qui signifie, conformément à l'article 1^{er}, 2^e alinéa, OIC, que l'assuré n'a pas droit à leur traitement « lorsque l'infirmité en question n'aura manifestement pas d'influence sur sa capacité de gain ».

Par *capacité de gain*, la jurisprudence entend l'aptitude à se procurer un revenu en exerçant une activité sur tout le marché du travail entrant en ligne de compte (ATFA 1958, p. 92, considérant 2). Le degré de capacité de gain est déterminé, selon l'article 28, 2^e alinéa, LAI, en comparant d'une part le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, d'autre part le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. Si un assuré — par exemple, à la suite d'un changement de métier — peut obtenir, après la survenance d'une infirmité permanente, un gain aussi élevé que

lorsqu'il était valide, sa capacité de gain au sens de la LAI n'est pas atteinte, quand bien même il est possible que, dans telle ou telle autre profession, il n'ait plus qu'une capacité de gain limitée (cf., au sujet de la solution adoptée dans la LAM, ATFA 1964, p. 139, considérant 2, et p. 212, considérant 3). C'est que la loi ne connaît pas la notion d'incapacité professionnelle (cf. à ce propos le droit allemand, qui a une conception différente: Georg Wannagat, *Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts*, vol. 1, p. 261, et le commentaire Jantz-Zweng de l'assurance des rentes allemande, p. 73). Ceci vaut aussi pour l'interprétation de la notion de capacité de gain au sens des articles 13 LAI et 1^{er}, 2^e alinéa, OIC. Par conséquent, l'infirmité congénitale qui gêne ou empêche l'accès à telle ou telle profession seulement n'a manifestement pas d'influence sur la capacité de gain future d'un enfant. Il en est précisément ainsi en l'espèce. Même si l'on devait admettre que l'accès à la profession de mannequin ou à une autre activité semblable est difficile ou impossible à l'assurée à cause de son infirmité congénitale, cela serait sans importance selon l'article 1^{er}, 2^e alinéa, OIC. La décision attaquée et le jugement de l'autorité cantonale sont donc conformes à la loi.

Arrêt du TFA, du 20 avril 1965, en la cause A. M.

Article 21, 1^{er} alinéa, LAI; article 15, 1^{er} alinéa, RAI. Un moyen auxiliaire n'est fourni à des fins « d'accoutumance fonctionnelle » que dans la mesure où cette accoutumance revêt une importance pour l'exercice futur de l'activité lucrative de l'assuré ou pour l'accomplissement de ses travaux habituels. (Considérant 1.)

L'accoutumance n'est réputée « importante » que lorsqu'on peut pratiquement compter que l'assuré pourra, sinon exercer une activité lucrative, du moins accomplir ses travaux habituels. (Considérant 2.)

Articolo 21, capoverso 1, LAI; articolo 15, capoverso 1, OAI. Un mezzo ausiliario è fornito a scopo « d'assuefazione funzionale » solamente nell'ambito in cui questa assuefazione riveste un'importanza per l'esercizio futuro dell'attività lucrativa dell'assicurato o per l'adempimento dei suoi lavori consueti. (Considerando 1.)

L'assuefazione è considerata « importante » soltanto quando si può praticamente contare che l'assicurato potrà, se non esercitare un'attività lucrativa, almeno adempiere i suoi lavori consueti. (Considerando 2.)

L'assuré, né en 1901, est atteint d'un myélome multiple (tumeur médullaire). Après avoir pu encore travailler — avec des interruptions — jusqu'au 24 novembre 1963, il fut en traitement hospitalier du 24 février au 15 mai 1964. A cette date, il put rentrer chez lui, où il dut toutefois garder le lit. Le jour de sa sortie de l'hôpital, l'assuré demanda des prestations AI et sollicita, entre autres, des moyens auxiliaires; il indiquait qu'on lui avait fourni à l'hôpital, en avril 1964, un corset de soutien. Le 28 août 1964, la commission AI décida de refuser la prise en charge des frais du corset, celui-ci n'étant pas nécessaire, du moins momentanément, à la réadaptation professionnelle.

Le 7 octobre 1964, l'assuré recourut auprès de la commission cantonale de recours contre la décision de la caisse de compensation, du 30 septembre 1964, par laquelle ce prononcé lui avait été notifié. Il déclara que deux mois plus tôt, il avait pu quitter son lit, ce qui ne lui aurait pas été possible sans le corset de soutien; en outre,

ce moyen auxiliaire devait lui permettre « de se réadapter à la vie professionnelle ». Par jugement du 8 décembre 1964, la commission cantonale de recours rejeta le recours, alléguant qu'au moment du prononcé de la commission AI, il n'était pas certain que l'assuré redevienne jamais capable de travailler; le corset de soutien n'était, à ce moment-là, pas nécessaire aux fins de réadaptation.

L'assuré a fait appel au TFA contre le jugement cantonal, en concluant à la prise en charge par l'AI des frais du corset de soutien. Il fait valoir, en complément de son mémoire de recours, qu'à l'époque du prononcé de la commission AI, il avait déjà fait les premiers essais de station et de marche à l'aide du corset et de deux béquilles; qu'aujourd'hui il se rend seul chez le médecin avec une canne d'invalidité; que, par conséquent, il a besoin du corset à des fins d'accoutumance fonctionnelle au sens de l'article 15 RAI, et qu'on peut espérer sa réadaptation à la vie professionnelle.

La caisse de compensation s'abstient de prendre position. Dans son préavis, l'OFAS expose que l'assuré, selon les dires du médecin traitant, peut marcher à l'aide d'une canne et serait même actuellement en mesure d'accomplir de menus travaux à domicile. Comme il existe ainsi des chances que l'assuré, en raison de son état de santé, retrouve une capacité de travail partielle, les conditions de l'octroi d'un moyen auxiliaire à la charge de l'AI paraissent remplies.

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

1. Selon l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires qui sont nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle. 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.

Comme il ressort d'un arrêt précédent (ATFA 1963, page 144), peu importe en principe si et dans quelle mesure les moyens auxiliaires servent aussi à d'autres fins qu'à celles de réadaptation. L'article 21, 1^{er} alinéa, LAI ne contient aucune indication quant au but prépondérant, contrairement à l'article 12 LAI sur les mesures médicales. Pour l'octroi d'un moyen auxiliaire, il suffit donc, selon l'article 5, 1^{er} alinéa, LAI, que l'assuré en ait besoin pour exercer une activité lucrative ou pour accomplir ses travaux habituels. Cependant, aux fins « d'accoutumance fonctionnelle », un moyen auxiliaire ne peut être fourni que si cette accoutumance revêt une importance pour l'exercice futur de l'activité lucrative ou pour l'accomplissement des travaux habituels de l'assuré; d'ailleurs, on peut se demander si l'assuré qui exerçait une activité lucrative avant de devenir invalide ne peut pas non plus prétendre un moyen auxiliaire quand il est certain qu'à l'avenir, il ne pourra plus accomplir ses travaux habituels que comme non-actif.

2. Dans le cas présent, au moment où la commission AI a rendu le prononcé attaqué, soit au mois d'août 1964, moment qui est déterminant pour juger du droit à un moyen auxiliaire, on ne pouvait pas, en l'état des choses, prévoir avec certitude que l'accoutumance fonctionnelle, rendue possible par le corset de soutien, revête « l'importance » exigée. L'assuré ne pouvait alors que se déplacer avec peine dans son appartement. En tout cas, l'accoutumance n'est réputée importante que lorsque, au moment du prononcé de la commission AI sur le droit de l'assuré, on peut compter pratiquement que celui-ci sera capable, sinon d'exercer une activité lucrative, du moins d'accomplir ses travaux habituels; car autrement, on se contenterait d'une accoutumance fonctionnelle sortant du cadre de la loi. D'ailleurs, on ne peut guère parler de travaux habituels quand l'assuré rend simplement quelques services

dans son ménage, que sa femme est en mesure de tenir entièrement elle-même. Or, une activité plus importante qu'une telle aide aurait été impossible à l'assuré au moment du prononcé de la commission AI.

Aussi est-ce à juste titre que la commission AI a refusé, en août 1964, de prendre en charge un moyen auxiliaire. L'évolution survenue depuis lors dans l'état de santé de l'assuré ne change rien à l'issue de la procédure, malgré l'avis de l'OFAS, car prendre cette évolution en considération, ce serait violer le principe qui veut que le prononcé de la commission AI soit jugé d'après l'état de fait du moment déterminant et les éléments alors connus. Ce qui s'est passé depuis lors peut donner lieu éventuellement à un nouveau prononcé de la commission AI; c'est pourquoi le dossier doit lui être renvoyé.

Arrêt du TFA, du 24 juin 1965, en la cause P. P.

Articles 21 LAI et 78, 2^e alinéa, RAI. Les moyens auxiliaires dont l'assuré fait l'acquisition, pour des motifs valables, avant que la commission AI se soit prononcée, sont pris en charge par l'AI seulement si l'assuré a déposé sa demande au plus tard six mois après leur acquisition; si ce délai de six mois n'a pas été respecté, le droit de l'assuré est caduc dans tous les cas.

Articolo 21 LAI; articolo 78, capoverso 2, OAI. Le spese per i mezzi ausiliari che l'assicurato ha acquistato, per gravi motivi, prima della decisione della commissione AI, sono assunte dall'AI soltanto se l'assicurato ha presentato la sua domanda entro sei mesi dopo l'acquisto; se questo termine di sei mesi non è stato osservato, il diritto dell'assicurato si estingue in ogni caso.

L'assuré, né en 1930, a perdu les deux jambes en décembre 1948, à la suite d'un accident. Dès le printemps 1949, il a porté des prothèses à adhésion. La CNA lui alloue une rente réduite. Après son mariage en 1951, l'assuré travailla jusqu'en 1954 dans l'industrie horlogère. En 1955, le couple changea de lieu de domicile. L'épouse travailla par la suite en fabrique, tandis que son mari n'exerçait plus d'activité lucrative.

A fin mars 1960, l'assuré s'annonça auprès de l'AI pour obtenir des prestations. Le médecin traitant diagnostiqua « une amputation de la cuisse selon Gritti des deux côtés ». Il estima que l'état du patient était stationnaire et « ne permettait plus qu'un travail en position assise ». L'invalidé, qui « laisse sa femme aller travailler seule » tandis qu'il garde leur enfant unique à la maison, possède une motocyclette avec side-car « grâce à laquelle il pourrait, lui aussi, aller travailler ». Un essai de réadaptation ayant échoué en raison de l'attitude de l'assuré, la commission AI décida, le 13 décembre 1961, de n'accorder pour l'heure aucune prestation. Elle réservait la possibilité d'examiner une nouvelle demande, mais « seulement lorsque l'assuré aurait adopté une autre attitude envers les mesures professionnelles de réadaptation ». La commission cantonale de recours confirma la décision du 11 janvier 1962, notifiant ce prononcé, contre laquelle l'assuré avait recouru. Ce jugement du 17 avril 1962 passa en force. A fin août 1964, l'assuré informa la commission AI qu'il travaillait dans une entreprise depuis 10 mois; qu'avec de l'argent emprunté, il s'était acheté l'automobile d'occasion dont il avait besoin pour se rendre à son travail; que cependant, il n'arrivait que difficilement à payer les mensualités. La commission AI rejeta cette demande le 6 octobre 1964 pour les motifs suivants :

« L'automobile a été achetée plus de six mois avant le dépôt de la demande. Par suite de tardiveté, l'AI ne peut accorder aucune contribution aux frais. »

La caisse de compensation notifia ce prononcé par décision du 6 novembre 1964.

L'assuré recourut en demandant « l'octroi d'une contribution aux frais d'amortissement de l'automobile ». La commission de recours rejeta le recours par jugement du 1^{er} mars 1965, en se fondant sur l'article 78, 2^e alinéa, RAI.

L'assuré a fait appel. Il affirme que l'article 78, 2^e alinéa, RAI n'est pas applicable au cas litigieux et conclut ainsi sa demande :

1. Il doit être constaté en principe que l'appelant a droit à une automobile à titre de moyen auxiliaire.

2. L'intimée doit verser à l'appelant une contribution annuelle aux frais d'amortissement de sa voiture.

L'OFAS recommande dans son préavis d'allouer à l'assuré, dès le 29 août 1964 (date de sa demande), des amortissements annuels de 725 francs, ainsi qu'une contribution forfaitaire, annuelle elle aussi, de 100 francs pour les frais de réparation. La caisse de compensation et la commission AI appuient cette demande, après avoir auparavant conclu au rejet de l'appel.

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

1. L'assuré a droit, en vertu de l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI, aux moyens auxiliaires nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle et qui figurent dans la liste dressée par le Conseil fédéral. L'assurance prend en charge les moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat (art. 21, 2^e al., LAI). Dans la liste du Conseil fédéral figurent notamment les « véhicules adaptés à l'infirmité en question » (art. 14, 1^{er} al., lettre g, RAI). Les moyens auxiliaires sont remis en toute propriété ou en prêt (art. 15, 3^e al., RAI). 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 (art. 16, 2^e al., RAI).

D'après l'article 78, 2^e alinéa, RAI (nouvelle version), l'assurance paie, dans les limites de la décision de la caisse de compensation, les mesures de réadaptation préalablement déterminées par la commission AI. Elle prend en outre à sa charge 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. Ce délai ne court qu'à partir du moment où l'assuré a connaissance de l'état de fait ouvrant droit aux prestations. Quand l'application anticipée était justifiée mais que la demande est tardive, l'assurance couvre seulement les mesures appliquées depuis le dépôt de la demande. Le droit au paiement de mesures déjà exécutées s'éteint en tout cas cinq ans après la fin du mois de leur application.

2. a. L'appelant a acheté son automobile au début de février 1963. Il a déposé une demande à ce propos le 29 août 1964. Ainsi, le délai de six mois prévu à l'article 78, 2^e alinéa, RAI est largement dépassé. Néanmoins, l'assuré requiert des amortissements annuels et affirme que l'article 78, 2^e alinéa, RAI n'est ici pas applicable.

b. Celui qui prétend des prestations AI doit présenter une demande à la commission AI compétente sur une formule officielle (art. 46 LAI et 65 RAI). Pour que

la commission AI puisse examiner avec sûreté si l'assuré remplit les conditions d'assurance (art. 69 et suivants RAI) et ordonner les mesures de réadaptation appropriées (art. 60, 1^{er} al., lettre b, LAI), l'assuré doit s'annoncer aussi tôt que possible, dès qu'il a connaissance de l'état de fait ouvrant droit aux prestations. S'il dépose sa demande plus de six mois après la naissance du droit, la rente n'est allouée qu'à partir du mois dans lequel il a agi (art. 48, 2^e al., LAI). D'après la pratique suivie jusqu'ici, cette règle est aussi applicable, par analogie, à l'allocation pour impotent (ATFA 1962, p. 364), ainsi qu'aux mesures de réadaptation qui consistent en prestations en espèces. Par contre, les mesures de réadaptation qui peuvent être exécutées aussi bien par la commission AI que par l'assuré sont soumises, formellement, à la règle de l'article 78, 2^e alinéa, RAI. Dans un cas, le tribunal s'est demandé si l'octroi de moyens auxiliaires (art. 8, lettre d, LAI) était aussi régi par l'article 78, 2^e alinéa, RAI. A ce propos, on peut en effet se demander si une application directe de cette disposition est possible, car, en cas d'octroi d'un moyen auxiliaire, on ne peut guère parler de « l'application d'une mesure » (art. 78, 2^e al., RAI), la prestation principale consistant ici dans la mise en possession d'un objet. Cependant, l'application par analogie de cette prescription aux moyens auxiliaires s'impose en tout cas, parce que l'AI doit veiller à la remise de moyens auxiliaires d'un modèle adéquat (art. 21, 2^e al., LAI), ce qui suppose, en règle générale, que la commission AI les prescrit elle-même. Lorsque des motifs valables obligent l'assuré à se procurer un moyen auxiliaire avant le prononcé de la commission AI, l'AI n'en supporte les frais que si la demande a été déposée au plus tard six mois après l'acquisition, et s'il est établi que le moyen auxiliaire est adéquat. (Voir ATFA 1962, p. 342, où des amortissements annuels aux frais d'achat d'une voiture ont été exceptionnellement accordés, sans qu'il ait été porté atteinte au principe du droit à la remise d'un moyen auxiliaire). Si, par contre, l'assuré acquiert un moyen auxiliaire, sans motifs valables, avant que la commission se soit prononcée, les frais ne peuvent pas en être supportés par l'AI. Si, comme en l'espèce, il dépose sa demande plus de six mois après avoir fait l'acquisition de sa propre autorité, il est en tout cas déchu de son droit.

c. L'OFAS aimerait, dans le cas présent, que l'AI prenne en charge des amortissements dès le jour où l'assuré a déposé sa demande, bien que le droit soit prescrit selon l'article 78, 2^e alinéa, RAI; or, cette solution est non seulement contraire au principe ancré dans la loi, selon lequel il incombe à la commission AI de déterminer la nature et l'ampleur des mesures de réadaptation (art. 60, 1^{er} al., lettre b, LAI; ATFA 1963, p. 71, considérant 1), mais elle omet en même temps le caractère du droit aux moyens auxiliaires découlant de l'article 21 LAI et conduit à soustraire ces moyens à la réglementation de l'article 78, 2^e alinéa, RAI. On ne comprendrait pas alors comment on pourrait continuer à refuser d'allouer des contributions aux frais d'opérations annoncées tardivement; car la plupart de ces interventions — surtout chez les jeunes — réalisent leur but pendant une période bien plus longue que la remise d'une automobile ou d'une prothèse. Cependant, l'article 78, 2^e alinéa, RAI ne permet ni l'un ni l'autre, et le juge n'est pas autorisé à renverser cette règle (ATFA 1963, p. 219, considérant 2).

d. Devant cet état de fait, il n'est pas nécessaire d'examiner plus longuement si le montant des amortissements que prévoit l'OFAS est justifié. A ce propos, relevons seulement que l'automobile, acquise d'occasion par l'assuré en février 1963, avait déjà parcouru 80 000 km. en septembre de cette année. On ne connaît ni son âge, ni son état, ni la durée prévisible de son fonctionnement, si bien que l'octroi des amortissements proposés par l'OFAS ne serait guère possible, même si l'article 78, 2^e alinéa, RAI ne s'opposait pas déjà à la prise en charge rétroactive des frais.

e. La remarque de l'OFAS selon laquelle les assurés seraient amenés, en cas de rejet de leurs prétentions, à « vendre leur moyen auxiliaire pour pouvoir en prétendre un nouveau » ne change rien à la situation. En effet, une telle transaction ne pourrait se faire que dans les limites de la bonne foi, et un abus de droit ne pourrait établir la « nécessité » qu'exige l'article 21, 1^{er} alinéa, LAI; de plus, une telle solution serait, dans certaines circonstances, plus rationnelle que le financement d'un véhicule qui est pratiquement « fini ».

3. a. La décision litigieuse a refusé une « contribution aux frais » de l'automobile; l'assuré, dans ses actes de recours et d'appel, n'a demandé qu'un amortissement annuel. L'OFAS recommande en outre l'octroi d'une contribution forfaitaire aux frais de réparation. La caisse de compensation a approuvé cette demande. Comme c'est l'ensemble de la situation de fait qui est en cause (ATFA 1962, p. 345, considérant 1), il faut entrer en matière sur ce point également.

b. Appelé à se prononcer sur la prise en charge des frais de réparation selon l'article 16, 2^e alinéa, RAI, le TFA a statué qu'il était sans importance que le véhicule à moteur n'ait pas été remis par l'AI; seul était déterminant le fait qu'un tel véhicule aurait dû être accordé si l'assuré n'en possédait pas déjà un (ATFA 1961, p. 254, considérant 1). Ainsi, en l'espèce, la prise en charge des frais de réparation dans le cadre de l'article 78, 2^e alinéa, RAI (ATFA 1963, p. 69) ne serait pas exclue en soi. Cependant, à l'époque déterminante, l'assuré n'avait fourni aucune indication suffisante permettant de décider s'il valait la peine d'exécuter des réparations. De plus, à cette époque, il n'avait pas été démontré que de tels frais découlant « de l'usage normal » du véhicule (art. 16, 2^e al., RAI) fussent nécessaires, et encore moins dans quelle mesure les réparations étaient nécessitées « par l'utilisation du véhicule entre le domicile de l'assuré et son lieu de travail » (art. 16, 2^e al., RAI). Par conséquent, au moment déterminant, il n'existait aucun droit à la prise en charge des frais de réparation par l'AI.

Arrêt du TFA, du 30 avril 1965, en la cause K. S.

Article 78, 2^e alinéa, RAI. Cette disposition n'est pas applicable quand la mesure de réadaptation que doit accorder l'AI se limite à la prise en charge des frais supplémentaires, occasionnés par l'invalidité, d'une formation professionnelle initiale.

Articolo 78, capoverso 2, OAI. Questa disposizione non è applicabile quando il provvedimento d'integrazione che l'AI deve assegnare si limita all'assunzione delle spese suppletive di una prima formazione professionale cagionata dall'invalidità.

L'assuré, né en 1948, est aveugle de l'œil gauche par suite d'une infirmité congénitale. Il voit normalement de l'œil droit. Vivant chez ses parents, il se proposait primitivement de devenir laborant-chimiste, d'autant plus qu'il y avait été encouragé par des personnes compétentes. Cependant, aucune des entreprises auxquelles il s'adressa ne l'accepta comme apprenti. Il profita alors de l'occasion qui s'offrait de faire un apprentissage de trois ans comme laborant-physicien dans une ville assez éloignée de son domicile. Il commença cet apprentissage le 27 avril 1964 et loua d'abord une chambre à son lieu de travail. Depuis le 1^{er} juin 1964, il vit de nouveau chez ses parents et fait chaque jour les trajets en chemin de fer.

La commission AI requit un rapport médical et chargea l'office régional d'examiner le cas. L'office régional conclut, dans son rapport du 14 août 1964, que la formation professionnelle occasionnait à l'assuré, du fait de son invalidité, des frais supplémentaires de train s'élevant à 21 francs par mois, lesquels devaient être supportés par l'AI. Cependant, contrairement à cet avis, la commission AI décida, le 24 août 1964, de ne pas supporter ces frais supplémentaires « car cet apprentissage n'est pas nécessité par l'invalidité ». Ce prononcé fut notifié par décision du 11 septembre 1964.

Le père de l'assuré recourut contre cette décision, faisant valoir que son fils n'avait trouvé, dans les environs de son domicile, aucune entreprise qui acceptât de le former comme laborant-chimiste ou physicien. La commission cantonale de recours rejeta le recours le 18 décembre 1964. Elle alléguait que l'assuré aurait dû attendre le prononcé de la commission AI, car il n'y avait pas de motifs valables au sens de l'article 78, 2^e alinéa, RAI pouvant justifier l'entrée en apprentissage anticipée. En outre, il aurait « certainement » été possible de faire l'apprentissage de laborant-chimiste dans le canton du domicile ou dans ses environs immédiats. Par conséquent, les frais supplémentaires n'étaient pas nécessités par l'invalidité.

Le TFA a admis l'appel interjeté par le père de l'assuré pour les motifs suivants:

1. En vertu de l'article 16 LAI, l'assuré qui n'a pas encore eu d'activité lucrative et à qui sa formation professionnelle initiale occasionne, du fait de son invalidité, des frais beaucoup plus élevés qu'à un non-invalide a droit au remboursement de ses frais supplémentaires si la formation répond à ses aptitudes. Le présent litige porte sur la question de savoir si l'AI doit rembourser les frais supplémentaires de train occasionnés par cette formation.

La commission cantonale de recours soutient qu'un droit éventuel selon l'article 78, 2^e alinéa, RAI est caduc. D'après cette disposition, l'assurance paie, « dans les limites de la décision de la caisse de compensation, les mesures de réadaptation préalablement déterminées par la commission. Elle prend en outre à sa charge 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 6 mois après le début de leur application. Ce délai ne court qu'à partir du moment où l'assuré a connaissance de l'état de fait ouvrant droit aux prestations ». Quant au point de savoir si l'article 78, 2^e alinéa, RAI est aussi applicable en principe aux demandes de contributions fondées sur l'article 16 LAI, voici ce que l'on peut répondre: « L'état de fait ouvrant droit aux prestations », au sens de la 3^e phrase de l'article 78, 2^e alinéa, RAI et de l'article 16 LAI, était, dans le cas présent, la formation professionnelle initiale, si l'invalidité entraînait des frais supplémentaires considérables. Il est clair que la seule question à trancher par la commission AI était de savoir si l'on se trouvait en présence d'un état de fait ouvrant droit aux prestations; mais la commission ne pouvait pas prendre des dispositions influençant cet état de fait. Dans ces conditions, la question de l'application de l'article 78, 2^e alinéa, RAI ne se posait pas du tout. D'après l'article 16 LAI, la mesure de réadaptation que doit prendre la commission AI se limite à la prise en charge des frais supplémentaires considérables entraînés par l'invalidité. L'article 78, 2^e alinéa, RAI a pour but d'empêcher qu'une décision incombant à l'AI ne soit prise par l'assuré sans motif valable. Il est par conséquent sans objet dans les cas où l'AI doit simplement se prononcer sur l'octroi de contributions, car de toute façon, l'assuré ou un tiers agissant à sa place ne peut prendre lui-même cette décision. Dans les cas de ce genre, il convient bien plutôt d'appliquer par analogie l'article 48, 2^e alinéa, LAI, en vertu duquel la rente n'est allouée qu'à partir du mois dans lequel l'assuré a déposé sa

demande, au cas où celui-ci agit plus de six mois après la naissance du droit à la rente. Comme l'assuré n'a commencé son apprentissage qu'environ 3 mois après s'être annoncé, aucun empêchement formel ne s'oppose à un droit éventuel fondé sur l'article 16 LAI.

2. L'autorité de première instance admet que l'appelant n'a pas été forcé par son invalidité d'embrasser la profession de laborant-physicien. Il aurait tout aussi bien pu, malgré sa cécité de l'œil gauche, commencer un apprentissage de laborant-chimiste. Dans le canton très industrialisé où il habite, il se serait certainement trouvé une telle place d'apprentissage.

Il ressort du dossier que l'assuré et l'office régional ont cherché en vain une place d'apprentissage auprès de différentes entreprises de l'industrie chimique. Partout la demande fut rejetée, sous prétexte que les borgnes ne peuvent en principe faire un apprentissage de laborant-chimiste.

Comme on ne peut exiger des assurés qu'un examen attentif, mais non exhaustif des possibilités de formation, il était évidemment raisonnable que, devant le résultat négatif de ces recherches, l'assuré saisît l'occasion qui se présentait de faire un apprentissage de laborant-physicien dans une maison connue, d'autant plus qu'il paraissait manifestement en avoir les aptitudes et que les frais supplémentaires qui en résultaient ne dépassaient pratiquement pas les frais de train. Ces frais causés par l'invalidité de l'assuré se montaient, selon le rapport de l'office régional, à 21 francs et, selon le mémoire d'appel, dès novembre 1964, à 23 francs par mois. Le montant minimum de 240 francs par an que prévoit l'article 5, 2^e alinéa, RAI est donc atteint.

RENTES

Arrêt du TFA, du 29 avril 1965, en la cause H. F.

Article 29, 1^{er} alinéa, LAI. Il n'y a pas d'invalidité permanente au sens de la première variante de cette disposition lorsque l'incapacité de travail est due à une affection valvulaire décompensée et à une maladie héréditaire de la peau avec cataracte, qui ne représentent pas une atteinte permanente, essentiellement stabilisée et irréversible, à la santé, et qui, même en tenant compte de mesures de réadaptation éventuelles, ne diminueront probablement pas la capacité de gain d'une manière durable. En revanche, reste réservé le droit éventuel à une rente en raison d'une maladie de longue durée, au sens de la deuxième variante de ladite disposition, après 360 jours d'incapacité totale de travail.

Articolo 29, capoverso 1, LAI. Non esiste invalidità permanente ai sensi della prima variante di questa disposizione quando l'incapacità al lavoro deriva da un vizio valvolare scompensato e da una malattia ereditaria della pelle con cataratta, che non rappresentano un danno permanente, del tutto stabilizzato ed irreversibile, alla salute, e che, pur tenendo conto di eventuali provvedimenti d'integrazione non diminuiranno probabilmente in modo duraturo la capacità al guadagno. Per contro, resta riservato l'eventuale

diritto ad una rendita per una malattia di lunga durata, ai sensi della seconda variante della citata disposizione, dopo 360 giorni d'incapacità totale al lavoro.

L'assurée, née en 1938, est malade depuis de nombreuses années. Elle souffre d'une affection décompensée de la valvule, d'un syndrome de Rothmund et de troubles de la vue. Après avoir travaillé pour un bureau, elle devint élève-infirmière le 1^{er} janvier 1962; son but était d'obtenir un diplôme d'infirmière après une année et demie d'apprentissage. Depuis le début d'août 1963, elle fut incapable de travailler. Dans son expertise du 27 novembre 1963, le médecin affirma que l'assurée souffrait d'une affection cardiaque qui s'était aggravée récemment et qu'en conséquence, elle ne devait pas se fatiguer. Elle ne pourrait plus exercer son activité d'infirmière, car cette profession dépassait ses forces, mais elle pourrait éventuellement effectuer plus tard un travail moins pénible.

L'office régional, dans son rapport du 8 janvier 1964, estima que la question de la réadaptation ne pouvait être résolue pour le moment à cause du mauvais état général de l'assurée, mais qu'il fallait examiner si l'on pourrait admettre, dès maintenant, une invalidité permanente de 50 pour cent au moins. La commission AI se persuada qu'il s'agissait d'un état pathologique labile et refusa le 22 janvier 1964, « pour le moment », l'octroi d'une rente. La commission cantonale de recours rejeta le 30 septembre 1964 le recours interjeté contre la décision conforme de la caisse, mais invita la commission AI à examiner s'il n'existait pas un droit à la rente depuis le 1^{er} août 1964. Tant l'assurée que la caisse de compensation firent appel contre ce jugement. Le TFA rejeta les deux appels pour les motifs suivants :

1. La question litigieuse, en l'espèce, est de savoir si et, le cas échéant, depuis quand l'assurée a droit à une rente. Cette question doit être résolue d'après les circonstances qui existaient le 22 janvier 1964, au moment où la commission AI a rendu le prononcé litigieux (ATFA 1964, page 128, considérant 2 = RCC 1964, page 402).

Selon l'article 28, 1^{er} alinéa, LAI, un droit à une rente entière existe lorsque l'assuré est invalide pour les deux tiers au moins (66 ⅔ pour cent). Si le taux d'invalidité se situe entre 50 et 66 ⅔ pour cent, seule une demi-rente est accordée. Si l'intéressé est dans une situation économique difficile et subit une incapacité de gain de deux cinquièmes au moins, une demi-rente peut également être allouée (ATFA 1962, p. 78, considérant 4 = RCC 1962, p. 291). Est invalide l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à sa santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, subit une incapacité de gain présumée permanente ou de longue durée (art. 4 LAI).

Aux termes de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, le droit à la rente prend naissance dès que l'assuré présente une incapacité permanente de gain de la moitié au moins (1^{re} variante) ou a été totalement incapable de travailler pendant 360 jours consécutifs et subit encore une incapacité de gain de la moitié au moins (2^e variante).

2. a. La caisse de compensation estime que « la jurisprudence du TFA au sujet de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI n'est pas satisfaisante ». Il y a donc lieu de rappeler brièvement ici et de commenter cette jurisprudence, cela d'autant plus que la caisse n'est pas au clair sur les motifs qui l'ont inspirée...

b. Selon l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI, le droit à la rente prend naissance de deux manières différentes. Ou bien il faut une incapacité présumée permanente de gain d'un degré suffisant pour ouvrir le droit à la rente, ou bien il faut qu'il y ait eu incapacité totale de travail pendant 360 jours consécutifs et que, par la suite, subsiste

une incapacité de gain justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité. (La question de la troisième possibilité qui ouvre le droit à une rente n'a pas besoin d'être discutée ici; cf. à ce sujet ATFA 1963, p. 300, considérant 3 = RCC 1964, p. 505, et l'arrêt du TFA du 31 mars 1964 en la cause M. F., RCC 1964, p. 507). La deuxième variante a été prévue par le législateur pour les maladies de longue durée (affections évolutives), car dans ces cas-là, on ne peut généralement savoir si et, le cas échéant, dans quelle mesure l'atteinte à la santé, due à l'affection, et l'incapacité de gain qui en résulte auront un caractère permanent. Le but de cette 2^e variante a été commenté comme suit dans le message du Conseil fédéral relatif au projet de loi sur l'AI (FF 1958, p. 1224):

« ... Dans ce dernier cas, l'assurance couvre donc les conséquences d'une maladie de longue durée. Nous nous sommes efforcés de tenir compte du caractère de durée de l'invalidité tout en évitant une solution de continuité entre indemnités journalières de l'assurance-maladie et rentes de l'AI. Nous fondant sur le rapport des experts, nous avons fixé à 360 jours consécutifs la durée minimum de la maladie. Certes, la rente d'invalidité ne remplacera pas dans tous les cas les prestations qui cessent d'être versées par l'assurance-maladie, car la durée de ces prestations n'est pas réglée d'une manière uniforme. Toutefois, dans de très nombreux cas, la liaison avec l'assurance-maladie pourra être réalisée. Il incombera à l'assurance-maladie de combler par des prestations complémentaires d'éventuelles lacunes. »

Cela signifie d'une part que, s'agissant de maladies aiguës, il faut d'abord examiner si la deuxième variante de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI est applicable et, d'autre part, qu'un état pathologique labile ne constitue, en règle générale, pas une invalidité au sens de l'article 4 LAI (cf. sur ce point l'arrêt du 10 février 1964 en la cause J. T., RCC 1964, p. 284). Ces principes valent également pour les maladies évolutives dues à un accident. Il est vrai que le message ne les mentionne pas expressément, mais l'affection provenant d'un accident ne se distingue pas notablement d'une maladie aiguë habituelle. Pour cette raison, ces deux formes d'affections doivent être traitées de la même manière du point de vue juridique. La situation est la même que dans l'application de l'article 12, 1^{er} alinéa, LAI, où il convient aussi de trouver une délimitation entre l'AI d'une part et l'assurance-maladie et accidents d'autre part (message relatif au projet de loi sur l'AI, FF 1958, p. 1200).

c. En revanche, la première variante de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI est applicable en principe aux cas dans lesquels — après disparition progressive de l'état pathologique labile — on constate une atteinte à la santé présumée permanente et, partant, une incapacité de gain durable (AFTA 1962, p. 248 = RCC 1963, p. 83). Cela étant, il convient de déterminer le taux d'incapacité de gain conformément à l'article 28, 2^e alinéa, LAI, c'est-à-dire que le revenu du travail que l'assuré pourrait obtenir une fois devenu invalide, 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. Comme l'expérience le montre, la question de la réadaptation optimum de l'assuré et celle du revenu qu'il peut obtenir comme invalide ne peuvent être résolues, en règle générale, que lorsque l'état de santé de l'assuré est devenu suffisamment stable. Le caractère de stabilité permet en outre une délimitation objective entre les cas qui doivent être examinés à la lumière de la première variante et ceux qui doivent l'être conformément à la deuxième. Un état de santé largement stabilisé (et, par conséquent, le degré d'incapacité de gain qui en

résulte, 66 % pour cent ou 50 pour cent au moins ou, dans les cas pénibles, 40 pour cent) est-il permanent ? On ne pourra l'admettre que lorsqu'il sera essentiellement irréversible. Selon la jurisprudence, aucun droit à la rente ne prend naissance en raison d'une invalidité permanente tant qu'on n'a pu constater, avec une vraisemblance prédominante, que l'atteinte à la santé est en bonne partie stabilisée et irréversible et qu'elle diminuera probablement, nonobstant l'application éventuelle de mesures de réadaptation, la capacité de gain d'une manière durable et suffisamment pour ouvrir droit à une rente. S'agissant d'assurés âgés, on admettra déjà une incapacité de gain permanente — qui suppose, là aussi, la stabilité de l'état de santé — lorsque l'atteinte à la santé apparaît dans son ensemble comme irréversible aussi longtemps que dure la période d'activité déterminante selon la LAI. Cette période prend fin avec le début du droit à une rente de vieillesse selon la LAVS, car les prestations de l'AI sont alors en principe remplacées par celles de l'AVS (ATFA 1964, p. 174, considérant 1 = RCC 1964, p. 508).

d. Cette réglementation n'empêche pas que si un cas doit être considéré d'abord du point de vue de la deuxième variante, il peut être examiné plus tard — peut-être déjà avant que ne se soient écoulés 360 jours — sous l'angle de la première variante, parce que l'état de l'assuré — par exemple après une embolie cérébrale ou un infarctus du myocarde — s'est fixé de telle manière qu'il a acquis la stabilité requise, en plus de son irréversibilité (arrêt du TFA, du 28 avril 1964, en la cause J. A., considérant 1; RCC 1964, p. 394). En revanche, l'application de la première variante est exclue lors de maladies conduisant, selon toute vraisemblance, rapidement et inéluctablement au décès (par exemple certaines affections cancéreuses), parce que, outre l'indispensable stabilité de l'état de santé, le caractère probable de longue durée fait défaut. Pour de telles maladies, la question de l'ouverture du droit à la rente doit être résolue selon la deuxième variante de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI. Si la condition des 360 jours ininterrompus d'incapacité totale de travail fait défaut, le cas est du ressort de l'assurance-maladie.

3. De l'application de ces principes, il résulte en l'espèce que jusqu'au moment déterminant, aucun droit à la rente n'avait pris naissance.

Comme il ressort du rapport médical et du procès-verbal de la commission AI, un état pathologique labile est apparu en août 1963. Le médecin décrit bien cet état comme susceptible d'aggravation; mais en même temps, il écrit qu'« un léger travail serait peut-être possible plus tard ». La caisse de compensation fait valoir maintenant, sur la base d'une déclaration de la mère de l'assurée, qu'il s'agit là d'une inadvertance et que le médecin savait que l'appelante ne pourrait plus jamais exercer une activité lucrative. Pourtant, il résulte du rapport médical du 27 novembre 1963 qu'il n'y eut, en fait, aucune inadvertance. En effet, le médecin écrit de sa propre main que l'assurée était « pour le moment » incapable de travailler; qu'on ne savait combien de temps durerait cet état; que, pour l'instant, l'assurée ne pouvait exercer aucune activité. Tout cela concorde pratiquement avec les déclarations que l'assurée a faites à l'office régional à fin décembre 1963 et selon lesquelles, de l'avis du médecin, « elle ne pouvait songer à reprendre quelque activité avant l'été 1964 ». L'office régional, vu cet état de fait, acquit la conviction qu'on ne pouvait prévoir « actuellement » des mesures de réadaptation et que « si l'état de santé s'améliorait, il y aurait lieu d'envisager une opération des yeux ».

Comme l'affection de l'appelante n'était pas, au moment déterminant, suffisamment stabilisée, ni selon toute vraisemblance irréversible, la question de la réadaptation ne put être examinée. Une invalidité permanente de la moitié au moins (ou de 40 pour cent dans les cas pénibles) n'était, dans ces circonstances, pas prévisible

avec une vraisemblance prépondérante. Le cas devait être examiné conformément à la deuxième variante de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI. Comme l'incapacité de travail n'avait pas encore duré 360 jours le 22 janvier 1964, aucun droit à la rente n'avait pris naissance.

4. Les appels ne sont ainsi pas fondés. En revanche, le dossier est renvoyé à la commission AI pour examen de l'évolution subséquente. La commission — sur la base d'un nouveau rapport médical — examinera avant tout si l'incapacité de travail a duré plus de 360 jours consécutifs, comme l'assurée le prétend dans son appel, et si, à un certain moment — éventuellement déjà avant le 1^{er} août 1964 — une incapacité de gain permanente au sens de la première variante de l'article 29, 1^{er} alinéa, LAI était prévisible. En outre, comme le propose justement la caisse de compensation, il conviendrait d'examiner également si l'on a affaire, ici, à un cas pénible.

PROCÉDURE

*Arrêt du TFA, du 18 août 1965, en la cause C. B.*¹

Articles 48 LAI et 78, 2^e alinéa, RAI. L'article 78, 2^e alinéa, RAI n'est pas applicable aux mesures de réadaptation allouées exclusivement sous la forme de contributions; en pareil cas, l'article 48 LAI s'applique par analogie. Confirmation de la jurisprudence. (Considérant 2 a et b.)

Articles 20 et 46 LAI; article 77, 1^{er} alinéa, RAI. Le fait qu'un mineur inapte à recevoir une instruction est déplacé d'un établissement dans un autre ne touche en rien les droits à des prestations de l'AI qu'il a fait valoir en temps utile. En pareil cas, aucune nouvelle demande n'est donc nécessaire, ni même un avis au sens de l'article 77, 1^{er} alinéa, RAI. (Considérant 2 c.)

Articoli 48 LAI e 78, capoverso 2, OAI. L'articolo 78, capoverso 2, OAI non è applicabile ai provvedimenti d'integrazione assegnati in forma di sussidi; in tal caso, l'articolo 48 LAI è applicabile per analogia. Conferma della giurisprudenza. (Considerando 2 a e b.)

Articoli 20 e 46 LAI; articolo 77, capoverso 1, OAI. Il fatto che un minore inetto a ricevere un'istruzione sia trasferito da un istituto all'altro non influisce affatto sul diritto alle prestazioni dell'AI esercitato in tempo utile. In tal caso, non è dunque necessario presentare una nuova richiesta e neppure farne comunicazione ai sensi dell'articolo 77, capoverso 1, OAI. (Considerando 2 c.)

L'assurée, née en 1955, souffre depuis sa naissance d'idiotie mongoloïde. Elle est inapte à recevoir une instruction et totalement impotente. En avril 1960, le tuteur d'office fit valoir les droits de l'assurée à des prestations de l'AI, alors qu'elle séjournait dans un home d'enfants. La commission AI décida le 11 juillet 1960 d'allouer

¹ Publié en allemand dans la ZAK de novembre, page 512.

une contribution aux frais de pension de 3 francs par jour « du 1^{er} janvier 1960 jusqu'à la majorité de l'assurée, ou jusqu'au moment où celle-ci quitterait le home ». Ce prononcé fut notifié par décision de la caisse de compensation du 29 juillet 1960.

Le 10 janvier 1961, l'assurée dut être déplacée dans un autre home d'enfants, car on ne pouvait plus la supporter dans le premier. La commission AI eut connaissance de ce fait le 26 novembre 1964 seulement, lorsque le nouveau tuteur d'office annonça qu'on avait manifestement oublié d'annoncer le changement survenu, raison pour laquelle aucune contribution n'avait plus été versée. Le tuteur réclama le paiement de la contribution avec effet rétroactif au 10 janvier 1961. Par prononcé du 7 décembre 1964, la commission AI alloua à l'assurée une contribution de 3 francs par jour aux frais de pension à partir du 25 novembre 1964, ce qui fut notifié au tuteur d'office par décision du 17 décembre 1964.

Le tuteur ayant recouru, l'autorité de recours décida le 26 février 1965 que, pour la période du 10 janvier 1961 au 25 novembre 1964, la contribution ne pouvait plus être versée, parce que le changement de home n'avait pas été annoncé à temps au sens de l'article 78, 2^e alinéa, RAI.

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

1. Le point litigieux est de savoir si l'AI doit payer la contribution journalière de 3 francs aux frais de pension également pour la période du 10 janvier 1961 au 25 novembre 1964. Cette question doit être tranchée quant au fond conformément à l'article 20 LAI et à l'article 13 RAI. En vertu de ces dispositions, un mineur inapte à recevoir une instruction, qui doit être placé dans un établissement à cause de son invalidité, se voit allouer une contribution de 3 francs par jour. On ne conteste pas, à juste titre, que les conditions requises pour l'octroi d'une contribution — minorité, inaptitude à recevoir une instruction, séjour dans un établissement à cause de l'invalidité — étaient remplies dès le 1^{er} janvier 1960. Il s'agit simplement de savoir si le droit à la contribution est périmé ou non pour la période en question.

2. a. Celui qui veut exercer son droit aux prestations de l'AI doit présenter sa demande sur une formule officielle à la commission AI compétente (art. 46 LAI et 65 RAI). Afin que la commission AI soit en mesure d'établir de façon sûre si les conditions requises pour le droit aux prestations sont remplies (art. 69 et suivants RAI) et de déterminer les mesures de réadaptation en toute objectivité (art. 60, 1^{er} al., lettre b, LAI), l'assuré doit faire valoir son droit aussitôt qu'il a eu connaissance de l'état de fait ouvrant droit aux prestations. S'il exerce son droit à la rente plus de six mois après la naissance du droit, la rente n'est allouée qu'à partir du mois où l'assuré a agi (art. 48, 2^e al., LAI). Selon la jurisprudence, cette disposition est aussi applicable par analogie aux allocations pour impotents (ATFA 1962, p. 364 — RCC 1963, p. 177) et aux mesures de réadaptation qui sont allouées sous forme de contributions. En revanche, les mesures de réadaptation dont l'exécution peut être entreprise tant sur l'ordre de la commission AI que sur l'initiative de l'assuré sont soumises quant à la forme à l'article 78, 2^e alinéa, RAI.

b. Comme les prestations litigieuses sont allouées sous forme de contributions, il faut examiner à la lumière de l'article 48 LAI si le droit aux prestations est en partie périmé.

c. En vertu de l'article 48, 2^e alinéa, LAI, le droit à la rente doit être exercé dans les six mois à partir de la naissance de ce droit si l'assuré tient à recevoir la prestation complète. Une nouvelle demande ne doit être présentée que s'il se produit un changement important pouvant avoir des répercussions sur le droit aux

prestations (art. 77, 1^{er} al., RAI). Il faut examiner si le changement d'établissement modifie de façon sensible le droit à la contribution aux frais de pension au sens de l'article 20, 1^{er} alinéa, LAI.

La contribution aux frais de pension est allouée en vertu de l'article 20, 1^{er} alinéa, LAI lorsque l'assuré est mineur, inapte à recevoir une instruction et doit être placé dans un établissement à cause de son invalidité. La dernière de ces conditions, c'est-à-dire le placement dans un établissement à cause de l'invalidité, a elle aussi toujours existé en l'espèce. Le changement de home et les raisons qui l'ont provoqué n'ont porté atteinte ni au fondement, ni à l'étendue du droit de l'assurée, droit que l'on a fait valoir en temps utile. C'est pourquoi aucun avis au sens de l'article 77, 1^{er} alinéa, RAI — et à plus forte raison aucune nouvelle demande — n'étaient nécessaires, quoiqu'il eût été opportun, du point de vue administratif, de signaler immédiatement le changement de home, ce que le tuteur d'office reconnaît d'ailleurs. Le fait que ce changement n'a pas été annoncé dans un délai de 6 mois ne pouvait par conséquent pas modifier le droit de l'assurée. Ce droit ne se serait éteint qu'au bout de 5 ans (art. 48, 1^{er} al., LAI); comme le délai en question n'est pas encore écoulé, le droit au paiement des contributions litigieuses avec effet rétroactif au 10 janvier 1961 subsiste. Le fait que la caisse de compensation a, dans sa décision du 29 juillet 1960, fixé comme terme du délai soit le moment où l'assurée atteindrait sa majorité, soit la date à laquelle elle quitterait le home, ne change rien à la situation et n'a pas modifié non plus le droit aux prestations. La décision ne portait certes que sur une partie de ce droit en cas de changement de home; mais la caisse de compensation commettrait une erreur en estimant qu'un nouveau droit est né par suite du changement de home parce que la direction du deuxième home pourrait maintenant prétendre la contribution aux frais de pension. Même si l'on admettait que la direction du deuxième home est un « tiers » au sens de l'article 76, 1^{er} alinéa, RAVS, elle n'aurait pas droit à une contribution aux frais de pension, en vertu de l'article 20, 1^{er} alinéa, LAI, mais pourrait uniquement exiger le versement de ladite contribution, conformément à l'article 76, 1^{er} alinéa, RAVS (RCC 1964, p. 172, considérant 2).

Table des matières pour l'année 1965

A. L'ASSURANCE-VIEILLESSE ET SURVIVANTS

Généralités	Pages
Les comptes d'exploitation 1964 de l'AVS	290
Liste des textes législatifs et des instructions de l'OFAS en matière d'AVS	303
La modification du règlement d'exécution de la loi sur l'AVS au 1 ^{er} janvier 1966	489
Les personnes assurées	
Regards sur l'assurance facultative des Suisses à l'étranger	171
Jurisprudence	33, 401
Les cotisations	
<i>Salariés</i>	
Cadeaux pour ancienneté de service; primes de fidélité	219
Listes de paie CNA et décomptes AVS	351
Les « poseurs de verre » et l'AVS	499
Jurisprudence	36, 223, 268, 463, 507, 509
<i>Indépendants</i>	
Jurisprudence	36, 223, 268, 463
<i>Personnes sans activité lucrative</i>	
Jurisprudence	93
<i>Perception</i>	
Jurisprudence	406
Les rentes	
<i>Généralités et droit aux rentes</i>	
Le droit de la femme divorcée à des rentes complémentaires simples pour enfants	219
Les causes de mutation dans l'AVS et l'AI	252
Les effets du mariage sur le droit à la rente d'orphelin et à la rente complémentaire pour enfant	342
Jurisprudence	271, 321, 356, 358, 360, 409, 465, 511

	Pages
<i>Rentes ordinaires</i>	
Jurisprudence	411
<i>Rentes extraordinaires</i>	
Jurisprudence	184, 272
<i>Remboursement des cotisations</i>	
Remboursement des cotisations AVS aux étrangers et aux apatrides	314
Jurisprudence	271, 321
<i>Fixation de la rente</i>	
L'adaptation des rentes revenant aux ressortissants suisses rentrés d'Argentine	90
Jurisprudence	411
<i>Versement de la rente</i>	
Versement de la rente aux adresses « case postale » ou « poste restante »	17
Le paiement rétroactif de rentes de vieillesse pour couple	315
<i>Restitution</i>	
Jurisprudence	360

L'organisation

Les 25 ans des caisses de compensation	66
Transmission des charges lors d'un changement de gérant	90
A propos de l'histoire des caisses de compensation	118
La nouvelle circulaire sur l'obligation de garder le secret et la communication des dossiers	126
La formation du numéro d'assuré	140
Extraits du CIC délivrés à des tiers	141
La création et la transformation de caisses de compensation professionnelles	170
Informations publiées par les caisses de compensation	178
La communication des rapports de contrôle aux employeurs	261
Listes de paie CNA et décomptes AVS	351
L'utilisation du numéro d'assuré en dehors de l'administration AVS	384
Le numéro de contrôle servant à compléter le numéro d'assuré	493
Caisses professionnelles de compensation : création, transformation, droit de représentation	505

La procédure et le contentieux

Les appels de l'OFAS au TFA	180
Extraits du rapport du TFA sur sa gestion pendant l'année 1964	298
Jurisprudence	95, 225, 281, 480

Divers

Chronique mensuelle	1, 65, 117, 165, 243, 289, 290, 379, 435, 436, 483
Bibliographie	19, 457

<i>Interventions parlementaires:</i>	Pages
Initiative populaire de l'AVIVO	354
Initiative Dafflon du 6 octobre 1965	459
Initiative populaire du « Beobachter »	459
Informations	19, 26, 92, 145, 399

B. L'ASSURANCE-INVALIDITÉ

Généralités

Les cinq ans de l'AI	204
Les comptes d'exploitation 1964 de l'AI	290
Liste des textes législatifs et des instructions de l'OFAS en matière d'AI	303

Les prestations

Généralités et conditions d'assurance

AI et caisses-maladie	220
Jurisprudence	38, 148, 323, 362, 376

Réadaptation en général

Un facteur de la réadaptation : l'attitude psychologique de l'assuré	6
La statistique des mesures de réadaptation 1964	452
Jurisprudence	189, 228, 467

Mesures médicales en général

Le traitement des paralysies et des séquelles de paralysie	347
Physiothérapie	353
Jurisprudence	97, 186, 274, 330, 363, 413, 415, 470, 513

Mesures médicales pour des infirmités congénitales

La césarienne et l'AI	4
Infirmités congénitales : Droit des assurés majeurs aux mesures médicales	18
Strabismus concomitans	178
La nouvelle ordonnance concernant les infirmités congénitales	386
Cas exceptionnels de strabisme concomitant	500
Oligophrénie congénitale; traitement du comportement éréthique et apathique	500
Jurisprudence	40, 191, 276, 281, 415, 515, 519

Mesures d'ordre professionnel

Jurisprudence	99, 101, 150, 193, 278, 418, 421
-------------------------	----------------------------------

Formation scolaire spéciale; mesures en faveur des mineurs inaptes

Le personnel éducateur et enseignant dans les écoles spéciales	86
Le traitement et l'instruction des enfants infirmes moteurs cérébraux	175
Mesures de réadaptation en faveur d'enfants invalides à l'âge préscolaire	216
La reconnaissance des écoles spéciales	244
Jurisprudence	195, 231, 328, 415

	Pages
<i>Moyens auxiliaires</i>	
Nouvelle procédure de remise des appareils acoustiques	141
Importation de moyens auxiliaires dans le territoire douanier de la République fédérale d'Allemagne	221
Offices de vente d'appareils acoustiques	316
Enfants durs d'oreille	398
L'équipement de véhicules à moteur au moyen de pneus ou de chaînes à neige	456
Véhicules à moteur: Remplacement de véhicules qui ont été acquis sans l'aide financière de l'AI	501
Jurisprudence	152, 279, 326, 366, 423, 425, 520, 522

Indemnités journalières

Rente et indemnité journalière de l'AI	2
Indemnités journalières, organe compétent pour leur octroi	501
Jurisprudence	284, 330, 429

Rentes et évaluation de l'invalidité

Rente et indemnité journalière de l'AI	2
Les causes de mutation dans l'AI	252
Toxicomanies et rentes d'invalidité; l'application de l'art. 7 LAI. Le point de vue du médecin	440
Jurisprudence: Droit à la rente	41, 42, 47, 48, 49, 52, 106, 107, 109, 158, 199, 237, 286, 333, 368, 431, 472, 527
Evaluation et définition de l'invalidité	103, 155, 157, 161, 197, 370, 373

Allocations pour impotents

Jurisprudence	335
-------------------------	-----

L'organisation et la procédure

Organisation

Le contrôle des présences et le plan comptable des écoles spéciales et des centres de réadaptation	5
La collaboration de l'AI avec les services sociaux de l'aide aux invalides	89
Liste des services sociaux qui travaillent pour l'AI	122
L'appel aux services sociaux de l'aide aux invalides en 1964	217
La communication de prononcés de commissions AI aux médecins	220
La communication de renseignements aux caisses-maladie	450
La divulgation de renseignements médicaux dans les prononcés des commissions AI et les décisions des caisses	456
Les rapports annuels des caisses de compensation, des commissions AI et des offices régionaux AI pour 1964	495
La communication du dossier médical au médecin d'un centre de réadaptation	502

Remboursement des frais

L'examen des factures en cas de changement de commission AI	143
Les bons de voyage dans l'AI en 1964	297
Mesures médicales; remboursement des prestations des médecins ne reconnaissant pas les conventions de l'AI	315

Interventions parlementaires :

Pages

Question écrite Genoud, du 22 septembre 1965	459
Informations	28, 183, 264, 267, 460, 506

D. L'AIDE COMPLÉMENTAIRE À LA VIEILLESSE, AUX SURVIVANTS ET AUX INVALIDES

Les compléments cantonaux aux rentes de l'AVS/AI en Argovie	28
L'aide complémentaire dans le canton d'Uri	28
L'aide complémentaire à la vieillesse, aux survivants et aux invalides dans le canton de Zoug	28
L'aide aux vieillards, survivants et invalides dans le canton de Berne	264
L'aide aux vieillards, survivants et invalides dans le canton de Bâle-Ville	264

E. LES ALLOCATIONS AUX MILITAIRES POUR PERTE DE GAIN

Les 25 ans des caisses de compensation	66
Les comptes d'exploitation 1964 du régime des APG	290
Liste des textes législatifs et des instructions de l'OFAS en matière d'APG	303
Chronique mensuelle	203
Bibliographie	19
Jurisprudence	61

F. LES ALLOCATIONS FAMILIALES

Le statut des salariés étrangers dans les lois cantonales sur les allocations fami- liales	9, 127
La loi du canton d'Appenzell Rh.-Ext. sur les allocations pour enfants aux salariés	259
Chronique mensuelle	289, 435

Interventions parlementaires :

Question Diethelm du 2 mars 1965	263
--	-----

Informations :

	Pages
Appenzell Rh.-Ext.	222, 460
Appenzell Rh.-Int.	264
Argovie	27
Bâle-Campagne	27, 182
Bâle-Ville	182
Berne	27, 354
Fribourg	27, 145, 265
Lucerne	319
Neuchâtel	146, 266
Schaffhouse	354, 505
Schwyz	27
Thurgovie	146
Uri	461
Vaud	354
Lois cantonales	182
Jurisprudence	240, 337

G. LES CONVENTIONS SUR LES ASSURANCES SOCIALES
ET LES ASSURANCES ÉTRANGÈRES

L'assurance-pensions en Autriche	246
Le domicile considéré en tant que condition du droit aux prestations selon la convention italo-suisse sur la sécurité sociale	294
Liste des conventions internationales en matière d'AVS/AI	303
La prise en compte par les assurances-pensions étrangères des périodes de cotisations accomplies dans l'AVS	497
Chronique mensuelle	1, 117, 289, 341, 379, 380, 483

H. DIVERS

Commission fédérale de l'AVS/AI	19, 92
Fonds de compensation AVS	22, 145, 399
L'adaptation de l'argent de poche des assistés bénéficiaires de rentes AVS et AI	173
Fin d'année	485
Bibliographie	19, 181, 221, 317, 458
Catalogue des imprimés	29, 147, 266, 399
Répertoire d'adresses	32, 92, 147, 266, 319, 355, 461, 506
Nouvelles personnelles	32, 92, 319, 355, 400, 462, 506
Diverses informations	29
† A. Frey	92
† Walter Stampfli, ancien conseiller fédéral	436
† E. Bertrand	462