

BGE 110 V 164

Bundesgericht (BGE), 1984-01-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_BGE_110_V_164

FR: ATF 110 V 164

IT: DTF 110 V 164

Regeste

Regeste Art. 14 IVG, Art. 5 VwVG. Beanstandet ein Versicherter die Bemessung des Barbetrages, der ihm zurückvergütet wird nach Durchführung einer medizinischen Massnahme - die aufgrund einer in Rechtskraft erwachsenen früheren Verfügung zugesprochen worden ist -, so hat die Ausgleichskasse eine neue beschwerdefähige Verfügung zu erlassen. Der Versicherte, der eine solche Verfügung erhalten will, muss jedoch innert einer angemessenen Überprüfungs- und Überlegungsfrist kundtun, dass er mit der von der Kasse vorgeschlagenen Erledigungsart nicht einverstanden ist (analoge Anwendung der bezüglich des Art. 30 KUVG entwickelten Grundsätze).

Regeste Art. 14 LAI, art. 5 PA. Lorsqu'un assuré conteste la détermination du montant en espèces qui lui est remboursé après l'exécution d'une mesure médicale - laquelle a été accordée en vertu d'une décision antérieure passée en force - il appartient à la caisse de compensation de rendre une nouvelle décision, sujette à recours. L'assuré qui entend obtenir une telle décision doit toutefois manifester son désaccord avec le mode de règlement proposé par la caisse dans un délai d'examen et de réflexion convenable (application par analogie des principes développés à propos de l'art. 30 LAMA).

Regesto Art. 14 LAI, art. 5 PA. Quando un assicurato contesta la determinazione dell'importo di denaro che gli è rimborsato dopo l'esecuzione di un provvedimento sanitario accordato in virtù di una precedente decisione cresciuta in giudicato, la cassa deve rendere una nuova decisione impugnabile. L'assicurato che intende ottenere tale decisione deve in ogni modo manifestare il suo disaccordo nei confronti del modo di liquidazione adottato dalla cassa entro un termine adeguato di esame e riflessione (applicazione per analogia dei principi derivati dall'art. 30 LAMI).

Erwägungen

E. 1

(Voir ATF 109 V 120 consid. 1, ATF 105 V 94 consid. 1.) BGE 110 V 164 S. 167

E. 2

a) Les premiers juges ont retenu que Marcel Clot s'en prenait uniquement au "système de liquidation financière du cas" et ont déclaré son recours irrecevable, pour le motif que "de simples décomptes ne sont pas des décisions sujettes à recours, parce que les positions d'un décompte proviennent généralement d'anciennes décisions déjà passées en force". Le tribunal cantonal ajoute que, dans la mesure où il viserait la décision du 22 décembre 1978, le recours devrait de toute manière être considéré comme tardif, du fait qu'il n'a été interjeté que le 23 août 1979. Ainsi formulée, cette argumentation n'est pas soutenable. En effet, les décisions du 22 décembre 1978 et du 3 août 1979, par lesquelles la caisse de compensation a accordé des mesures médicales au recourant, ne contenaient aucune indication en ce qui

concerne le montant des frais qui serait pris en charge ultérieurement par l'assurance-invalidité; tout au plus se réfèrent-elles à une "convention tarifaire". Or, Marcel Clot n'avait vraisemblablement pas connaissance des dispositions contenues dans une telle convention, laquelle ne concerne d'ailleurs que les relations juridiques qui se nouent entre l'assurance et l'agent d'exécution désigné par celle-ci (ATF 100 V 180). C'est dire que, dans des cas de ce genre, la détermination du montant des prestations accordées par l'assurance touche les droits et obligations de l'assuré et, par conséquent, influe sur sa situation juridique; une telle mesure doit donc, contrairement à l'opinion de la juridiction cantonale, être considérée comme une décision susceptible de recours au sens de l' art. 5 PA . Le fait qu'une caisse de compensation rend - alors qu'elle a déjà statué sur l'octroi d'une mesure médicale - une nouvelle décision sujette à recours, qui se rapporte uniquement au remboursement des frais occasionnés par l'exécution de cette mesure, n'a au demeurant rien d'inhabituel et la jurisprudence n'a jamais remis en cause cette manière de procéder (v. p.ex. ATFA 1966 p. 114, 1965 p. 169; arrêt non publié Chaperon, du 10 mars 1975). A cet égard, l'autorité inférieure interprète de manière inexacte les arrêts parus dans la RCC 1976 p. 567 et 1970 p. 30, dans lesquels elle voit des précédents en faveur de sa thèse. S'il est vrai que dans ces arrêts, qui concernent d'ailleurs un autre domaine de l'assurance sociale, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que de simples décomptes de cotisations ne peuvent et ne doivent pas être communiqués sous la forme de décisions, c'est que, dans de semblables situations, le montant des cotisations dues par l'assuré a déjà été fixé dans une BGE 110 V 164 S. 168 décision antérieure, elle-même susceptible de recours. Les circonstances du cas d'espèce sont donc différentes. b) Pour autant, cela ne signifie pas qu'il faille admettre, lorsque des mesures médicales ont été accordées à un assuré et que les décomptes ou remboursements qui en sont résultés n'ont pas fait l'objet d'une décision formelle, que l'intéressé peut, en tout temps, requérir le prononcé d'une telle décision. Il faut bien plutôt, en pareille circonstance, s'inspirer des principes posés par la jurisprudence en matière d'assurance-maladie, à propos de l' art. 30 LAMA . A cet égard, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que l'on contreviendrait aux principes de l'équité et de la sécurité du droit si l'on considérait comme sans importance, du point de vue juridique, une renonciation - expresse ou tacite - à des prestations; savoir si l'on est en présence d'une telle renonciation doit être examiné de cas en cas; on peut toutefois attendre de l'assuré qui n'admet pas une certaine solution et entend voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours, qu'il fasse connaître son point de vue dans un délai d'examen et de réflexion convenable (RJAM 1981 No 464 p. 244 et les arrêts cités).

E. 3

a) Il ne fait pas de doute, en l'espèce, que le père du recourant a manifesté en temps utile, par sa lettre du 23 août 1979, son opposition à la manière dont l'assurance-invalidité entendait lui rembourser les frais de la seconde intervention subie par son fils. En effet, cette communication faisait immédiatement suite à la décision du 3 août 1979, par laquelle la caisse de compensation accordait, pour la deuxième fois, des mesures médicales à l'assuré, et à un échange de correspondance entre les parties au sujet du montant en espèces qui serait versé en exécution de cette décision. La caisse de compensation devait donc, au vu de ce qui a été dit plus haut, rendre une décision formelle pour confirmer son point de vue ou, éventuellement, transmettre le dossier à l'autorité cantonale de recours. Or, dans un premier temps, elle n'a rien fait de tel, sa réponse du 28 août 1979 ne pouvant à l'évidence être considérée comme une décision. Ce n'est qu'à la suite d'une nouvelle réclamation de Marcel Clot que l'administration a transmis l'affaire au tribunal cantonal. Saisi du cas,

celui-ci pouvait certes déclarer le recours irrecevable, d'entrée de cause, du fait qu'aucune décision n'avait été rendue en l'espèce, et inviter l'administration à statuer formellement sur le remboursement des frais litigieux. Il avait également la possibilité d'entrer en matière BGE 110 V 164 S. 169 sur le recours, pour des raisons d'économie de procédure, même en l'absence de décision de la caisse de compensation (voir par exemple RJAM 1982 No 481 p. 74 consid. 1, No 516 p. 301 consid. 1). Mais il n'était pas fondé à "écarter préjudiciellement" le recours et à priver en outre Marcel Clot de toute faculté de soumettre le litige au contrôle du juge. b) La situation est moins claire, en revanche, en ce qui concerne la première opération subie par le recourant. En effet, la caisse de compensation a adressé à Marcel Clot, au mois de mars 1979, un décompte de la somme qu'elle entendait lui verser du chef de cette intervention et le remboursement correspondant a été effectué au mois d'avril suivant. Or, ce n'est qu'au cours de la procédure cantonale que le père de l'assuré a remis en cause ce mode de règlement. On peut dès lors se demander, dans ce cas, s'il ne s'est pas écoulé une période qui excède un temps d'examen et de réflexion convenable au sens de la jurisprudence précitée. Il n'est toutefois pas nécessaire de trancher cette question au stade actuel de la procédure. Le Tribunal fédéral des assurances ne saurait, ainsi qu'on l'a vu, se prononcer sur le fond du litige. Il convient donc de renvoyer le dossier au tribunal cantonal pour qu'il statue, en tout cas, sur l'étendue des prestations dues par l'assurance-invalidité pour la seconde des opérations litigieuses. A cet égard, il serait contraire au principe d'économie de la procédure d'inviter maintenant la caisse intimée à rendre une décision formelle et cela d'autant plus que les premiers juges ont instruit la cause au fond. La juridiction cantonale se prononcera donc, également, sur le point de savoir si Marcel Clot a manifesté en temps utile son désaccord avec le règlement des frais consécutifs au premier séjour de l'assuré à l'hôpital. Ainsi, les parties - à qui une telle faculté devra être offerte - pourront être entendues à ce sujet. S'il admet d'entrer en matière en ce qui concerne la première hospitalisation, le tribunal examinera alors l'ensemble du litige que Marcel Clot entendait lui soumettre. Dispositiv

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.