

BGer I_81/2006 vom 8. Juni 2006

Bundesgericht, 2006-06-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_I_81_2006

FR: TF I_81/2006 du 8 juin 2006

IT: TF I_81/2006 del 8 giugno 2006

Erwägungen

E. 1

La question est de savoir si l'intimée a droit à la prise en charge par l'assurance-invalidité des opérations de la cataracte qu'elle a subies. Bien que la décision sur opposition ne mentionne pas l'intervention du mois de février 2002 (mais seulement celles subies en novembre 2000 et janvier 2001), le premier juge a considéré, à juste titre, que cette intervention faisait également partie de l'objet du litige, l'assurée en ayant expressément requis la prise en charge dans sa demande de prestations du 21 novembre 2003.

E. 2

Selon l'art. 48 al. 2 première phrase LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), « si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande ». Depuis le 1er janvier 2003, l'art. 48 al. 2 LAI a la teneur suivante : « Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande ». Cette disposition est applicable non seulement aux prestations périodiques (par exemple les rentes) mais également aux prestations uniques comme les moyens auxiliaires ou, comme en l'espèce, des mesures médicales (RCC 1989 p. 48; arrêt E. du 1er décembre 2004 consid. 3.1, I 671/03, résumé dans HAVE/REAS 2005 p 57; arrêt non publié R. et M. du 27 décembre 1999, I 398/99, consid. 2).

D'autre part, selon l'art. 46 LAI (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), pour exercer son droit aux prestations, l'assuré doit présenter une demande auprès de l'office de l'assurance-invalidité compétent; il appartient au Conseil fédéral de régler la procédure. Cette demande doit être présentée sur une formule officielle (art. 65 al. 1 RAI). Cependant, lorsque l'assuré fait valoir son droit par un acte écrit qui ne répond pas à cette exigence formelle, l'assurance doit lui envoyer une formule adéquate en l'invitant à la remplir dans un délai donné (ATF 103 V 70; RCC 1989 p. 49 consid. 2, 1984 p. 420 consid. 1, 1970 p. 478 consid. 3a; voir aussi : Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 46; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurich 1999, p. 182 sv., ch. 394; Urs-Viktor Ineichen, Der Rechtsanspruch auf Eingliederungsmassnahmen nach schweizerischem Invalidensicherungsrecht, thèse Fribourg, Winterthour, 1966, p. 87). Le principe de la bonne foi, applicable dans les relations entre les assurés et l'administration, veut en effet que celle-ci ne reste pas passive devant une demande qui ne satisfait pas aux exigences (Blanc, ibidem).

E. 3

Le premier juge considère que l'assurée a déposé le 3 octobre 2000 une première demande de prestations qui ne satisfaisait certes pas aux conditions de forme requises. Cependant, en déposant le 21 novembre 2003 une demande en bonne et due forme, elle a fait rétroagir au 3 octobre 2000 les effets de cette nouvelle demande. Par conséquent, l'art. 48 al. 2 LAI ne saurait être opposé à l'assurée.

Selon le recourant et l'OFAS, la jurisprudence précitée doit être comprise dans ce sens qu'une demande sur la formule officielle ne rétroagit à la date d'une requête précédente par simple lettre que si elle est présentée dans le délai (en l'espèce 30 jours) imparti à l'assuré pour remédier au vice de forme. L'OFAS invoque à ce propos le chiffre 1003 du supplément 1 à la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI), qui était valable en 2000, et qui est ainsi libellé : « La date de la remise d'une simple lettre ou d'une formule inappropriée vaut dépôt de la demande au sens de l'art. 48 al. 2 LAI pour autant que l'assuré respecte le délai supplémentaire » (à savoir le délai convenable qui est imparti à l'assuré pour le dépôt d'une demande en bonne et due forme conformément au chiffre 1002).

E. 4.1

Le point de vue du recourant et de l'autorité fédérale de surveillance doit être partagé. Comme pour d'autres irrégularités de procédure (voir par exemple les art. 108 al. 3 OJ et 61 let. b LPGA), la fixation d'un délai par l'office de l'assurance-invalidité a pour but de permettre au requérant de régulariser une informalité réparable (cf. Kieser, *ibidem*). La régularisation ne saurait toutefois intervenir en tout temps : le principe de la sécurité du droit commande qu'elle intervienne dans le délai imparti par l'administration pour que la date de l'arrivée de la première pièce soit considérée comme déterminante. C'est dans ce sens que doit être comprise la jurisprudence précitée, qui ne fait d'ailleurs que confirmer une pratique administrative de longue date, reproduite dans les directives susmentionnées (RCC 1970 p. 478 consid. 3a; au sujet de cette pratique administrative, voir Albert Granacher et al., *Leitfaden der Invalidenversicherung*, Berne 1962, p. 40).

Du reste, le Tribunal fédéral des assurances s'est déjà exprimé de manière explicite dans ce sens. C'est ainsi qu'il a jugé, en appliquant par analogie dans l'assurance-chômage la jurisprudence de l'arrêt publié dans la RCC 1970 p. 476 (précité), que la demande formelle devait intervenir sans retard après une demande de prestations par simple lettre pour que la date de cette demande informelle soit considérée comme déterminante (ATF 102 V 57 consid. 3 : «Meldet sich der Beitrittswillige mit formlosem Schreiben an, kommt er jedoch der Aufforderung der Kasse, sich rechtsgenüßlich anzumelden, unverzüglich nach, so sind die Rechtswirkungen der Anmeldung auf das erste Schreiben zurückzubeziehen»).

E. 4.2

Il est vrai, comme le souligne l'OFAS, que le chiffre 1004 du supplément 1 à la CPAI prévoyait que lorsque l'assuré ne donnait pas suite à l'injonction de déposer une formule dans un délai convenable, l'administration devait encore lui communiquer que sa demande ne pouvait pas être examinée, tant qu'elle ne serait pas présentée sur la formule officielle. Or, dans le cas particulier, rien au dossier n'indique que l'Office AI ait adressé à l'intimée une telle communication. En l'espèce toutefois, l'assurée - économiste de profession - devait se rendre compte, à la lecture de la lettre du 12 octobre 2000 de l'Office AI, que sa demande ne satisfaisait pas aux exigences requises et qu'une demande sur une formule officielle était nécessaire pour bénéficier éventuellement de prestations de l'assurance-invalidité. On doit admettre que cette omission n'est pas la cause de l'inaction de l'intimée pendant plus de trois

ans.

E. 5.1

L'intimée a allégué qu'elle avait souffert d'une symptomatologie dépressive apparue dans le courant de l'année 2000. Pendant longtemps, elle n'avait plus été en mesure de traiter correctement ses affaires administratives, en particulier, sa demande de remboursement de frais médicaux auprès de l'assurance-invalidité. A l'appui de ses allégués, elle a produit une attestation du docteur J._____, psychiatre-psychothérapeute, qui indique que l'intéressée était en traitement depuis le 3 mars 2003 pour une dépression apparue dans le courant de 2002 et qui a occasionné en 2003 plusieurs mois d'incapacité de travail. Selon le médecin, il y a tout lieu de penser que dès la fin de l'année 2002, la patiente a été limitée de façon importante dans sa capacité de gérer ses affaires, notamment pour effectuer des démarches administratives. Ce n'est qu'à l'automne 2003 que cette limitation a disparu (attestation du 30 janvier 2004).

E. 5.2

Conformément à l'art. 48 al. 2, deuxième phrase, LAI les prestations sont allouées pour une période antérieure à douze mois si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. Cette disposition n'est toutefois pas applicable en l'espèce. En effet, l'intimée avait conscience dès l'année 2000 déjà, de l'affection oculaire dont elle souffrait et du fait qu'elle pouvait éventuellement prétendre des prestations de l'assurance-invalidité.

Certes, cette disposition n'exclut pas par ailleurs une restitution de délai (ATF 102 V 112 ; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht], Zurich 1997, p. 284). L'intimée ne saurait toutefois s'en prévaloir. En effet, même si elle souffrait d'une symptomatologie dépressive (qui n'a d'ailleurs été traitée qu'à partir de 2003), cela ne suffit pas pour admettre qu'elle se soit trouvée du fait de sa maladie dans l'incapacité totale de déposer elle-même une demande de prestations ou d'en charger un tiers.

E. 6.1

Il suit de là que la demande de prestations était tardive au regard de l' art. 48 al. 2 LAI , pour des traitements subis en novembre 2000, janvier 2001 et février 2002 (comp. avec RCC 1989 p. 48), étant précisé que les effets juridiques de la demande présentée sous la forme d'une simple lettre le 3 octobre 2000 sont régis par le droit en vigueur à l'époque (cf. ATF 130 V 333 consid. 2.3, 425 consid. 1.1, 548 sv. consid. 2). Il n'y a pas lieu d'examiner s'il en irait différemment sous le régime de la LPGA (cf. art. 27 et 29 LPGA).

E. 6.2

Vu la nature du litige, la procédure est gratuite (art. 134 OJ).

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