

NE_GERICHTE TA.2009.259 vom 10. Februar 2010

NE Tribunal cantonal, 2010-02-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_TA.2009.259

FR: NE_GERICHTE TA.2009.259 du 10 février 2010

IT: NE_GERICHTE TA.2009.259 del 10 febbraio 2010

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 cons.1.2.1, p.446, 129 V 1 cons.1.2, p.4). Les prestations prétendues remontant, pour les premières, au mois de février 2007, le droit éventuel à les obtenir doit être examiné à la lumière des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

E. 3

Aux termes de l'article 48 LAI, abrogé avec effet au 1er janvier 2008 (RO 2007 5129, 5147), le droit à des prestations arriérées est régi par l'article 24 al.1 LPGA (al.1). Si l'assuré présente sa demande plus de 12 mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'article 24 al.1 LPGA, ne sont pas allouées pour les 12 mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestations et qu'il présente sa demande dans les 12 mois dès le moment où il en a eu connaissance (al.2).

E. 4

a) En principe, les prestations d'assurances sociales sont servies à la demande de l'ayant droit : celui qui ne s'annonce pas à l'assurance n'obtient pas de prestations, même si le droit à celles-ci découle directement de la loi (ATF 101 V 261 cons.2, p.265). Aussi, l'article 29 al.1 LPGA prévoit-il que celui qui fait valoir un droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite par l'assurance sociale concernée. Selon la jurisprudence, en s'annonçant à l'assurance-invalidité, l'assuré sauvegarde en règle générale tous ses droits à des prestations d'assurance, même s'il n'en précise pas la nature exacte, l'annonce comprenant toutes les prétentions qui, de bonne foi, sont liées à la survenance du risque annoncé. Cette règle ne vaut cependant pas pour les prestations qui n'ont aucun rapport avec les indications fournies par le requérant et à propos desquelles il n'existe au dossier aucun indice permettant de croire qu'elles pourraient entrer en considération. L'obligation de l'administration d'examiner le cas s'étend seulement aux prestations qui, sur le vu des faits et des pièces du dossier, peuvent entrer normalement en ligne de compte. Lorsque par la suite l'assuré fait valoir qu'il a encore droit à une autre prestation, il y a lieu d'examiner selon l'ensemble des circonstances du cas particulier, au regard du principe de la bonne foi, si l'imprécise annonce antérieure comprend également la prétention que l'assuré fait valoir ultérieurement (ATF 121 V 195 cons.2, p.196 et les références). L'annonce à

l'assureur social permet en principe de sauvegarder le délai de l'article 48 al.2 LAI. Toutefois, lorsque l'administration a manqué à son devoir d'instruction malgré une demande suffisamment précise de l'assuré, le paiement de prestations arriérées peut être soumis à un délai plus long. Lorsque l'assuré présente des demandes successives à l'assurance-invalidité, deux éventualités peuvent se présenter : - soit l'assuré a préservé tous ses droits par une première requête, en ce sens que l'administration devait examiner si le versement des prestations en cause entraînait éventuellement en ligne de compte; dans l'affirmative, les prestations arriérées peuvent être octroyées pour les 5 ans qui précèdent la demande ultérieure de l'assuré (art.24 al.1 LPGA); - soit l'administration n'était pas tenue de procéder à cet examen d'office et les prestations ne peuvent être allouées, conformément à l'article 48 al.2 1re phrase LAI, que pour les 12 mois précédant le dépôt de cette même demande (Arrêt du TF du 24.11.2008 [9C_92/2008] cons.3.3, 3.4 et les références).

E. 5

a) En l'espèce, la seule demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par les recourants, antérieurement à leur envoi à l'OAI des factures litigieuses, le 21 novembre 2008, est parvenue à cet office le 23 février 2007, quand bien même elle a été remplie le 4 décembre 2006. On relèvera toutefois que des rapports du médecin traitant et de la logopédiste de R., datés du 8 janvier et du 5 février 2007, ont été joints à cette demande. Celle-ci tendait très spécifiquement à une formation scolaire spéciale (traitement orthophonique individuel) et aucune autre rubrique n'a été cochée, en particulier pas celle consacrée aux mesures médicales. De plus, les rapports susindiqués ne mentionnaient d'aucune manière, même pas par allusion, les troubles posturaux justifiant l'acquisition pour l'enfant de lunettes à prismes. Dans ces circonstances, on ne saurait retenir que l'OAI aurait dû examiner d'office si d'autres prestations que celles visant une formation scolaire spéciale pouvaient entrer en ligne de compte. b) Selon la jurisprudence, l'article 48 al.2 2e phrase LAI ne concerne pas les cas où l'assuré connaissait son atteinte à la santé mais ignorait qu'elle pourrait donner droit à des prestations de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 112 cons.1a, p.113). Autrement dit "les faits donnant droit à des prestations (que) l'assuré ne pouvait pas connaître" sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 100 V 114 cons.2c, p.119 ss; RCC 1984, p.420 ss; Valterio, Droit et pratique de l'assurance-invalidité [Les prestations], p.305 ss). Une restitution de délai doit également être accordée si l'assuré justifie qu'il a été empêché d'agir pour cause de force majeure – par exemple en raison d'une maladie psychique entraînant une incapacité de discernement (ATF 108 V 226 cons.4, p.228 ss) – et qu'il présente une demande de prestations dans un délai raisonnable après la cessation de l'empêchement. Il faut encore qu'il s'agisse d'une impossibilité objective, s'étendant sur une période au cours de laquelle l'assuré se serait vraisemblablement annoncé à l'assurance-invalidité s'il avait pu, et non d'une difficulté ou d'un motif subjectif, comme celui d'ignorer son droit ou de mal concevoir ses intérêts (ATF 102 V 112 cons.2a, p.115). En l'espèce, de telles conditions ne sont manifestement pas remplies.

E. 6

a) L'article 27 LPGA prévoit que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al.1) et que chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations (al.2 1re phrase). Le but visé à l'article 27 al.2 LPGA est de permettre à la personne intéressée d'adopter un

comportement dont les effets juridiques cadrent avec les exigences posées par le législateur pour que se réalise le droit à la prestation (SVR 2007 EL no 7, p.15 cons.5.2.1). L'assureur doit ainsi rendre l'assuré attentif au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472). Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité (en l'espèce l'OAI) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'article 9 Cst.féd. (ATF 131 V 472 cons.5, p.480). D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 cons.6.1, p.636 ss et les références). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 cons.5, p.480).

E. 7

a) En l'espèce, les recourants prétendent qu'en 2007 et 2008 ils auraient téléphoné à répétition reprises à l'office afin de savoir de quelle manière les frais relatifs aux lunettes à prismes posturaux seraient pris en charge et qu'il leur aurait été répondu qu'en l'état du dossier il était inutile d'envoyer lesdites factures, qu'il fallait attendre la décision (recours, p.2). Selon l'office intimé, il est douteux que son secrétariat ait donné de tels renseignements puisque ce service ne connaît pas les conditions d'octroi de telles prestations (réponse, p.2-3). b) Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf disposition contraire de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de faits allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 cons.5b, p.360). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (ATF 120 V 194 cons.2, p.195 et les références; v. aussi ATF 130 I 180 cons.3.2, p.183). c) En l'espèce, s'il était avéré que les recourants ont interpellé l'office intimé avant d'acquiescer les lunettes en

cause, cela ferait remonter ce premier contact entre le 13 février 2007 (date de la prescription par le Dr T. d'un tel moyen de traitement) et le 22 février 2007 (date de la facture de l'opticien L.), soit pratiquement au moment où allait être déposée la demande tendant à des subsides pour une formation scolaire spéciale sous forme de traitement orthophonique individuel (demande enregistrée par l'OAI le 23.02.2007). La quasi-simultanéité de ces deux démarches expliquerait que l'on ait répondu aux recourants qu'il faudrait attendre une décision avant de produire des factures. Ce genre de renseignement, tout général et ne concernant pas le droit à des prestations spécifiques, pourrait avoir été donné par le secrétariat de l'OAI. Il n'est de loin pas exclu en effet qu'à une telle occasion seul ait été évoqué le dépôt d'une demande de prestations en raison de la dyslexie de R., sans autre précision sur l'objet de cette démarche. D'ailleurs, dans leur courrier du 21 novembre 2008 à l'office intimé, que celui-ci a traité comme une demande de prestations visant des mesures médicales, les recourants se sont limités à se référer à la dyslexie de leur enfant. Ces diverses circonstances font apparaître les allégations des recourants comme les plus vraisemblables. Les conditions énumérées plus haut pour que leur bonne foi soit protégée (cons.6a) sont manifestement remplies. Au demeurant, il ne fait guère de doute que, si les recourants avaient déposé une demande de prestations spécifique en temps utile, leur droit eût été reconnu. Ainsi, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que les mesures médicales en cause doivent prendre effet à compter du 13 février 2007 déjà.

E. 8

Vu le sort de la cause, l'intimé devra en supporter les frais. Les recourants, qui plaident sans le concours d'un mandataire, n'ont pas droit à une indemnité de dépens.

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