Urteilskopf

110 V 164

26. Arrêt du 28 août 1984 dans la cause Clot contre Caisse cantonale vaudoise de compensation et Tribunal des assurances du canton de Vaud
Regeste (de):
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 (fr):
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 (it):
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).

Sachverhalt ab Seite 165

BGE 110 V 164 S. 165

A.- Philippe Clot, né en 1963, a sollicité des mesures médicales de l'assurance-invalidité en date du 21 septembre 1978. Pour une première opération, l'assuré fut hospitalisé en division privée (2e classe), du 13 au 25 novembre 1978, au Felix-Platter-Spital, à Bâle. Il en est résulté une facture de 6'302 francs, que Marcel Clot, père de l'assuré, paya. Le 22 décembre 1978, la Caisse cantonale vaudoise de compensation a notifié à ce dernier une décision par laquelle elle accordait les mesures médicales requises dans les limites suivantes:

”Hospitalisation, intervention chirurgicale par le Professeur E. Morscher, un assistant et un anesthésiste à l’Hôpital Félix-Platter, à Bâle, en division commune, selon convention tarifaire, y compris radiographies.”
Au mois de mars 1979, l’assurance-invalidité adressa au père de l’assuré un décompte aux termes duquel elle admettait de lui rembourser le montant du forfait convenu avec le Felix-Platter-Spital en cas de séjour en division commune, soit 2’730 francs (210 francs par jour pour 13 jours d’hospitalisation). Ce remboursement fut effectué au mois d’avril suivant. Ultérieurement, l’assuré a subi une seconde intervention chirurgicale qui fut également pratiquée par le professeur Morscher; il a séjourné dans la division privée de l’établissement hospitalier précité du 16 au 27 juillet 1979 et les frais se sont élevés à 6162 fr. 60. La caisse de compensation rendit une nouvelle décision, le 3 août 1979, dont le contenu était pratiquement identique à celle prise le 22 décembre 1978.

B.- A la suite de cette dernière décision et après un échange de correspondance entre les parties, Marcel Clot écrivit à la caisse de compensation, le 23 août 1979, - à propos de la deuxième opération subie par son fils - qu’il faisait ”recours” contre ”le système de liquidation financière sur la base d’un forfait journalier tout compris”. Celle-ci lui confirma, le 28 août 1979, que l’assurance-invalidité ne prenait à sa charge que les frais d’hospitalisation en division commune, soit en l’espèce 210 francs par jour d’hospitalisation, comme auparavant. A la suite d’une nouvelle réclamation du père de l’assuré, du 27 octobre 1979, la caisse transmit le dossier au Tribunal des assurances du canton de Vaud, qui traita l’affaire comme un recours. Il ordonna un échange d’écritures entre les parties, au terme duquel Marcel Clot remit également en cause le règlement opéré par la caisse de compensation à la suite de la première hospitalisation de l’assuré; il demanda que l’assurance-invalidité lui accorde ”les prestations nommément citées dans les décisions de la Commission de l’assurance-invalidité et de laisser à (sa) charge la différence entre le prix de pension de la 2e classe et la classe commune, soit 70 francs par jour”. Après avoir instruit la cause au fond, le tribunal cantonal décida néanmoins d’écarter ”préjudiciellement” le recours. Il considéra que Marcel Clot ne contestait pas les décisions du 22 décembre 1978 et du 3 août 1979, mais qu’il s’en prenait uniquement aux décomptes de l’administration qui en étaient résultés; il estima que de tels décomptes n’étaient que des mesures d’exécution desdites décisions, de sorte qu’ils ne pouvaient pas faire l’objet d’une décision administrative, elle-même susceptible de recours, et qu’ils étaient, par conséquent, soustraits au contrôle du juge. Pour le surplus, il nota que le cas relevait de l’autorité fédérale de surveillance et qu’il serait loisible au père de l’assuré, s’il ne s’estimait pas satisfait, de s’adresser à l’Office fédéral des assurances sociales (jugement du 26 mars 1982).

C.- Agissant au nom de son fils, Marcel Clot interjette recours de droit administratif en reprenant ses conclusions de première instance. La caisse intimée conclut au rejet du recours, ce que propose également l’Office fédéral des assurances sociales.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. (Voir ATF
109 V 120 consid. 1, ATF 105 V 94 consid. 1.)

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 référaient-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

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).

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

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

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce: Dans la mesure où il est recevable, le recours est admis en ce sens que le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 26 mars 1982 est annulé, la cause étant renvoyée à ce tribunal pour instruction complémentaire et nouveau jugement au sens des motifs.