

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 janvier 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : MM. Neu et Abrecht
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

P. _____, à Lausanne, recourant, représenté par le service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 52 LPGA et 10 al. 5 OPGA

E n f a i t :

A. a) P._____, né en 1972, a travaillé à 100 % en qualité de serveur auprès de la Buvette d'I. à Lausanne du 1 juillet 2000 au 31 octobre 2003. Dans le cadre de l'assurance collective de l'employeur, D._____ a versé des indemnités journalières maladie à 100 % jusqu'au 31 août 2004, puis à 50 % dès le 1 septembre 2004. L'assuré a formulé le 23 avril 2005 une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle et d'une rente en raison d'un alcoolisme chronique et d'un état dépressif. Dans un rapport médical du 6 juin 2005, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail d'alcoolisme chronique et d'état anxio-dépressif. Ce praticien a attesté une incapacité de travail à 100 % dès février 2004, tout en précisant qu'une capacité de travail à 100 % était exigible en dehors de la profession de serveur. Dans un rapport médical du 9 novembre 2005, le Dr L._____, pédopsychiatre à [...] et psychiatre traitant de l'assuré, a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent à moyen (F33.1, CIM 10), de trouble de l'adaptation avec perturbation des conduites et des émotions (F43.2), de personnalité dépendante (F60.7), de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique (F10.2) et de douleurs lombaires, investiguées par le Dr J._____ à [...]. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le 10 octobre 2003 en qualité de sommelier. Il a cependant précisé qu'une activité exercée en dehors du domaine de l'hôtellerie et ne nécessitant pas d'efforts physiques trop importants, était exigible dès le 1 janvier 2006 à raison de 4 heures par jour, puis à plus long terme à raison de 8 heures par jour.

En date du 8 juin 2006, le service médical régional de l'AI (SMR) a relevé que dans leurs rapports médicaux respectifs, le médecin et le psychiatre traitants de l'assuré avaient préconisé des mesures professionnelles dans un milieu professionnel sans alcool et avaient attesté une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Compte

tenu de ces éléments, le SMR a estimé qu'il n'y avait aucun diagnostic invalidant pouvant justifier médicalement une incapacité de travail d'au moins 20 % en qualité de sommelier. Dès lors, le SMR a conclu qu'en l'absence d'une incapacité de travail d'au moins 20 %, le droit à des mesures professionnelles à la charge de l'OAI n'était pas ouvert.

b) Par décision du 16 juin 2006, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel, la dépendance de l'assuré à des substances toxiques (alcool) ne constituant pas une invalidité en raison de l'absence de diagnostic psychiatrique. Par lettre du 2 juillet 2006, l'assuré a indiqué ce qui suit :

"Suite à la décision du 16 juin 2006, je vous serais gré de m'accorder un délai concernant la demande du 15 septembre 2006 afin de permettre de rajouter des éléments me déterminant".

Par lettre du 7 juillet 2006, l'OAI a accusé réception de la communication de l'assuré, tout en l'informant qu'un délai lui était octroyé jusqu'au 25 juillet 2006. Par courrier du 12 juillet 2006, l'OAI a indiqué à l'assuré que l'opposition qu'il avait formée le 2 juillet 2006 ne pouvait être examinée que si elle était motivée et contenait des conclusions. L'OAI a rappelé à l'assuré qu'il demeurait dans l'attente de son complément d'opposition dans le délai qui lui avait été imparti.

c) Par décision du 25 avril 2008, l'OAI a déclaré irrecevable l'opposition formée par l'assuré. L'OAI a tout d'abord précisé qu'il avait considéré la lettre de l'assuré du 2 juillet 2006 comme une opposition à sa décision du 16 juin 2006, alors que la volonté de l'assuré de former opposition ne ressortait pas clairement dudit courrier, en raison de l'absence de motivation et de conclusions. Malgré le délai qui lui avait été imparti, l'assuré n'avait pas complété son courrier du 2 juillet 2006, si bien que l'OAI a estimé que l'opposition ne répondait pas aux exigences légales.

B. a) Par acte du 28 mai 2008, P._____ recourt contre cette décision, concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'un

nouveau délai lui permettant de se déterminer dans le cadre de l'opposition. Il allègue n'avoir pas été en mesure de compléter son opposition dans le délai, en raison d'une grave dépression qui l'a amené à négliger son courrier.

Dans un mémoire ampliatif du 11 août 2008, le mandataire de l'assuré admet que son mandant n'a pas respecté le délai qui lui avait été imparti pour compléter son opposition. Il fait cependant valoir que l'exigence qui figure à l'art. 10 al.1 OPGA relative à la motivation et aux conclusions d'une opposition n'est pas conforme à la loi. En effet, l'art. 52 al.1 LPGA contient une procédure légère et sans exigences formelles, si bien que la simple volonté manifestée par l'assuré de refuser la décision de l'assureur est suffisante.

b) Dans sa réponse du 12 septembre 2008, l'OAI indique que l'assuré n'a pas pu prouver médicalement que son état de santé l'avait empêché de motiver et compléter son opposition. Dès lors, l'OAI confirme sa décision et conclut au rejet du recours.

c) Dans sa réplique du 3 novembre 2008, le recourant constate que l'intimé ne s'est pas déterminé quant à la légalité de l'art. 10 al. 1 OPGA. Il produit par ailleurs un rapport médical du 16 octobre 2008 du Dr J._____. Ce praticien a confirmé que le recourant était suivi à son cabinet depuis 2004 pour un état anxio-dépressif en relation avec un vécu extrêmement difficile. Il a ajouté que cet état psychique était un facteur indéniable entraînant des troubles mnésiques qui pouvaient expliquer son attitude de ne pas répondre aux courriers. Le Dr J._____ a ainsi cité l'exemple des rendez-vous au cabinet qui étaient très souvent oubliés par le recourant, si bien que le praticien devait à chaque fois les lui rappeler la veille.

d) Dans sa duplique du 27 novembre 2008, l'OAI expose n'avoir rien à ajouter à sa décision, qu'il ne peut que confirmer, et conclut au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1 janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur l'opposition contre la décision du 16 juin 2006. Le recourant conteste tout d'abord la légalité de l'art. 10 al. 1 LPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.11).

a) Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions rendues en matière d'assurance sociale peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Se fondant sur la délégation de compétence prévue à l'art. 81 LPGA, le Conseil fédéral a édicté les art. 10 à 12 OPGA relatifs à la forme et au contenu de l'opposition ainsi qu'à la procédure d'opposition. L'art. 10 al. 1 OPGA prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. Si l'opposition ne satisfait pas aux exigences de l'al. 1 ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un

délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (art. 10 al. 5 OPGA).

L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi (ATF 125 V 121 consid. 2a et les références). Elle assure la participation de l'assuré au processus de décision et poursuit notamment un but d'économie de procédure et de décharge des tribunaux, dans les domaines du droit administratif où des décisions particulièrement nombreuses sont rendues (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 2 ss ad art. 52, avec les références; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II: Les actes administratifs et leur contrôle, 2e édition, Berne 2002, p. 533 n° 5.3.2.2; Grisel, Traité de droit administratif, vol. II, p. 939). Dans ce cadre, la procédure d'opposition ne revêt de véritable intérêt que si l'opposant doit exposer les motifs de son désaccord avec la décision le concernant (voir cependant Kieser, op. cit., n. 13 ad art. 52); à défaut, on courrait le risque de faire de l'opposition une simple formalité avant le dépôt d'un recours en justice, sans qu'assuré et autorité n'aient véritablement examiné sur quoi portent leurs divergences. Les exigences formelles posées par l'art. 10 al. 1 OPGA concrétisent, par ailleurs, l'obligation de l'assuré de collaborer à l'exécution des différentes lois d'assurances sociales (art. 28 al. 1 et 43 al. 3 LPGa; Marco Reichmuth, ATSG - [erste] Erfahrungen in der IV, in : Schaffhauser/Kieser (édit.), Praktische Anwendungsfragen des ATSG, St-Gall 2004, p. 44), et correspondent largement à celles posées par la jurisprudence antérieure à la LPGa pour la procédure d'opposition prévue dans certaines branches d'assurance-sociale (ATF 123 V 130 consid. 3 et les références; voir également, en matière d'assurance-accidents, l'art. 130 al. 1 OLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002).

b) Enfin, selon la jurisprudence développée en relation avec l'art. 85 al. 2 let. b 2e phrase aLAVS - qui s'applique également dans la procédure de recours devant le tribunal cantonal des assurances (art. 61

let. b 2e phrase LPGGA; TF I 126/05 du 6 juin 2005, consid. 2) et dans la procédure d'opposition (art. 10 al. 5 OPGA; TF I 99/06 du 8 septembre 2006, consid. 2.2; voir également ATF 123 V 128 consid. 3a et b p. 130 et les références) -, un délai permettant à l'intéressé de rectifier son mémoire de recours doit être fixé non seulement si les conclusions ou les motifs manquent de clarté, mais, d'une manière générale, dans tous les cas où le recours ou l'opposition ne répondent pas aux exigences légales.

c) Dans le cas d'espèce, à la lumière des principes et de la jurisprudence susmentionnés, il n'y a pas lieu de remettre en cause la légalité de l'art. 10 al. 1 OPGA, le Conseil fédéral étant au bénéfice d'une délégation de compétence prévue à l'art. 81 LPGGA. Dans ce contexte, c'est à juste titre que l'OAI a retenu que la lettre de l'assuré du 2 juillet 2006 devait être considérée comme une opposition à sa décision du 16 juin 2006. L'opposition ne contenait cependant aucune motivation, le recourant s'étant contenté de préciser qu'il exposerait ses motivations ultérieurement. Conformément à l'art. 10 al. 5 OPGA, l'OAI lui a imparti un délai convenable pour réparer le vice et l'a averti qu'à défaut de réponse, l'opposition serait déclarée irrecevable. Certes, le délai fixé au 25 juillet 2006 tombait sur les fêtes, si bien qu'il était suspendu (art. 38 al. 4 let b LPGGA). Cet élément n'est toutefois pas déterminant en l'espèce, dans la mesure où le recourant n'a, en tout état de cause, pas réagi jusqu'à la décision de non-entrée en matière de l'intimé, laquelle a été rendue le 25 avril 2008, soit près de vingt et un mois après que l'assuré avait été invité à compléter son opposition.

Dans ces conditions, c'est avec raison que l'OAI a déclaré le recours irrecevable, l'assuré n'ayant pas pris les mesures nécessaires pour compléter le recours dans le délai imparti.

4. Le recourant fait enfin valoir qu'il n'a pas été en mesure de compléter son opposition en raison d'un état anxio-dépressif.

a) Aux termes de l'art. 41 al. 1 LPGA, si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans faute de sa part, d'agir dans le délai fixé, le délai est restitué si la demande en est présentée avec indication du motif dans les dix jours à compter de celui où l'empêchement a cessé.

L'art. 41 al. 1 LPGA subordonne la restitution à l'absence de toute faute quelconque. Par « empêchement non fautif », il faut entendre non seulement l'impossibilité objective, comme la force majeure, mais également l'impossibilité due à des circonstances personnelles ou à une erreur excusable (ATF 96 II 265 consid. 1a). Ces circonstances doivent toutefois être appréciées objectivement : est non fautive toute circonstance qui aurait empêché un plaideur - respectivement un mandataire - consciencieux d'agir dans le délai fixé (Poudret, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, vol. I, p. 240 n.2.3 ad Art. 35; Kieser, op.cit, p. 417 n.4 ad art. 41). La maladie peut constituer un empêchement non fautif. Pour cela, il faut que l'intéressé ait non seulement été empêché d'agir lui-même dans le délai, mais encore de charger un tiers d'accomplir les actes de procédure nécessaires (ATF 119 II 87 consid. 2a, 112 V 255 s. consid. 2a et les références).

b) In casu, outre le fait qu'aucune demande de restitution de délai n'ait été déposée en temps utile, il y a lieu de retenir que le recourant n'a pas démontré s'être trouvé du fait de son état psychologique dans l'incapacité totale de compléter lui-même son opposition ou d'en charger un tiers. Ainsi, l'état anxio-dépressif entraînant des troubles mnésiques relevé par le Dr J._____ (rapport du 16.10.2008), qui expliquerait, selon lui, l'absence de réaction de son patient à l'injonction de l'OAI, ne constitue pas un facteur extraordinaire justifiant la restitution du délai accordé par l'OAI. En effet, les constatations de ce praticien sont identiques à celles relevées par les spécialistes. Le Dr J._____ n'a ainsi pas mis en exergue un événement particulier qui aurait pu justifier l'impossibilité pour le recourant d'agir dans le délai imparti. Par ailleurs, les atteintes présentées par l'assuré, à savoir un trouble dépressif récurrent, un trouble de l'adaptation, une personnalité dépendante et un

syndrome de dépendance à l'alcool (utilisation épisodique) n'ont jamais empêché l'assuré de travailler et de se rendre à des rendez-vous.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il y a dès lors lieu de retenir, au degré de vraisemblance requis, que l'atteinte dont se prévaut l'assuré ne l'aurait pas empêché de compléter son opposition dans un délai adéquat, ce d'autant plus qu'en sollicitant dans sa lettre du 2 juillet 2006 un tel délai, il devait s'attendre à recevoir une réponse de l'OAI à ce sujet.

Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

5. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de non-entrée en matière rendue le 25 avril 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 250 francs est mis à la charge de P._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- service juridique d'Intégration Handicap à Lausanne, (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

et communiqué à :

- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :