

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 853 vom 13. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__853

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 853 du 13 novembre 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 853 del 13 novembre 2017

Regeste

DROIT D'OBTENIR UNE DÉCISION, FORMALISME EXCESSIF, ADMISSION DE LA DEMANDE, ASSISTANCE JUDICIAIRE | 29 al. 1 Cst.

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 13.11.2017 Arrêt / 2017 / 853

DROIT D'OBTENIR UNE DÉCISION, FORMALISME EXCESSIF, ADMISSION DE LA DEMANDE, ASSISTANCE JUDICIAIRE | 29 al. 1 Cst.

TRIBUNAL CANTONAL AVS 3/17 - 50/2017 ZC17.001663 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 13 novembre

2017 _____ Composition : Mme Dessaux , présidente Mme Berberat et M. Piguet, juges Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre : S. _____ , à C. _____, recourant, représenté par Me Luc del Rizzo, avocat à Monthey (VS), et CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS , à Vevey, intimée. _____ Art. 29 al. 1 Cst. E n f a i t : A. Né en 1944, S. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a déposé en date du 20 janvier 2011 une demande d'allocation pour impotent AVS/AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). Par décision du 8 août 2011, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la caisse ou l'intimée) a octroyé à l'assuré une allocation pour impotent de degré moyen à compter du 1 er janvier 2010. B. Le 16 janvier 2015, l'office AI a engagé une procédure de révision du droit à cette prestation. Sur la base des constatations effectuées par l'office AI, la caisse a réduit, par décision du 23 novembre 2015, l'allocation servie à l'assuré à une impotence de degré faible avec effet au 1 er janvier 2016. Par courrier recommandé du 4 avril 2016 adressé à l'office AI, l'assuré a demandé la « reconsidération » de la décision du 23 novembre 2015. A l'appui de sa requête, il a joint un rapport médical du 30 mars 2016 du Dr H. _____, médecin traitant. Il a par ailleurs expliqué n'avoir pas pu faire « recours » dans le délai en raison d'un séjour à l'étranger. En réponse à ce pli, l'office AI a écrit à l'assuré le 19 avril 2016 une lettre libellée en ces termes : « Nous accusons réception de votre courrier du 4 avril 2016 concernant la décision du 23 novembre 2015. A ce sujet, nous vous prions de prendre note que cette décision est entrée en force le 23 décembre 2015 et que le délai de recours est dépassé. Néanmoins, si votre état de santé s'est aggravé depuis le début de l'année 2016, nous vous prions de remplir un questionnaire de révision en nous mentionnant la date de l'aggravation de votre état de santé. Ce questionnaire devra être accompagné d'un rapport médical de votre médecin traitant, mentionnant entre autres, vos limitations fonctionnelles, vos atteintes à la santé, la date de l'aggravation de votre état de santé justifiant un nouveau besoin d'aide et pour quel(s) acte(s) ordinaire(s) de la vie. » Le 5 mai 2016, l'assuré a déclaré faire opposition au courrier du 19 avril 2016. En date du 20 mai 2016, l'office AI a expédié à

l'assuré un courrier à la teneur suivante : « Nous nous référons à votre courrier du 5 mai 2016. Nous avons pris bonne note que lorsque la décision du 23 novembre 2015 vous a été adressée, vous étiez à l'étranger et que vous êtes de retour en Suisse depuis le mois de mars 2016. Toutefois, dès lors qu'une procédure de révision était en cours, vous deviez vous attendre à recevoir une décision prochainement et il vous incombait de prendre les dispositions nécessaires pour la bonne réception de votre courrier durant votre absence prolongée. Nous vous rappelons qu'une visite à votre domicile a eu lieu le 10 septembre 2015. Il en est ressorti que vous aviez gagné en autonomie. Le dommage a été réduit par l'utilisation de moyens auxiliaires (adaptation de la salle de bains, surélévation du lit, acquisition de petits moyens auxiliaires) et par un séjour de rééducation à la Clinique P._____. Au final, nous avons constaté que vous aviez encore besoin d'une aide régulière et importante pour les actes « faire sa toilette » et « se déplacer » ainsi que de soins permanents. Nous vous prions donc, si votre état de santé s'est aggravé depuis le début de l'année 2016, de remplir un questionnaire de révision en nous mentionnant la date de l'aggravation de votre état de santé. Ce questionnaire devra être accompagné d'un rapport médical de votre médecin traitant, mentionnant entre autres, vos limitations fonctionnelles, vos atteintes à la santé, la date de l'aggravation de votre état de santé justifiant un nouveau besoin d'aide et pour quel(s) acte(s) ordinaire(s) de la vie. » A réception du questionnaire complété par l'assuré le 31 juillet 2016, l'office AI a ouvert et instruit une procédure de révision de la décision du 23 novembre 2015. Par décision du 1^{er} septembre 2016, la caisse n'est pas entrée en matière sur la demande de révision déposée par l'assuré, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 23 novembre 2015. Le 6 octobre 2016, l'assuré s'est opposé à cette décision. Tout en déclarant maintenir son opposition du 4 avril 2016 à la décision du 23 novembre 2015, il a fait valoir une violation de son droit d'être entendu au motif que l'office AI n'aurait pas recueilli les éléments nécessaires au prononcé de dite décision. Sur le fond, il a allégué que l'aggravation de son état de santé avait notamment été attestée par le Dr H._____ dans son rapport du 30 mars 2016, de sorte que c'était à tort que l'office AI avait réduit le degré d'impotence. L'assuré estimait au demeurant que les conditions d'une reconsidération étaient remplies, arguant à cet égard d'une modification de la situation de fait. Par courrier du 25 novembre 2016, l'office AI a répondu ce qui suit : « Nous nous référons à votre courrier du 6 octobre 2016 et vous informons que la décision du 23 novembre 2015 est entrée en force (cf. nos lettres des 19 avril 2016 et 20 mai 2016). Il n'y a dès lors pas lieu d'y revenir. Votre opposition contre la décision du 1^{er} septembre 2015 concernant la demande de révision du 23 juin 2016 sera examinée dès que possible. » Statuant sur l'opposition formée par l'assuré, la caisse l'a rejetée par décision sur opposition du 12 décembre 2016. Elle a en bref considéré que les rapports médicaux du Dr H._____ ne décrivaient pas de nouvelles limitations fonctionnelles, susceptibles de justifier une aggravation de l'état de santé. En outre, l'octroi de moyens auxiliaires sous la forme de la prise en charge d'un scooter électrique devait permettre une réduction du dommage, de sorte que l'assuré ne saurait en déduire une dégradation de son état de santé motivant une reconsidération. C. Par acte du 13 janvier 2017, S._____ a recouru devant la Cour de céans contre la décision sur opposition du 12 décembre 2016, contre le « courrier » du 25 novembre 2016 ainsi que pour déni de justice. Sous suite de frais et dépens, il conclut, principalement, à la réforme de la « décision rendue le 23 novembre 2015 » en ce sens qu'il lui est octroyé une allocation pour impotent de degré grave et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à

l'autorité intimée pour nouvelle décision. Il allègue en premier lieu que la question de la notification de la décision du 23 novembre 2015 – communiquée par pli simple – est litigieuse. Il expose avoir séjourné à l'Ile Y. _____ du 16 novembre 2015 au 5 mars 2016 pour des raisons familiales, si bien que le « délai de recours [contre la décision du 23 novembre 2015] a commencé à courir dès le 6 mars 2016. » Partant, l'opposition effectuée en date du 4 avril 2016 était intervenue dans le délai de trente jours indiqué dans la décision du 23 novembre 2015. L'office AI ne saurait ainsi considérer que le courrier du 5 mai 2016 constituerait une demande de révision, dans la mesure où cette décision n'était pas entrée en force. Le recourant estime par ailleurs que ce serait faire preuve d'un formalisme excessif de soutenir que l'écriture du 4 avril 2016 ne constituait pas une opposition au regard des termes utilisés, dès lors qu'il n'était alors pas représenté par un avocat mais que son désaccord avec la décision du 23 novembre 2015 ressortait néanmoins clairement de son exposé. Il conteste ainsi la position de l'office AI selon laquelle cette décision serait exécutoire dès lors qu'elle serait entrée en force et qu'il ne serait donc pas possible d'y revenir. En refusant de trancher « en bonne et due forme » cette question, l'autorité intimée aurait commis un déni de justice. Reprenant sur le fond les arguments développés dans son opposition du 6 octobre 2016, le recourant allègue une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où l'office AI a retenu une réduction de son degré d'impotence sans qu'aucune expertise médicale n'ait été effectuée pour fonder cette conclusion, telle que formalisée dans la décision du 23 novembre 2015. A titre subsidiaire, il fait valoir que les conditions d'une reconsidération seraient remplies, au vu notamment de la dégradation de son état de santé attestée par son médecin traitant depuis mars 2016. Par décision du 1^{er} février 2017, le magistrat instructeur a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 janvier 2017. Il était exonéré du paiement des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Luc del Rizzo lui était désigné. A la requête du magistrat instructeur, le recourant a expliqué, dans un courrier du 8 mars 2017, avoir chargé une voisine de relever sa boîte aux lettres pendant son absence à l'Ile Y. _____ du 16 novembre 2015 au 6 mars 2016, date de son retour en Suisse. Elle devait faire suivre les factures à la banque et lui communiquer d'éventuels événements significatifs. Dans sa réponse du 30 mai 2017, la caisse indique qu'elle dépend pleinement des conclusions de l'office AI dans ce genre d'affaires, de sorte qu'elle ne peut que se « rallier aux considérants dudit office, tels qu'ils figurent dans la décision sur opposition rédigée par celui-ci. » Elle prévise en conséquence « pour le rejet du recours [et] le maintien de la décision attaquée. » En réplique du 21 juin 2017, le recourant constate que l'intimée se borne à renvoyer aux dispositions contenues dans la décision attaquée du 12 décembre 2016, sans faire état d'éléments nouveaux et d'explications complémentaires. Il sollicite l'audition des parties à la présente procédure ainsi que celle de son épouse et de la voisine chargée de relever son courrier pendant son absence. Se référant pour le surplus à l'argumentation développée dans son mémoire de recours, il déclare confirmer ses conclusions. Le 31 août 2017, le recourant a communiqué à la Cour de céans divers documents médicaux mettant en évidence une dégradation de son état de santé. Cette écriture, accompagnée des pièces annexées, a été communiquée pour information à la partie intimée qui n'a pas procédé plus avant. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AVS, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte

sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA) contre la décision sur opposition du 12 décembre 2016. Interjeté également contre le « courrier » du 25 novembre 2016 ainsi que pour déni de justice et satisfaisant pour le surplus aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action 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 let. a LPA-VD). 2. a) L'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) prévoit que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Cette disposition prohibe le déni de justice formel, qui peut prendre la forme d'un retard à statuer ou d'un refus de statuer, c'est-à-dire d'un refus exprès ou tacite de l'autorité de prendre une décision relevant de sa compétence (ATF 117 Ia 116 consid. 3a; 107 Ib 160 consid. 3b et les références citées). Selon la jurisprudence, le refus de statuer constitue un déni de justice formel qualifié; l'intérêt juridiquement protégé, dans ce cas, est celui d'obtenir une décision qui puisse être déférée à une autorité judiciaire de recours, indépendamment du point de savoir, si au fond, le recourant obtiendra gain de cause (ATF 125 V 118 consid. 2b). Si le recours contre un retard injustifié ou un refus de statuer se révèle bien fondé, la juridiction saisie doit l'admettre et ordonner à l'autorité concernée de rendre une décision sujette à recours; en revanche, elle ne saurait se prononcer matériellement sur le litige, car une telle manière de procéder méconnaîtrait l'objet du litige d'un recours de cette nature, lequel est limité à l'examen du refus de statuer de l'autorité inférieure (TFA I 629/01 du 7 août 2002 consid. 2.1 et les références citées; RAMA 2000 n° KV 131 p. 243 consid. 2c). b) Selon la jurisprudence (cf. TF 9C_761/2015 du 3 mai 2016 consid. 4), le formalisme excessif est un aspect particulier du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst. Il est réalisé lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi, complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (ATF 135 I 6 consid. 2.1). Les allégués contenus dans le mémoire de recours adressé à l'autorité, en particulier les moyens de droit, doivent en principe satisfaire les exigences de motivation (TF 1B_363/2014 du 7 janvier 2015 consid. 2.1). En vertu de l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions. Cette disposition – applicable d'office – découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte en question (TF 8C_805/2012 du 27 mars 2013 consid. 7 et les références). Il suffit que la motivation du recours laisse apparaître les raisons pour lesquelles les faits constatés ou les dispositions appliquées par l'autorité inférieure sont contestés (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3 e éd. 2015, p. 811 n. 79). 3. a) En premier lieu, il ne relève pas de la compétence de l'office AI de se prononcer, sous quelque forme que ce soit, sur le caractère tardif d'une opposition à une décision de la caisse,

respectivement sur le caractère exécutoire d'une décision de la caisse. Il incombait à l'office AI de transmettre le courrier du recourant du 4 avril 2016 à la caisse intimée comme objet de sa compétence, à charge pour celle-ci d'en examiner la recevabilité (cf. art. 30 LPGA). L'office AI devait en faire de même avec le courrier de l'assuré du 5 mai 2016, dans la mesure où celui-ci contestait dans un premier grief le caractère exécutoire de la décision du 23 novembre 2015. Par ailleurs, la volonté du recourant de faire opposition à la décision précitée était suffisamment explicite, même en l'absence du terme « opposition » dans l'écriture du 4 avril 2016. Une interprétation contraire relèverait au demeurant du formalisme excessif (cf. considérant 2b supra). La volonté de s'opposer a de surcroît été expressément confirmée par l'acte du 5 mai 2016, puis réitérée par le conseil du recourant.

b) Constitue ainsi un déni de justice l'absence de décision rendue par l'autorité compétente sur une écriture qui constituait une opposition à la décision du 23 novembre 2015. c) En conséquence, cette décision ne pouvait être considérée comme exécutoire. Une procédure de révision ne peut être introduite s'agissant d'une décision non exécutoire (cf. art. 17 al. 2 LPGA), avec pour corollaire en l'espèce que la décision sur opposition du 12 décembre 2016 doit être annulée pour des motifs formels, lesquels excluent une décision de la Cour de céans sur le fond, soit le degré d'impotence. Les conclusions du recourant quant à son droit aux prestations litigieuses sont donc irrecevables tout comme celle tendant à l'annulation de la décision du 23 novembre 2015.

4. Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre le recours dans la mesure où il est recevable, la décision sur opposition du 12 décembre 2016 étant annulée et la caisse intimée étant invitée à rendre une décision sur l'opposition du 4 avril 2016 formée par S. _____ à sa décision du 23 novembre 2015.

5. Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

b) Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause en étant représenté par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 1'800 fr., compte tenu du fait que ses conclusions sur le fond sont irrecevables. Ils sont mis à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). En l'occurrence, le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce :

I. Le recours pour déni de justice formé le 13 janvier 2017 par S. _____ est admis. II. Le recours formé le 13 janvier 2017 par S. _____ est irrecevable en tant qu'il est dirigé contre la décision sur opposition rendue le 12 décembre 2016 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS ainsi que contre sa décision du 23 novembre 2015. III. La décision sur opposition rendue le 12 décembre 2016 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est annulée. IV. La Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est invitée à rendre une décision sur l'opposition formée le 4 avril 2016 par S. _____ à

l'encontre de sa décision du 23 novembre 2015. V. La Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS versera à S. _____ une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens. VI. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Luc del Rizzo, avocat (pour S. _____), ■ Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, - Office fédéral des assurances sociales, 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). Le greffier :

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