

VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 245 vom 17. Juli 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-07-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2013__245

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 245 du 17 juillet 2013

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 245 del 17 luglio 2013

Regeste

PRESTATION COMPLÉMENTAIRE, REVENU HYPOTHÉTIQUE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 10 LPC, 11 LPC, 2 LPC, 4 LPC, 9 LPC, 53 al. 3 LPGA, 11a OPC-AVS/AI, 14a OPC-AVS/AI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 17.07.2013 Arrêt / 2013 / 245

PRESTATION COMPLÉMENTAIRE, REVENU HYPOTHÉTIQUE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 10 LPC, 11 LPC, 2 LPC, 4 LPC, 9 LPC, 53 al. 3 LPGA, 11a OPC-AVS/AI, 14a OPC-AVS/AI

TRIBUNAL CANTONAL PC 15/12 - 14/2013 ZH12.041093 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 17 juillet

2013 _____ Présidence de Mme Di Ferro Demierre Juges :
M. Métral et Mme Pasche Greffier : M. Bohrer ***** Cause pendante entre :
F. _____, à [...], recourant, représenté par Fortuna Compagnie d'assurance de protection juridique SA, et Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, à Clarens, intimée.
_____ Art. 53 al. 3 LPGA ; 2, 4, 9, 10, 11 LPC ; 11a, 14a OPC-AVS/AI E n f a
i t : A. F. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 13 juin 1958, a déposé en août 2009 une demande de prestation AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI). Par décision du 19 mars 2012, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité. Le degré d'invalidité de l'assuré a été fixé comme suit : - 100% dès le 1 er février 2010 (rente entière), - 55% dès le 1 er octobre 2010 (demi-rente), et - 64% à partir du 1 er septembre 2011 (trois-quarts de rente). L'assuré a ainsi perçu rétroactivement à titre de rente AI : - 1'467 fr. par mois pour la période allant du 1 er février 2010 au 30 septembre 2010, - 747 fr. par mois pour la période allant du 1 er octobre 2010 au 31 août 2011, et - 1'120 fr. par mois à partir du 1 er septembre 2011. Le 11 avril 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations complémentaires AVS/AI auprès de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la caisse ou l'intimée). Il a déclaré notamment avoir pour revenu sa rente AI et payer un loyer annuel de 8'760 francs. Interpellé par la caisse le 26 avril 2012, il a précisé le 2 mai suivant avoir été au bénéfice du Revenu d'insertion (RI) depuis le 1 er février 2010. Le 8 mai 2012, le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a certifié "A qui de droit" que l'assuré était suivi à son cabinet depuis le 13 janvier 2009 et était à 100% dans l'incapacité de travailler depuis lors et pour une durée indéterminée. Cette attestation a été transmise à la caisse, à sa demande, par l'agence d'assurances sociales de [...] le 10 mai 2012. Par courrier du 8 mai 2012, l'OAI a informé la caisse, conformément à sa demande, qu'en 2010, l'assuré aurait pu réaliser un revenu de 61'238 francs. Le 29 juin 2012, la caisse a rendu cinq décisions de prestations complémentaires concernant l'assuré dont les plans de calcul sont les suivants :

a) Pour la période allant du 1^{er} février 2010 au 30 septembre 2010 : A) FORTUNE - fortune mobilière : ./ - immeubles : valeur fiscale : Fr. - immeubles : valeur vénale : - déduction des dettes hypothécaires : - autres dettes : - déduction légale de Fr. _____ fortune nette ZERO B) REVENUS - imputation de la fortune nette - revenu d'une activité lucrative Fr. - moins déduction légale de Fr. 110111 pris au 2/3 - rentes AVS/AI - autres rentes - rendement de la fortune mobilière / immobilière - autres revenus C) DEDUCTIONS - entretien forfaitaire : couverture des besoins vitaux - loyer annuel net : Fr. 0 8760.- - m au mximum plus Fr. 0000 0.- de charges réelles - mais au maximum Fr. 13200.- - frais de séjour dans un home Fr. _____ par jour, soit par année : - dépenses personnelles - cotisations AVS/AI/APG - primes d'assurances de capitaux - (vie, accidents, invalidité) - intérêts hypothécaires et frais d'entretien d'immeubles - autres déductions revenus 0 17604.- déductions 18720.- 0 8760.- Total des déductions (c) Total des revenus (b) 17604.- 27480.- D) CALCUL DE LA PRESTATION COMPLEMENTAIRE C-B : 27480 – 17604 = 9876 par année 9876.00 par mois 823.00 b) Pour la période allant du 1^{er} octobre 2010 au 31 décembre 2010 : A) FORTUNE - fortune mobilière : ./ - immeubles : valeur fiscale : Fr. - immeubles : valeur vénale : - déduction des dettes hypothécaires : - autres dettes : - déduction légale de Fr. _____ fortune nette ZERO B) REVENUS - imputation de la fortune nette - revenu d'une activité lucrative Fr. 30619.- (revenu hypothétique) - moins déduction légale de Fr. 1101 1000.- pris au 2/3 - rentes AVS/AI - autres rentes - rendement de la fortune mobilière / immobilière - autres revenus C) DEDUCTIONS - entretien forfaitaire : couverture des besoins vitaux - loyer annuel net : Fr. 0 8760.- - m au mximum plus Fr. 0000 0.- de charges réelles - mais au maximum Fr. 13200.- - frais de séjour dans un home Fr. _____ par jour, soit par année : - dépenses personnelles - cotisations AVS/AI/APG - primes d'assurances de capitaux - (vie, accidents, invalidité) - intérêts hypothécaires et frais d'entretien d'immeubles - autres déductions revenus 19746.- 0 8808.- 0000 0 déductions 18720.- 0 8760.- Total des déductions (c) Total des revenus (b) 28554.- 27480.- D) CALCUL DE LA PRESTATION COMPLEMENTAIRE C-B : 27480 – 28554 = 1074 par année REFUS PC DROIT PCG: par mois voir note c) Pour la période allant du 1^{er} janvier 2011 au 31 août 2011 : A) FORTUNE - fortune mobilière : ./ 0 1300.- - immeubles : valeur fiscale : Fr. - immeubles : valeur vénale : - déduction des dettes hypothécaires : - autres dettes : - déduction légale de Fr. ./ 37500.- _____ fortune nette ZERO B) REVENUS - imputation de la fortune nette - revenu d'une activité lucrative Fr. 30619.- (revenu hypothétique) - moins déduction légale de Fr. 1101 1000.- pris au 2/3 - rentes AVS/AI - autres rentes - rendement de la fortune mobilière / immobilière - autres revenus C) DEDUCTIONS - entretien forfaitaire : couverture des besoins vitaux - loyer annuel net : Fr. 0 8760.- - m au mximum plus Fr. 0000 0.- de charges réelles - mais au maximum Fr. 13200.- - frais de séjour dans un home Fr. _____ par jour, soit par année : - dépenses personnelles - cotisations AVS/AI/APG - primes d'assurances de capitaux - (vie, accidents, invalidité) - intérêts hypothécaires et frais d'entretien d'immeubles - autres déductions revenus 19746.- 0 8808.- 0000 0 déductions 19050.- 0 8760.- Total des déductions (c) Total des revenus (b) 28554.- 27810.- D) CALCUL DE LA PRESTATION COMPLEMENTAIRE C-B : 27810 – 28554 = 774 par année REFUS PC DROIT PCG: par mois voir note d) Pour la période allant du 1^{er} septembre 2011 au 31 décembre 2011 : A) FORTUNE - fortune mobilière : ./ 0 1300.- - immeubles : valeur fiscale : Fr. - immeubles : valeur vénale : - déduction des dettes hypothécaires : - autres dettes : - déduction légale de Fr. ./ 37500.- _____ fortune nette ZERO B) REVENUS -

imputation de la fortune nette - revenu d'une activité lucrative Fr. 22046.- (revenu hypothétique) - moins déduction légale de Fr. 1101 1000.- pris au 2/3 - rentes AVS/AI - autres rentes - rendement de la fortune mobilière / immobilière - autres revenus C) DEDUCTIONS - entretien forfaitaire : couverture des besoins vitaux - loyer annuel net : Fr. 0 8760.- - m au mximum plus Fr. 0000 0.- de charges réelles - mais au maximum Fr. 13200.- - frais de séjour dans un home Fr. par jour, soit par année : - dépenses personnelles - cotisations AVS/AI/APG - primes d'assurances de capitaux - (vie, accidents, invalidité) - intérêts hypothécaires et frais d'entretien d'immeubles - autres déductions revenus 14030.- 13440.- 0000 0 déductions 19050.- 0 8760.- Total des déductions (c) Total des revenus (b) 27470.- 27810.- D) CALCUL DE LA PRESTATION COMPLEMENTAIRE C-B : 27810 – 27470 = 340 par année 340.00 par mois 29.00 e) Pour la période allant du 1 er janvier au 31 mai 2012 : A) FORTUNE - fortune mobilière : - immeubles : valeur fiscale : Fr. - immeubles : valeur vénale : - déduction des dettes hypothécaires : - autres dettes : - déduction légale de Fr. _____ fortune nette ZERO B) REVENUS - imputation de la fortune nette - revenu d'une activité lucrative Fr. 22046.- (revenu hypothétique) - moins déduction légale de Fr. 1101 1000.- pris au 2/3 - rentes AVS/AI - autres rentes - rendement de la fortune mobilière / immobilière - autres revenus C) DEDUCTIONS - entretien forfaitaire : couverture des besoins vitaux - loyer annuel net : Fr. 0 8760.- - m au mximum plus Fr. 0000 0.- de charges réelles - mais au maximum Fr. 13200.- - frais de séjour dans un home Fr. par jour, soit par année : - dépenses personnelles - cotisations AVS/AI/APG - primes d'assurances de capitaux - (vie, accidents, invalidité) - intérêts hypothécaires et frais d'entretien d'immeubles - autres déductions revenus 14030.- 13440.- 0000 0 déductions 19050.- 0 8760.- Total des déductions (c) Total des revenus (b) 27470.- 27810.- D) CALCUL DE LA PRESTATION COMPLEMENTAIRE C-B : 27810 – 27470 = 340 par année 340.00 par mois 29.00

Le 31 août 2012, l'assuré a formé opposition contre ces cinq décisions. Par décision sur opposition du 6 septembre 2012, la caisse a admis partiellement l'opposition de l'assuré rectifiant son revenu hypothétique à 27'557 fr. pour les périodes allant respectivement du 1 er octobre 2010 au 31 décembre 2010 et du 1 er janvier 2011 au 31 août 2011, confirmant sa position pour le surplus. Elle a indiqué que deux nouvelles décisions interviendraient concernant les deux périodes considérées, qui seraient notifiées à l'assuré une fois le délai de recours de 30 jours expiré. B. Par acte du 11 octobre 2012, F. _____, par l'intermédiaire de Fortuna Compagnie d'assurance de protection juridique SA, a interjeté recours contre cette décision sur opposition concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à la caisse intimée pour qu'elle procède à un nouveau calcul de son droit aux prestations complémentaires. Subsidièrement, il conclut à l'annulation de ladite décision ainsi qu'à celles du 29 juin 2012 portant sur son droit aux prestations complémentaires pour les périodes allant : - du 1 er octobre au 31 décembre 2010, - du 1 er janvier au 31 août 2011, - du 1 er septembre au 31 décembre 2011, - et dès le 1 er janvier 2012. Il demande à ce que ses prestations complémentaires pour ces périodes soient fixées à : - 80 fr. par mois du 1 er octobre 2010 au 31 décembre 2010, - 80 fr. par mois du 1 er janvier 2011 au 31 août 2011, - 223 fr. par mois du 1 er septembre 2011 au 31 décembre 2011, et à - 223 fr. dès le 1 er janvier 2012. A l'appui de ses conclusions, le recourant relève qu'il n'a plus travaillé depuis 8 années, toute tentative de réinsertion professionnelle ayant échoué et que son état de santé s'est aggravé, ses médecins traitants attestant une incapacité de travail totale (une attestation de sa psychothérapeute devant être produite ultérieurement). Il indique enfin qu'une révision de son droit à la rente d'invalidité est

actuellement en cours. Il soutient par ailleurs que n'étant plus en mesure de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle telle que reconnue par l'OAI, il convient de procéder à un nouveau calcul de son droit aux prestations complémentaires, sans tenir compte d'un quelconque revenu hypothétique, mais sur la seule base du revenu de sa rente d'invalidité. Il relève enfin ce qui suit : "(...) à teneur de l'article 14a al. 2 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires (OPC-AVS/AI), pour les invalides âgés de moins de 60 ans, le revenu de l'activité lucrative à prendre en compte correspond au moins : au montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux des personnes seules selon l'art. 10, al. 1, let. a, ch. 1, LPC, augmenté d'un tiers, pour un taux d'invalidité de 40 à moins de 50 % (let. a), au montant maximum destiné à la couverture des besoins selon la let. a, pour un taux d'invalidité de 50 à moins de 60 % (let. b) et aux deux tiers du montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux selon la let. a, pour un taux d'invalidité de 60 à moins de 70 % (let. c). Le montant annuel destiné à la couverture des besoins vitaux s'élevant, pour une personne seule, à Fr. 18'720.- jusqu'au 31 décembre 2010, s'est élevé à Fr. 19'050.- dès le 1 er janvier 2011. Partant, dans le calcul des prestations complémentaires pour la période du 1 er octobre au 31 décembre 2010, c'est un revenu hypothétique de Fr. 18'720.- qu'il convient de prendre en considération, auquel il faut enlever la déduction légale de Fr. 1'000.-, puis ajouter la rente d'invalidité, de Fr. 8'808.-, soit au total Fr. 26'528.-. En déduisant les sommes de Fr. 18'720.- au titre de montant forfaitaire de couverture des besoins vitaux et de Fr. 8'760.- au titre de loyer, le déficit est de Fr. 952.-, donnant droit à des prestations complémentaires de Fr. 80.- par mois (79.35). Il en va de même pour la période du 1 er janvier au 31 août 2011, si ce n'est que le montant de 18'720.- est remplacé par celui de Fr. 19'050.-. Pour la période du 1 er septembre au 31 décembre 2011, puis dès le 1 er janvier 2012, c'est un revenu hypothétique de Fr. 12'700.- qu'il convient de prendre en compte ($\frac{2}{3} \times 19'050$). Si l'on déduit la somme de Fr. 1'000.- et que l'on ajoute le montant de la rente d'invalidité de Fr. 13'440.-, on obtient un revenu total de Fr. 25'140.-. En déduisant les sommes de Fr. 19'050.- au titre de montant forfaitaire de couverture des besoins vitaux et de Fr. 8'760.- au titre de loyer, le déficit est de Fr. 2'670.-, donnant droit à des prestations complémentaires de Fr. 223.- (222.50)." Dans sa réponse du 12 novembre 2012, la caisse a conclu au rejet du recours. Pour l'essentiel, elle relève que l'OAI l'a informée le 8 mai 2012 que le recourant aurait pu réaliser en 2010 un revenu de 61'238 fr., que le degré d'invalidité du recourant ayant été fixé à 55% pour la période du 1 er octobre 2010 au 31 août 2011 et à 64% depuis le 1 er septembre 2011, un revenu hypothétique de 27'557 fr. (45% de 61'238 fr.) avait été pris en compte pour la période du 1 er octobre 2010 au 31 août 2011 et de 22'046 fr. (36% de 61'238 fr.) à partir du 1 er septembre 2011. Elle constate en outre que l'intéressé est âgé de moins de 60 ans et a une formation de magasinier et qu'en conséquence un revenu hypothétique doit lui être attribué d'office, nonobstant le fait que le recourant allègue ne plus travailler depuis 8 ans, que son état de santé s'est aggravé, qu'une attestation de sa psychothérapeute sera produite prochainement et qu'une révision du degré d'invalidité est en cours. La caisse produit également copie de son dossier. Par deux nouvelles décisions de prestations complémentaires du même jour produites au dossier, la caisse a reconsidéré ses décisions relatives aux périodes allant du 1 er octobre 2010 au 31 décembre 2010 et du 1 er janvier 2011 au 31 août 2011 conformément à sa décision sur opposition du 6 septembre 2012. Elle a ainsi admis, sur la base d'un revenu hypothétique de 27'557 fr., que l'assuré avait droit à des prestations complémentaires à raison de 968 fr. par an (soit 81 fr. par mois) pour les mois d'octobre à décembre 2010 et de 1'298 fr. par an (soit 109 fr. par mois) pour les mois

de janvier à août 2011. Dans le cadre de sa réplique du 8 janvier 2013, le recourant a produit une attestation datée du 10 décembre 2012 établie par son psychiatre et sa psychothérapeute, respectivement le Dr T. _____ et Madame S. _____, psychologue FSP, et dont il ressort ce qui suit : "(...) nous estimons que M. F. _____ n'est actuellement aucunement en mesure de mettre à profit la capacité de travail résiduelle reconnue par l'Office AI, ceci pour les motifs suivants : Depuis mars 2011, nous avons pu constater une nette péjoration progressive de l'état de santé psychologique de M. F. _____, ayant entraîné une reprise de consommation d'alcool excessive en été 2012, ceci chez un patient qui avait été abstinent durant de longues années, suite à de très nombreuses années de dépendance à l'alcool. Cette reprise de consommation d'alcool était accompagnée d'idées et de comportements suicidaires. Malgré une longue période d'essai d'intensification du suivi thérapeutique à raison de 4 à 5 entretiens hebdomadaires, l'état du patient n'a cessé de s'aggraver. Une hospitalisation pour mise à l'abri et sevrage d'alcool s'est donc avérée indispensable en novembre 2012. A sa sortie, la situation reste extrêmement précaire, et un suivi psychothérapeutique intensif est indispensable. D'un point de vue médical et psychologique, nous estimons que M. F. _____ ne dispose pour l'heure d'aucune capacité de travail résiduelle. En effet, son état de santé psychique entraîne une incapacité de travail à 100%." Par réplique du 25 janvier 2013, la caisse a maintenu ses conclusions et s'est exprimée en ces termes: "En principe, les organes PC doivent se référer au degré d'invalidité déterminé par l'Office de l'assurance invalidité. Les raisons empêchant l'ayant droit aux PC de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain doivent être étrangères à l'invalidité (Arrêt du TF du 2 mai 2007 en la cause S.M contre 1 des prestations sociales du canton de Bâle- Ville, consid 4.2.1; réf p. 3/67) . (...) Relevons encore qu'il ne ressort pas du certificat médical du 10 décembre 2012 produit par le recourant, que son incapacité de travail est permanente." Le recourant n'a pas déposé de déterminations supplémentaires. 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 aux prestations versées en vertu de la LPC (loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, RS 831.30). 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 doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). 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 procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD) lorsque la valeur litigieuse est égale ou supérieure à 30'000 fr (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). En l'espèce, le recourant n'a pas chiffré l'ensemble de ses conclusions. Toutefois, dans la mesure où la décision attaquée porte sur le calcul de prestations complémentaires relatif à plusieurs années et compte tenu des griefs soulevés, il convient d'admettre que la valeur litigieuse dépasse ce seuil. c)

Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA), le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations complémentaires de l'assurance-invalidité, dès le 1^{er} février 2010 ainsi que pour les années 2011 et 2012. Plus spécifiquement, est problématique la prise en compte d'un revenu hypothétique pour le calcul de ces prestations en particulier compte tenu de l'aggravation de l'état de santé que le recourant allègue. 3. Par décision sur opposition du 6 septembre 2012, la caisse a admis partiellement l'opposition du recourant et a annulé deux décisions portant sur la période du 1^{er} octobre 2010 au 31 août 2011. Elle a confirmé pour le surplus les autres décisions litigieuses, de sorte qu'un recours immédiat contre cette décision sur opposition était recevable. Le 12 novembre 2012, la caisse a rendu deux décisions portant respectivement sur la période du 1^{er} octobre 2010 au 31 décembre 2010 et du 1^{er} janvier 2011 au 31 août 2011. Ces deux décisions n'ont pas fait l'objet d'opposition. Toutefois, dans la mesure où la caisse a annoncé dans sa décision sur opposition du 6 septembre 2012 qu'elle ne notifierait ces nouvelles décisions qu'une fois la décision sur opposition entrée en force, ce qu'elle n'a finalement pas fait, le recourant doit être protégé dans sa bonne foi et ces deux décisions sont également objet du présent recours. 4. a) A teneur de l'art. 2 al. 1 LPC, la Confédération et les cantons accordent aux personnes qui remplissent les conditions fixées aux art. 4 à 6 des prestations complémentaires destinées à la couverture des besoins vitaux. Conformément à l'art. 4 al. 1 LPC, ces personnes sont en particulier les ressortissants suisses, qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse et qui perçoivent une rente de l'AVS (let. a) ou de l'assurance-invalidité (let. c). b) Selon l'art. 9 al. 1 LPC, le montant des prestations complémentaires correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants. En outre, les dépenses reconnues et les revenus déterminants des conjoints et des personnes qui ont des enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI sont additionnés (art. 9 al. 2 LPC). ba) S'agissant des dépenses reconnues, celles-ci sont appréhendées de manière exhaustive par l'art. 10 LPC (TF 9C_945/2011 du 11 juillet 2012 consid. 5.1, 9C_822/2009 du 7 mai 2010 consid. 3.3 et la référence citée, in SVR 2011 EL n° 2 p. 5) et comprennent - pour les personnes ne vivant pas en permanence ou pour une longue période dans un home ou un hôpital - les montants forfaitaires qui y sont définis (al. 1 let. a) ainsi que des montants correspondant, dans certains cas limitativement énumérés, à des frais effectifs, parfois uniquement à concurrence d'une certaine somme (al. 1 let. b et al. 3). Selon l'art. 1c OPC-AVS/AI (ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.301), les dépenses reconnues sont prises en compte pour le conjoint directement concerné par elles. Quand une dépense concerne indifféremment les deux conjoints, elle est prise en compte par moitié pour chacun d'eux. bb) Les revenus déterminants, quant à eux, sont fixés par l'art. 11 al. 1 LPC, lequel précise que ceux-ci comprennent notamment deux tiers des

ressources en espèces ou en nature provenant de l'exercice d'une activité lucrative, pour autant qu'elles excèdent annuellement 1'000 fr. pour les personnes seules et 1'500 fr. pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI (let. a), le produit de la fortune mobilière et immobilière (let. b), les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d), les allocations familiales (let. f), les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi (let. g). c) Concernant le revenu hypothétique, il ressort de l'art. 14a al. 1 et 2 OPC-AVS/AI que le revenu de l'activité lucrative des invalides est pris en compte sur la base du montant effectivement obtenu par l'assuré durant la période déterminante. Toutefois, pour les personnes invalides âgées de moins de 60 ans et en l'absence de revenu, le revenu de l'activité lucrative à prendre en compte correspond au moins au montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux des personnes seules selon l'art. 10 al. 1 let. a ch. 1 LPC, augmenté d'un tiers, pour un taux d'invalidité de 40 à moins de 50 % (al. 2 let. a), au montant maximum destiné à la couverture des besoins selon la let. a, pour un taux d'invalidité de 50 à moins de 60 % (al. 2 let. b), aux deux tiers du montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux selon la let. a, pour un taux d'invalidité de 60 à moins de 70 % (al. 2 let. c). Néanmoins, on rappellera que les revenus hypothétiques, provenant d'une activité lucrative, fixés schématiquement aux art. 14a et 14b OPC-AVS/AI représentent une présomption juridique. L'assuré peut renverser cette présomption en apportant la preuve qu'il ne lui est pas possible de réaliser de tels revenus ou qu'on ne peut l'exiger de lui. En examinant la question de savoir si l'assuré peut exercer une activité lucrative et si on est en droit d'attendre de lui qu'il le fasse, il convient de tenir compte conformément au but des prestations complémentaires, de toutes les circonstances objectives et subjectives qui entravent ou compliquent la réalisation d'un tel revenu, telles la santé, l'âge, la formation, les connaissances linguistiques, l'activité antérieure, l'absence de la vie professionnelle, le caractère admissible d'une activité, les circonstances personnelles et le marché du travail (TF 9C_839/2011 du 6 décembre 2012, consid. 2.2 et les références citées). Lorsque l'impossibilité d'exercer une activité raisonnablement exigible demeure non prouvée, l'assuré devra se voir opposer la prise en compte d'un revenu hypothétique correspondant à son âge et à son taux d'invalidité. Il faut en effet éviter que l'assuré présentant une capacité résiduelle de travail et de gain ne reçoive par le canal des prestations complémentaires ce que l'AI ne veut pas lui accorder (RCC 1990 p. 157, consid. 2). S'agissant du critère de la mise en valeur de la capacité de gain sur le marché de l'emploi, l'ancien Tribunal fédéral des assurances avait considéré qu'il importait de savoir si et à quelles conditions l'intéressé était en mesure de trouver un travail. A cet égard, il faut prendre en considération, d'une part, l'offre des emplois vacants appropriés et, d'autre part, le nombre de personnes recherchant un travail (TFA P_2/99 du 9 décembre 1999). Il y a lieu d'examiner concrètement la situation du marché du travail (TFA P_18/02 du 9 juillet 2002). Cela signifie que la fixation d'un revenu hypothétique dans le cadre du calcul des prestations complémentaires ne saurait se référer à un marché de l'emploi en général et équilibré, mais doit bien davantage tenir compte de la situation personnelle et concrète ainsi que du marché de l'emploi tel qu'il se présente au moment déterminant aux alentours du domicile de la personne concernée, de sorte qu'il en résulte en général un montant inférieur aux salaires résultant de la table TA1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). 5. a) Pour fixer le revenu déterminant d'assurés partiellement invalides, le Tribunal fédéral a posé comme principe que les organes

compétents en matière de prestations complémentaires doivent en principe s'en tenir à l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité, leurs propres mesures d'instruction ne portant que sur les causes de l'incapacité de gain qui sont étrangères à l'invalidité (ATF 117 V 202). Dans l'arrêt 8C_68/2007 du 14 mars 2008, notre Haute Cour a précisé que: "Il n'en demeure pas moins que [la] jurisprudence sur la force obligatoire de l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité ne s'applique qu'à la condition que ceux-ci aient eu à se prononcer sur le cas et que l'intéressé ait été qualifié de personne partiellement invalide par une décision entrée en force. Mais même dans ce cas, les organes d'exécution en matière de prestations complémentaires doivent se prononcer de manière autonome sur l'état de santé de l'intéressé lorsque est invoquée une modification intervenue depuis l'entrée en force du prononcé de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 6/04 du 4 avril 2005, consid. 3.1 et 3.1.1). Aussi, les organes d'exécution en matière de prestations complémentaires ne sont-ils pas fondés à se prévaloir d'un manque de connaissances spécialisées pour écarter d'emblée toute mesure d'instruction au sujet de l'état de santé d'une personne (arrêt 8C_172/2007 du 6 février 2008, consid. 7.2)." b) En l'espèce, le recourant soutient en particulier que son état de santé s'est considérablement péjoré sur le plan psychique, péjoration ne lui permettant plus d'exercer une activité lucrative résiduelle telle que calculée par l'OAI depuis sa dernière décision du 19 mars 2012. A l'appui de ses allégations, il a remis à la caisse un premier certificat du Dr T. _____ daté du 8 mai 2012, attestant une incapacité de travail totale à compter du 13 janvier 2009, soit à une période antérieure à la décision de l'OAI et qui a été prise en compte dans l'examen effectué par cet office. Par la suite, dans le cadre de la présente procédure, plus précisément en annexe à sa réplique, il a produit un second certificat plus complet, du 10 décembre 2012, établi par ce même praticien et par Madame S. _____ et mettant en avant des troubles psychiques se péjorant depuis mars 2011 avec des conséquences importantes en été et en automne (novembre) 2012. 6. Au regard de ce qui précède, la décision sur opposition doit être confirmée pour ce quelle a trait à la décision du 29 juin 2012 relative à la période allant du 1^{er} février 2010 au 30 septembre 2010. En effet, on soulignera que les prestations complémentaires portant sur cette période n'ont pas été calculées en tenant compte d'un revenu hypothétique, le recourant étant durant cette période considéré comme invalide à 100%. Ainsi seule sa rente AI a été prise en considération comme revenu, ce qui correspond au demeurant à ce que le recourant a demandé dans le cadre de son recours. En outre, ce dernier n'allègue pas une péjoration de son état de santé durant cette période, période en outre bien antérieure à la décision de rente de l'OAI du 19 mars 2012. Le certificat médical du 8 mai 2012 qui atteste une incapacité de travail totale dès 2009 ne motive pas les raisons de cette incapacité et porte sur une période prise en compte et examinée par l'OAI. Il n'apporte à cet égard aucun nouvel élément. Quant à la décision du 12 novembre 2012, annulant et remplaçant celle du 29 juin 2012 portant sur la période allant du 1^{er} octobre 2010 au 31 décembre 2010, on constatera qu'elle rejoint les prétentions du recourant pour ce qui concerne le montant de ses prestations complémentaires mensuelles, soit 81 fr. par mois, montant qui s'avère supérieur de 1 fr. aux conclusions subsidiaires prises dans son recours pour cette période. De plus, cette décision ne porte pas sur une période où une péjoration de son état de santé est attestée médicalement et est également antérieure à la décision de rente de l'OAI. S'agissant de la décision du 12 novembre 2012 annulant et remplaçant celle du 29 juin 2012 relative à la période allant du 1^{er} janvier 2011 au 31 août 2011, il convient de la confirmer également, cette période étant antérieure à la décision de rente de l'OAI du 19 mars 2012. On constatera

pour le surplus que le montant des prestations complémentaires octroyé par la caisse s'avère supérieur de 29 fr. par mois à celui requis par le recourant (soit 109 fr. au lieu de 80 fr.) dans son écriture du 11 octobre 2012. Quant à la décision sur opposition, pour ce quelle a trait à la décision du 29 juin 2012 relative à la période allant du 1^{er} septembre au 31 décembre 2011, elle doit être confirmée également au motif qu'elle porte sur une période antérieure à la décision de l'OAI du 19 mars 2012, à savoir sur une période où l'OAI s'est prononcé sur l'état de santé du recourant et sur son degré d'invalidité. En ce qui concerne la décision du 29 juin 2012 relative à la période allant du 1^{er} janvier au 31 mai 2012, elle doit être également confirmée, dans la mesure où l'aggravation dont fait état le certificat médical du 10 décembre 2012 est postérieure à la période prise en compte par ladite décision, savoir en été ou automne 2012. Il incombera, le cas échéant, à la caisse de se prononcer de façon autonome sur la situation médicale du recourant après la période litigieuse du 31 mai 2012, dès lors que le certificat du 10 décembre 2012 fait état d'une péjoration de son état de santé survenue après l'entrée en force de la dernière décision de l'assurance-invalidité, en particulier en été et en automne 2012. Le certificat produit n'est certes que peu ou pas motivé mais il ne peut sans autre explication ou mesure d'instruction être exclu que la péjoration invoquée se soit effectivement produite et qu'elle soit d'une certaine durée (cf. TF 9C_255/2011 du 21 janvier 2011) réduisant en cela la capacité de gain du recourant. En effet, l'intimée ne saurait nier d'emblée l'existence de toute aggravation de l'incapacité de travail du recourant au seul motif qu'elle est liée par l'invalidité retenue par l'OAI. Il lui appartiendra, le cas échéant, d'instruire le dossier de l'assuré conformément à l'art. 43 al. 1 LPGA, si elle devait estimer les certificats médicaux produits par le recourant comme insuffisamment probants et demander toutes informations et documents utiles pour se déterminer sur l'état de santé objectif de ce dernier. 7. a) En définitive, le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision sur opposition du 6 septembre 2012 ainsi que les décisions du 12 novembre 2012 confirmées. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS le 6 septembre 2012 ainsi que les décisions du 12 novembre 2012 sont confirmées. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Fortuna Compagnie d'assurance de protection juridique SA (pour F. _____), ■ 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.