

VD_GERICHTE ZH19.035410 vom 27. April 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZH19.035410

FR: VD_GERICHTE ZH19.035410 du 27 avril 2020

IT: VD_GERICHTE ZH19.035410 del 27 aprile 2020

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable 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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA).

E. 2

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels

- 8 - l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) En l'occurrence, le litige a pour objet le droit de la recourante à des prestations complémentaires à compter du 1er juillet 2019, singulièrement le passage d'une prestation en espèces à un octroi partiel. En revanche, les conclusions de la recourante tendant à l'augmentation de sa rente d'invalidité sont extrinsèques à l'objet de la présente contestation tel que défini par la décision sur opposition du 25 juillet 2019 et doivent, dès lors, être déclarées irrecevables.

E. 3

a) Les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à des prestations complémentaires, dès lors qu'elles ont droit à une rente ou à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité ou perçoivent des indemnités journalières de l'assurance-invalidité sans interruption pendant six mois au moins (art. 4 al. 1 let. c LPC). Les prestations complémentaires se composent de la prestation complémentaire annuelle, qui est une prestation en espèces, et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité, qui constitue une prestation en nature (art. 3 LPC). b) Selon l'art. 9 al. 1 LPC, le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants. Le Conseil fédéral édicte des

- 9 - dispositions sur la prise en compte du revenu de l'activité lucrative pouvant raisonnablement être exigée de personnes partiellement invalides (art. 9 al. 5 let. c LPC). A cet égard, l'art. 14a OPC-AVS/AI (ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 ; RS 831.301) prévoit que le revenu de l'activité lucrative des invalides est pris en compte sur la base du montant effectivement obtenu par l'assuré dans la période déterminante (al. 1). Pour les invalides âgés de moins de soixante ans, le revenu de l'activité lucrative à prendre en compte correspond au moins (al. 2) : pour un taux d'invalidité de 40 % à moins de 50 %, 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 (let. a) ; pour un taux d'invalidité de 50 % à moins de 60 %, au montant maximum destiné à la couverture des besoins selon la let. a (let. b) ; pour un taux d'invalidité de 60% à moins de 70 %, aux deux tiers du montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux selon la let. a (let. c). Le montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux des personnes seules selon l'art. 10 al. 1 let. a ch. 1 LPC correspond à 19'450 fr. depuis le 1er janvier 2019 (art. 1 let. a de l'Ordonnance 19 concernant les adaptations dans le régime des prestations complémentaires à l'AVS/AI du 21 septembre 2018 ; RO 2018 3535). Lorsque le montant indiqué à l'art. 14a al. 2 let. a à c OPC- AVS/AI n'est pas atteint, de même que quand aucune activité lucrative n'est exercée, l'assuré est présumé avoir renoncé à des ressources au sens de l'art. 11 al. 1 let. g LPC. L'assuré peut renverser cette présomption en apportant la preuve que des circonstances objectives et subjectives extérieures à l'invalidité, telles que l'âge, le manque de formation ou de connaissances linguistiques, des circonstances personnelles ou la situation du marché du travail, entravent ou compliquent la réalisation d'un tel revenu (ATF 141 V 343 consid. 3.3 ; 140 V 267 consid. 2.2 ; TF 9C_827/2018 du 20 mars 2019 consid. 4.3 et les références citées). Quant aux directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC), édictées par l'Office fédéral des

- 10 - assurances sociales, elles prévoient notamment qu'aucun revenu hypothétique n'est pris en compte si l'assuré ne trouve aucun emploi malgré tous ses efforts, sa bonne volonté et les démarches entreprises (ce qui présuppose une annonce à l'ORP et des recherches d'emploi suffisantes qualitativement et quantitativement) ou s'il touche des allocations de chômage (ch. 3424.07 DPC). Si par ailleurs l'assuré fait valoir, dans la demande de prestations complémentaires, qu'il ne peut exercer d'activité lucrative ou atteindre le montant-limite déterminant, l'autorité doit procéder à la vérification de ses dires avant de rendre sa décision. L'assuré peut être invité à préciser ses allégations et à les étayer ; s'il ne fait rien valoir de semblable, la décision peut être rendue sans autre (ch. 3424.09 DPC). c) Pour fixer le revenu déterminant d'assurés partiellement invalides, 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 porteront que sur les causes de l'incapacité de gain qui sont étrangères à l'invalidité (ATF 117 V 202 consid. 2b). Cependant, lorsqu'une modification de l'état de santé est alléguée après l'entrée en force de la décision de l'assurance-invalidité, mais avant la décision portant sur le droit aux prestations complémentaires, les organes compétents en matière de prestations complémentaires doivent se prononcer de manière autonome sur l'état de santé de l'assuré, en se fondant sur le degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C_827/2018 précité consid. 6.1 et les références citées). d) Si une prestation complémentaire en cours doit être réduite en raison de la prise en compte d'un revenu minimum au sens de l'art. 14a al. 2 OPC-AVS/AI, la réduction ne pourra avoir lieu avant l'écoulement d'un délai de six

mois dès la notification de la décision afférente (voir art. 25 al. 4 OPC-AVS/AI).

E. 4

En l'espèce, il est constant que la recourante perçoit une demi- rente d'invalidité depuis le 1er juillet 2015 et que cette rente était en cours

- 11 - de révision lorsque l'intéressée a sollicité des prestations complémentaires le 13 janvier 2017, dans les suites de son licenciement au 31 décembre 2016. C'est à la lumière de ces circonstances que l'intimée n'a, dans un premier temps, intégré aucun revenu hypothétique dans le calcul du droit aux prestations complémentaires, allouant ainsi un montant mensuel de 957 fr. à l'assurée par décision du 4 août 2017. Dès la décision de l'OAI rendue à l'issue de la procédure de révision susdite, le 26 novembre 2018, la CCVD est toutefois revenue sur son calcul. Constatant que ladite décision entérinait l'absence de modification de l'état de santé de l'assurée et un droit inchangé à une demi-rente d'invalidité, la Caisse a pris en compte un revenu hypothétique de 19'450 fr. dans le calcul des prestations complémentaires, aboutissant à un octroi partiel (subventionnement des primes de l'assurance obligatoire des soins et remboursement des frais de maladie) en lieu et place d'une prestation en espèces. C'est cette réduction du droit aux prestations complémentaires – singulièrement, la suppression de la prestation en espèces de 957 fr. par mois à compter du 1er juillet 2019 et son remplacement par un octroi partiel – que la recourante conteste dans le cadre du présent litige. a) La recourante réfute la prise en compte d'un revenu hypothétique en faisant essentiellement valoir qu'elle ne peut pas travailler, ni trouver un emploi adapté. A cet égard, elle critique essentiellement l'évaluation de sa capacité de travail faite par le Dr J. _____ sur mandat de l'OAI et estime, quant à elle, que l'appréciation de sa psychiatre traitante, la Dre P. _____, doit être privilégiée. Le raisonnement de l'assurée repose toutefois sur des prémisses erronées. En effet, contrairement à ce que soutient l'intéressée (cf. mémoire de recours du 4 août 2019), l'OAI n'est pas compétent en matière de prestations complémentaires. Il est vrai qu'un lien, voulu par le législateur, existe entre les prestations complémentaires et les rentes de l'AVS/AI (Message du Conseil fédéral, du 21 septembre 1964, relatif à un projet de loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse,

- 12 - survivants et invalidité, FF 1964 II 705, 715 ch. II/2). Ainsi, comme leur nom l'indique, les prestations complémentaires sont en principe allouées en complément d'une prestation de base de l'AVS ou de l'AI (Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, Genève/Zurich/Bâle 2015, n° 2 ad art. 4 LPC p. 27). C'est pourquoi l'évaluation faite par l'assurance-invalidité doit en principe être suivie en matière de prestations complémentaire (cf. consid. 3c supra), d'autant plus lorsque – comme en l'espèce – la décision fixant le droit aux prestations complémentaires intervient dans les suites immédiates de la procédure de révision du droit à la rente d'invalidité. D'un point de vue formel, la répartition des compétences reste claire : les décisions en matière de prestations complémentaires et celles en matière d'assurance-invalidité sont rendues par des autorités différentes, selon des législations spécifiques et à l'issue de procédures distinctes. Cela étant, la CCVD ne saurait excéder ses compétences pour se prononcer sur le caractère bien ou mal fondé d'une décision rendue par l'OAI et, corrélativement, l'office ne saurait empiéter sur le calcul des prestations complémentaires incombant à la Caisse. Dans le cas particulier, la décision prononcée par la CCVD se fonde sur la décision de l'OAI du 26 novembre 2018 reconnaissant à l'assurée une capacité de travail de 50 % dans toute activité. Cette dernière décision n'a pas été contestée dans le délai utile, de sorte qu'elle est entrée en

force. Partant, les arguments d'ordre médical invoqués par la recourante ne sont pas pertinents à ce stade ; c'est en définitive dans le cadre d'un recours contre la décision du 26 novembre 2018 refusant d'augmenter sa demi-rente d'invalidité que l'intéressée aurait dû faire valoir de tels arguments. On ajoutera, au demeurant, que la recourante s'était déjà vu informer les 7 avril et 3 mai 2017 de la prise en compte d'un revenu hypothétique dans le calcul des prestations complémentaires en cas d'invalidité partielle. Si, initialement, la CCVD a fait abstraction de ce revenu tant que la procédure de révision était pendante devant l'OAI, il reste que lorsque la Caisse a signifié à l'assurée le 12 décembre 2018 qu'un revenu hypothétique allait effectivement être inclus dans le calcul des prestations complémentaires, l'intéressée disposait alors de

- 13 - suffisamment d'éléments pour faire le lien avec la décision de l'OAI du 26 novembre 2018 et, cas échéant, attaquer cette décision devant la juridiction compétente, le délai de recours n'étant alors pas échu. Comme l'a relevé l'intimée (cf. décision sur opposition du 25 juillet 2019), la position inverse n'est, du reste, pas soutenable dans la mesure où la recourante ne peut pas être en accord avec la décision de l'OAI du 26 novembre 2018 confirmant son droit (inchangé) à une demi-rente d'invalidité et demander paradoxalement à être considérée comme totalement invalide sous l'angle des prestations complémentaires (cf. réplique du 25 septembre 2019). Ses arguments ne peuvent dès lors qu'être réfutés. b) Au titre des circonstances particulières qui justifieraient de ne prendre en compte aucun revenu hypothétique dans le calcul du droit aux prestations complémentaires, l'intéressée fait essentiellement valoir qu'elle s'est inscrite auprès de l'assurance-chômage en juillet 2019 mais que l'autorité compétente a renoncé à intervenir au motif d'une totale incapacité pour une éventuelle recherche d'emploi (cf. réplique du 25 septembre 2019). Implicitement, l'assurée se prévaut donc de son inaptitude au placement vis-à-vis de l'assurance-chômage. Cet argument est toutefois inopérant. A cet égard, il convient de relever que des dispositions particulières régissent l'aptitude au placement des assurés annoncés à l'assurance-invalidité (art. 15 al. 2 LACI [loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; RS 837.0] ; art. 15 OACI [ordonnance fédérale du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; RS 837.02] ; art. 70 al. 2 let. b LPGA). Dans ce contexte, les exigences d'aptitude au placement de l'art. 15 al. 1 LACI – lesquelles comprennent, d'une part, la capacité de travailler (condition objective) et, d'autre part, la disposition à accepter un travail (condition subjective) – s'apprécient avec davantage de souplesse s'agissant de la capacité de travailler. En revanche, le chômeur handicapé doit être disposé à accepter un emploi correspondant à sa capacité de travail résiduelle et il doit effectivement

- 14 - rechercher un tel emploi ; s'il n'est pas disposé à accepter un tel emploi ou s'estime totalement incapable de travailler, il est inapte au placement et ne peut prétendre à l'avance des prestations par l'assurance-chômage (TF 8C_242/2019 du 5 mars 2020 consid. 2 et les références citées). Ainsi, l'inaptitude au placement ne constitue pas en tant que telle la preuve d'une entière incapacité de travail, respectivement d'une impossibilité à trouver un travail à l'issue de recherches infructueuses, mais peut tout aussi bien sanctionner le refus de la personne assurée de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail. Or la recourante ne fournit aucun élément concret à l'appui de ses allégations. Pourtant, un devoir de collaboration particulier incombe au demandeur ou bénéficiaire de prestations complémentaires en lien avec l'établissement des faits par l'organe d'exécution des prestations complémentaires (art. 43 al. 1 LPGA), en ce sens qu'il doit faire valoir les

circonstances qui sont à son avis propres à renverser la présomption selon laquelle il aurait renoncé à réaliser un revenu. Si de telles circonstances ne sont pas alléguées ni n'apparaissent sans autre, ou si les clarifications ne conduisent pas à un résultat convainquant, l'intéressé supporte les conséquences de l'absence de preuve (ATF 117 V 153 consid. 3b ; TF 9C_321/2013 du 19 septembre 2013 consid. 2). Cela étant, la recourante n'ayant aucunement étayé ses affirmations quant à ses démarches auprès de l'assurance-chômage, la Cour de céans ne peut donc en tenir compte. Sur le vu de ce qui précède, il apparaît donc que la recourante échoue à faire la démonstration de circonstances spécifiques justifiant de ne pas incorporer un revenu hypothétique au calcul du droit aux prestations complémentaires. Par surabondance, on notera encore que la recourante a attendu le mois de septembre 2019 pour invoquer devant la Cour de céans les démarches entreprises dès le mois de juillet 2019 auprès de l'assurance-chômage, alors même que, compte tenu de l'obligation de renseigner dûment mentionnée dans la décision du 21 juin 2019 (p. 2), il

- 15 - pouvait être attendu d'elle qu'elle en informe sans délai la CCVD – à tout le moins, au stade de son opposition du 15 juillet 2019. c) Pour le surplus, la recourante n'émet aucun grief à l'encontre des chiffres retenus par la Caisse dans son calcul. Le Tribunal ne distingue, par ailleurs, aucune circonstance particulière justifiant de s'en écarter. Notamment, contrairement à ce que soutient l'assurée, cette dernière ne dispose en tous les cas d'aucune « rente PC acquise », dite prestation étant soumise à des réexamens périodiques mais tous les quatre ans au moins (art. 30 OPC-AVS/AI), notamment en présence d'une situation donnant lieu à l'application de l'art. 14a al. 2 OPC-AVS/AI. Par conséquent, la position de l'intimée ne peut qu'être maintenue. d) Finalement, s'agissant des critiques émises par l'assurée à l'encontre de la procédure d'opposition, elles n'ont guère de fondement. En effet, l'opposition est à la fois un véritable moyen de droit que les parties doivent utiliser avant de saisir le juge et une procédure tendant à ce que l'autorité qui a déjà statué rende une nouvelle décision qui se substituera à la première. Il est ainsi inhérent au système de l'opposition que ce soit la même autorité qui statue, la garantie de l'indépendance de l'autorité n'étant pas mise en péril de ce fait (Valérie Défago Gaudin, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, nos 2 et 3 ad art. 52 LPGA p. 613 s.). Peu importe, par conséquent, que la décision du 21 juin 2019 et la décision du 25 juillet 2019 aient toutes deux été rendues par la CCVD – respectivement par le Service des prestations complémentaires AVS/AI pour la première, et par le Service juridique pour la seconde – puisqu'il s'agit là d'une procédure respectant les exigences légales en la matière.

E. 5

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

- 16 - 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, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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