

## VD\_GERICHTE ZH22.034774 vom 3. Februar 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-02-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZH22.034774](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZH22.034774)

FR: VD\_GERICHTE ZH22.034774 du 3 février 2023

IT: VD\_GERICHTE ZH22.034774 del 3 febbraio 2023

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL PC 42/22 - 3/2023 ZH22.034774 CO UR DE S ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 3 février 2023 \_\_\_\_\_ Composition : Mme BERBERAT, présidente M. Piguet, juge, et Mme Dormond Béguelin, assesseure Greffier : M. Germond \*\*\*\*\* Cause pendante entre : J. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, et CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS, à Vevey, intimée. \_\_\_\_\_ Art. 43 al. 3 LPGA 402

- 2 - E n f a i t : A. J. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est au bénéficiaire de prestations complémentaires depuis le 1er février 2017 à la suite du dépôt d'une demande de prestations le 14 février 2017 auprès de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse ou l'intimée ; cf. décision du 15 mai 2017). Par décision du 30 décembre 2020, la Caisse a informé l'assuré que dès le 1er janvier 2021 le montant mensuel des prestations complémentaires serait de 1'023 fr. et a annexé les plans de calcul selon le nouveau et l'ancien droit. Dans le cadre de la révision quadriennale de son dossier de prestations complémentaires, l'Agence d'Assurances Sociales ([AAS] ; ci-après : l'agence) a, par courrier du 5 juillet 2021, demandé à l'assuré de lui retourner jusqu'au 19 juillet 2021 le formulaire annexé ainsi que les documents justificatifs selon la liste jointe, ainsi que de prendre rendez-vous selon les indications fournies. L'agence a adressé à l'assuré un courrier de rappel le 21 juillet 2021. Aux termes d'un second rappel du 10 août 2021, l'agence a rendu l'assuré attentif aux conséquences de l'absence de nouvelles de sa part sur son droit aux prestations complémentaires. L'agence en a fait de même dans ses courriers de rappel des 27 août et 10 septembre 2021 adressés à l'assuré. Par courriel du 28 septembre 2021, l'assuré a fait part à l'agence de problèmes de santé et de négligence dans le suivi de ses affaires administratives.

- 3 - Dans sa réponse du même jour, l'agence a informé l'assuré du transfert de son dossier à la Caisse. Par courriel du 26 octobre 2021, l'assuré a transmis à l'agence un tableau des revenus annuels pour une activité indépendante (en qualité d'ingénieur et directeur de travaux) exercée depuis 2016, soit 1'600 fr. en 2016, 5'800 fr. en 2017, 4'800 fr. en 2018, 4'950 fr. en 2019, 13'538 fr. en 2020 et 5'900 fr. en 2021. Par courrier du 4 novembre 2021, la Caisse a demandé à l'assuré de produire les documents justificatifs selon la liste jointe et de répondre à des questions précises. La Caisse a adressé à l'assuré un courrier de rappel du 6 décembre 2021. La Caisse a adressé à l'assuré un second rappel du 14 février 2022 en lui impartissant un délai au 28 février 2022 pour donner de ses nouvelles tout en l'informant qu'à défaut, son droit aux prestations complémentaires serait supprimé. Par décision du 6 mai 2022, la Caisse a supprimé le droit de l'assuré aux prestations complémentaires avec effet au 30 avril 2022. Le 4 juin 2022, l'assuré s'est opposé à la décision de suppression des prestations complémentaires précitée, aux motifs qu'elle était infondée, que le budget avait été communiqué en 2021, qu'il n'avait pas obtenu de réponses aux courriels et que les

déclarations étaient mensongères. Il a demandé un « entretien d'urgence » auprès de la Caisse. Par courriel du 6 juillet 2022, la Caisse a informé l'assuré de l'absence de transmission des documents demandés par courriers des 4 novembre 2021, 6 décembre 2021 et 14 février 2022. Elle a joint une

- 4 - copie de sa dernière lettre de rappel du 14 février 2022 avec la liste des justificatifs à produire. Par courriel du 13 juillet 2022, l'assuré a indiqué à la Caisse avoir déposé, le 12 mai 2022, des justificatifs auprès de l'agence avec attestations bancaires et avoir fourni des précisions complémentaires. Au terme d'un échange de courriels le 29 juillet 2022, la Caisse a réitéré sa demande de renseignements ou documents à produire au plus vite selon la liste jointe, à savoir : « ■ Copie de tous vos relevés bancaires et/ou postaux au 31.12.2020 et 31.12.2021, intérêts annuels inscrits ; ■ Copie de votre déclaration d'impôts 2020 dans son intégralité, ainsi que la copie de la décision de taxation fiscale 2020 ; ■ A quoi correspond le tableau des revenus que vous nous avez fait parvenir ? Veuillez nous faire parvenir tous les justificatifs attestant de ces revenus (fiches de salaire mensuelles, certificats de salaires annuels, attestation de l'employeur, etc.) ; ■ Copie des relevés bancaires du compte que vous possédez auprès de la banque R.\_\_\_\_\_ du [...] au 31 décembre de chaque année de 2016 à 2020, intérêts annuels inscrits. » Par décision sur opposition du 29 juillet 2022, la Caisse a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision de suppression des prestations complémentaires du 6 mai 2022. B. Par acte daté du 30 juillet 2022 et déposé le 30 août 2022, J.\_\_\_\_\_ a déféré auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la décision sur opposition rendue par la Caisse le 29 juillet 2022. Par courrier du 31 août 2022, la juge instructrice a invité le recourant à compléter son recours en joignant un formulaire d'assistance judiciaire et l'informant qu'un avocat d'office pouvait être désigné s'il en remplissait les conditions. Le 29 septembre 2022, le recourant a complété son acte de recours. Il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition querellée. En substance, il maintient avoir transmis, le 12 mai 2022, un « dossier

- 5 - complet avec justificatif » comme cela lui a été demandé par la caisse intimée. Dans sa réponse du 20 octobre 2022, la Caisse conclut au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition attaquée, sans que les explications fournies ne permettent de modifier sa position. Le recourant ne s'est pas déterminé plus avant. E n d r o i t : 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'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression des prestations complémentaires du recourant à compter du 1er mai 2022 pour défaut de collaboration. 3. a) Aux termes de l'art. 30 OPC-AVS/AI (ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.301), les services chargés de fixer et de verser les prestations complémentaires doivent réexaminer

- 6 - périodiquement, mais tous les quatre ans au moins, les conditions économiques des bénéficiaires. b) Selon l'art. 43 LPGA, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2022, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin ; les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assureur détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (al. 1bis). Par ailleurs, l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Cet article dispose en outre que si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière ; il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA). Pour qu'un manquement à l'obligation de collaborer ou de renseigner entraîne les conséquences juridiques prévues à l'art. 43 al. 3 LPGA, il faut que l'assureur ait préalablement adressé à la personne assurée une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques d'un tel défaut et lui impartissant un délai de réflexion convenable (TF 9C\_553/2016 du 17 novembre 2016 consid. 2.1). Cette règle de procédure ne souffre aucune exception. Un assureur ne saurait en particulier s'y soustraire au motif que la personne assurée a catégoriquement refusé de se soumettre à une mesure d'instruction raisonnablement exigible (ATF 122 V 218). Le comportement de la personne assurée ne doit cependant être sanctionné que pour autant que l'assureur a, en parallèle, tout mis en œuvre pour constituer un dossier aussi complet que possible ; il ne saurait se décharger sur la personne assurée de mesures d'instruction auxquelles son devoir d'élucider d'office les faits déterminants lui commande de

- 7 - procéder. Il s'ensuit que toute attitude passive, voire tout refus de collaborer, de la personne assurée n'entraîne pas nécessairement un préjudice pour celle-ci, notamment lorsque l'assureur serait en mesure de se fonder sur d'autres données que celles dont il demande la communication ou lorsque, sans démarches excessivement compliquées, il aurait pu ou pourrait obtenir ailleurs les renseignements qui lui font défaut. Lorsque l'assureur se prononce en l'état du dossier, il ne peut se contenter d'examiner la situation sous l'angle du seul refus de collaboration de la personne assurée, mais doit procéder à une appréciation matérielle du cas à la lumière des pièces au dossier. Dans le contexte particulier de la révision d'une prestation durable, une telle appréciation peut toutefois conduire à un résultat singulier. Lorsque la personne assurée ne se conforme pas à son devoir de renseigner ou de collaborer et que le dossier ne contient aucun élément permettant d'admettre que les circonstances déterminantes se sont modifiées, l'absence de renseignements aurait pour résultat, compte tenu de la répartition du fardeau de la preuve, que l'assureur ne pourrait réduire ou supprimer la prestation. En d'autres termes, l'absence de collaboration de la personne assurée n'entraînerait, dans le cadre particulier de la révision, aucune conséquence défavorable pour elle. Compte tenu du caractère non admissible d'une telle solution, il convient d'admettre dans un tel cas un renversement du fardeau de la preuve au détriment de la personne assurée. Il appartient alors à cette dernière d'établir que les circonstances déterminantes n'ont pas subi de modifications susceptibles de modifier le droit à la prestation. En procédure de recours, le juge ne doit examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte. Il ne se justifie pas – et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure – d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de

la mesure requise (JACQUES OLIVIER PIGUET, in DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.],

- 8 - Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, nos 46, 50, 52, 54 et 55 ad art. 43 LPGA et les références). 4. a) En l'espèce, le recourant soutient que la demande de renseignements adressée par la caisse intimée serait exagérée dès lors qu'elle lui réclamait de joindre tous ses comptes bancaires et/ou postaux. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, les renseignements ou justificatifs demandés étaient nécessaires pour pouvoir procéder à la révision d'office de son dossier. L'octroi des prestations complémentaires retenait à titre de revenus uniquement sa rente AVS (cf. plans de calculs en annexe aux décisions des 15 mai 2017 et 30 décembre 2020). Or le tableau transmis par l'assuré par courriel du 26 octobre 2021 fait état d'une activité lucrative indépendante vraisemblablement exercée depuis plusieurs années et difficile à évaluer en l'absence des pièces justificatives idoines, ce d'autant plus que l'intéressé est, selon les éléments financiers versés au dossier (pièce 26), taxé d'office sur le plan fiscal. Il convient de constater que l'intimée n'avait pas d'autres moyens que de s'adresser au recourant pour constituer un dossier aussi complet que possible en obtenant les renseignements nécessaires sur sa situation économique. Jusqu'à présent, le recourant n'a en effet pas établi que les circonstances déterminantes n'avaient pas subi de modifications susceptibles de modifier son droit aux prestations. A la suite du courriel du 28 septembre 2021 de l'assuré à l'agence, lequel faisait état de problèmes de santé et de négligence dans le suivi de ses affaires administratives, la Caisse a octroyé des délais supplémentaires pour la remise des renseignements ou justificatifs demandés sans que l'assuré ne fasse plus état d'ennuis de santé. Au contraire, ce dernier a, par pièce, démontré qu'il déployait une activité indépendante en qualité d'ingénieur et directeur de travaux depuis plusieurs années.

- 9 - Ainsi, dans le prolongement de ses précédentes lettres des 4 novembre et 6 décembre 2021, la Caisse a adressé à l'assuré une mise en demeure écrite avec avertissement des conséquences juridiques et lui a fixé un délai de réflexion convenable. Dans sa lettre du 14 février 2022, elle a ainsi imparti à l'intéressé un délai au 28 février 2022 pour fournir les renseignements et justificatifs demandés en l'informant qu'à défaut, son droit aux prestations complémentaires serait supprimé, ce qu'elle a fait par décision du 6 mai 2022 avec effet au 30 avril 2022. b) Dans le cadre de son opposition du 4 juin 2022, l'assuré a allégué avoir déposé les documents sollicités lors d'un passage à l'agence en date du 12 mai 2022, alors que l'intéressé savait qu'elle n'était plus compétente pour traiter son dossier (cf. courriel du 28 septembre 2021 de l'agence à l'assuré). Par ailleurs, ce dépôt, postérieur à la décision de suppression des prestations complémentaires du 6 mai 2022, ne semble toutefois pas répondre à l'ensemble de la demande d'informations de la Caisse au vu des précisions contenues dans le courriel du 13 juillet 2022 de l'intéressé (pièce 19). L'assuré a en effet uniquement transmis le tableau de ses revenus annuels pour son activité indépendante exercée depuis 2016 avec certaines annexes, mais n'a pas fourni les renseignements et justificatifs demandés par courriers des 4 novembre 2021, 6 décembre 2021 et 14 février 2022. En tout état de cause, la Cour de céans constate que l'intimée lui a octroyé par courriel du 29 juillet 2022 un délai supplémentaire pour transmettre les renseignements et documents selon la liste jointe au courriel précité, mais n'a, à ce jour, pas été en mesure de reprendre le versement des prestations complémentaires. c) Au vu de ce qui précède, l'intimée était fondée, après avoir dûment imparti plusieurs délais au recourant pour respecter son obligation de renseignements et l'avoir averti des conséquences de son attitude, de supprimer les prestations complémentaires à compter du 1er mai 2022.

- 10 - 5. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 29 juillet 2022 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens. La présidente : Le greffier :

- 11 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - J. \_\_\_\_\_, - Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, - Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), 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.