

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 octobre 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représentée par Me Cvjetislav Todic, avocat à Montreux,

et

CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS, à [...], intimée.

Art. 43 LPGA ; 11a LPC ; 14a al. 2 let. c, 24 OPC-AVS/AI

E n f a i t :

A. a) K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], bénéficie de trois quarts de rente de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} août 2018, selon décisions rendues les 24 janvier et 18 février 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) constatant qu'elle présentait une capacité de travail et de gain de 40 % dans toute activité et donc un degré d'invalidité de 60 %.

Le 12 mai 2020, l'assurée a déposé une demande de prestations complémentaires auprès de l'agence d'assurances sociales de sa commune de domicile, en indiquant qu'elle était représentée par Me Cvjetislav Todic.

La demande a été transmise le 27 juillet 2020 à la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la CCVD ou l'intimée), laquelle a requis Me Todic de produire des pièces complémentaires par courrier du 30 juillet 2020, en particulier une décision de rente LPP dès réception de celle-ci. Dans un courrier séparé, la CCVD adressait également au mandataire un questionnaire destiné à déterminer si un revenu hypothétique devait être pris en compte dans le calcul de la prestation complémentaire.

Le mandataire de l'assurée a indiqué dans un courrier du 5 août 2020 que le capital de prévoyance constitué durant son dernier emploi avait été transféré sur un compte de libre-passage auprès d'E._____ et paraissait insuffisant pour permettre l'obtention d'une rente. Il a joint un extrait de ce compte, montrant que le capital s'élevait à 10'311 fr. 24 au 12 juin 2020, ainsi que le questionnaire complété et diverses autres pièces relatives à la situation économique de sa mandante.

Par courrier du 25 août 2020, rappelé les 7 octobre et 3 novembre 2020, la CCVD a sollicité de nouvelles pièces, dont une décision de rente LPP/2^e pilier de la part de la Fondation institution supplétive dès

qu'elle serait en sa possession, en relevant que l'assurée était « vraisemblablement au bénéfice d'indemnités journalières du chômage à la date de survenance de son invalidité ».

Dans un courrier daté du 5 août 2020 mais reçu par la CCVD le 16 novembre 2020, Me Todic a produit plusieurs pièces et indiqué que celles concernant une éventuelle rente LPP n'existaient pas, la situation étant inchangée depuis le 5 août 2020.

La CCVD a sollicité de nouvelles pièces le 27 janvier 2021, en particulier une décision provenant de la Fondation institution supplétive. A cet égard, Me Todic a répondu le 13 avril 2021 que cette décision n'était « pas encore » en sa possession mais « qu'elle pourra être produite ultérieurement ». La CCVD a réitéré sa demande tendant notamment à la production de cette décision par courrier du 27 mai 2021. Un « 1^{er} rappel » du 1^{er} novembre 2021 priait Me Todic de fournir les pièces requises pour le 30 novembre 2021, puis la CCVD lui a adressé le courrier suivant le 6 décembre 2021 :

« (...)

Par nos lettres des 27 mai 2021 et 1^{er} novembre 2021, nous vous avons demandé les renseignements ou justificatifs suivants :

- Relevés de tous vos comptes bancaires/postaux au 31.12.2020 avec mention des intérêts bruts annuels
- Justificatifs attestant de l'utilisation de votre capital de Fr. 180'000.- versé par [...] en septembre 2019 (ex : remboursement de dettes, impôts, acte de nantissement E. _____, donation, etc.) avec les montants et les dates
- Décision de rente LPP/2^{ème} pilier de la part de la Fondation institution supplétive, dès qu'elle sera en votre possession (document nécessaire à la prise de décision PC). Si vous ne l'avez pas encore reçue, une note sur la présente suffit.

Nous vous remerciant à l'avance de bien vouloir y donner suite le plus rapidement possible pour nous permettre de traiter votre dossier.

Sans nouvelles de votre part d'ici au 6 janvier 2022, nous nous verrons contraints de suspendre le traitement de votre demande de prestations complémentaires. Bien entendu, vous pourrez en tout temps nous présenter une nouvelle demande de PC, accompagnée

de tous les justificatifs nécessaires, que nous traiterons avec effet au premier jour du mois au cours duquel celle-ci aura été déposée.
(...) »

Par décision du 13 janvier 2022, constatant que les renseignements complémentaires requis n'avaient pas été produits, la CCVD a suspendu l'examen de la demande de prestations, en précisant que le dossier pourrait être réexaminé à réception des documents réclamés.

b) Le 28 avril 2022, Me Todic a repris contact par téléphone avec la CCVD à propos de la décision du 13 janvier 2022 précitée. Invité par courriel de celle-ci du même jour à déposer les justificatifs requis afin qu'une décision sujette à opposition puisse être rendue, il a fait valoir dans un courriel du 29 avril 2022 que la décision du 13 janvier 2022 était une décision de suspension et non une décision de non-entrée en matière comme l'avait qualifiée le collaborateur avec lequel il s'était entretenu par téléphone. Me Todic exposait que, lors de précédents entretiens téléphoniques avec un collaborateur de la CCVD, il avait été précisé qu'aucune décision ne pourrait être rendue tant que la caisse de prévoyance professionnelle ne se serait pas prononcée sur la question d'une rente d'invalidité du 2^e pilier. La suspension ayant été prononcée par la CCVD parce que la procédure menée auprès de la caisse LPP était en cours, il n'avait aucune raison à l'époque de s'y opposer.

Le 5 mai 2022, Me Todic a requis la reprise de la procédure suspendue par décision du 13 janvier 2022. Il a joint diverses pièces, dont une lettre de la Z. _____ du 1^{er} février 2022, rédigée comme suit :

« (...) »

Nous nous référons à votre lettre du 16 décembre 2021.

Après votre lettre nous avons de nouveau vérifié ce cas et ainsi le dossier complet de l'AI. Notre vérification n'a pas donné un nouveau résultat.

L'incapacité de travail dans la cause est à l'origine de l'invalidité est survenue après la sortie de la Z. _____. Le rapport d'assurance a pris fin le 30 novembre 2016. Ceci a été confirmé par l'employeur et aussi par le certificat de salaire, qui se trouve dans le dossier AI.

Une incapacité de travail due à la maladie de la sclérose en plaques est survenue au plus tôt en août 2017.

Nous maintenons donc toujours notre décision prise dans notre lettre du 9 décembre 2021.

Pour cette raison, la Z. _____ décline toute responsabilité relative à des prestations d'invalidité.
(...) »

Par décision du 15 juillet 2022, la CCVD a octroyé à l'assurée un droit à des prestations complémentaires d'un montant de 473 fr. par mois dès le 1^{er} avril 2022. Le calcul du revenu déterminant incluait un revenu hypothétique de 13'073 fr., lequel était pris en compte à raison des 2/3 après déduction d'un forfait de 1'000 fr., soit un montant de 8'049 fr. s'ajoutant à la rente AI. Dans un courrier joint, la CCVD indiquait que, compte tenu des indemnités de chômage perçues lors de la survenance de l'invalidité, l'assurée pouvait obtenir des prestations du 2^e pilier de l'Institution supplétive LPP, auprès de laquelle elle était invitée à entreprendre les démarches nécessaires puis de produire la décision y relative. Par ailleurs, compte tenu du degré d'invalidité de 60 % présenté par l'assurée, un revenu hypothétique correspondant aux deux tiers du montant de la couverture des besoins vitaux pour personne seule était retenu dans le calcul des prestations complémentaires.

Toujours représentée par Me Todic, l'assurée a formé opposition contre cette décision le 13 septembre 2022. Sollicitant préalablement d'être mise au bénéfice de l'assistance d'un conseil juridique gratuit, elle a conclu principalement à la réforme de la décision, en ce sens que les prestations complémentaires sont accordées sans déduction d'un revenu hypothétique et à compter du 1^{er} mai 2020. Elle a fait valoir, d'une part, que la décision du 13 janvier 2022 était une décision de suspension qui n'avait pas mis fin à la procédure et, d'autre part, qu'un revenu hypothétique ne pouvait être retenu dès lors qu'elle présentait une incapacité de travail complète. A l'appui de son opposition, l'assurée a produit en particulier un certificat médical du 1^{er} avril 2022 indiquant que son état de santé nécessitait de se rendre régulièrement chez son médecin traitant ainsi que chez des spécialistes, un certificat médical du 12 septembre 2022 attestant qu'elle était incapable de

travailler, même partiellement, dès le 1^{er} mai 2020 en raison de problèmes de santé très conséquents et invalidants, ainsi que des arrêts de travail successifs portant sur la période du 25 juillet au 12 novembre 2022.

Le 11 octobre 2022, le Service des curatelles et tutelles professionnelles (SCTP) a informé la CCVD du mandat de curatelle qui lui avait été confié. A la demande de la CCVD, le SCTP a ratifié l'opposition introduite par Me Todic.

Le 12 janvier 2023, Me Todic a produit la décision rendue le 6 janvier 2023 par la Fondation institution supplétive LPP, laquelle octroyait à l'assurée une rente d'invalidité du 2^e pilier de 75 % à compter du 1^{er} août 2018 et établissait un décompte des prestations rétroactives.

Par décision sur opposition du 24 février 2023, la CCVD a rejeté l'opposition. Elle a retenu que la demande déposée en mai 2020, lacunaire, n'avait été complétée qu'en mai 2022, malgré de nombreuses demandes de pièces, certaines suivies de rappels, et une décision restée sans réaction jusqu'en avril 2022. Dès lors, le droit aux prestations complémentaires ne pouvait prendre effet qu'en avril 2022. S'agissant du revenu hypothétique pris en compte, la CCVD était tenue en principe de reprendre l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité, qui était en l'occurrence de 60 % depuis le 1^{er} août 2018 selon décision du 24 janvier 2020 non contestée par l'assurée. Dans une décision incidente du même jour, la CCVD a rejeté à la requête d'assistance judiciaire gratuite.

c) Le 10 mars 2023, la CCVD a rendu les trois décisions suivantes :

- Une décision octroyant à l'assurée des prestations complémentaires d'un montant de 6 fr. par mois dès le 1^{er} janvier 2023. Le calcul des revenus déterminants tenait compte d'un revenu hypothétique de 8'049 fr. (deux-tiers de 13'073 fr. après déduction d'un forfait de

1'000 fr.), de la rente AI d'un montant de 14'184 fr. et de la rente du 2^e pilier par 6'274 francs.

- Une décision constatant que pour la période du 1^{er} avril au 31 décembre 2022, le montant des prestations complémentaires était nul. Le calcul des revenus déterminants tenait compte d'un revenu hypothétique de 8'049 fr. (deux-tiers de 13'073 fr. après déduction d'un forfait de 1'000 fr.), de la rente AI d'un montant de 13'824 fr. et de la rente du 2^e pilier par 6'073 francs.
- Une décision constatant que des prestations s'élevant à 5'826 fr. avaient été touchées indûment et réclamant leur restitution.

Le 27 mars 2023, le SCTP a sollicité la suppression du revenu hypothétique figurant dans la dernière décision de prestations complémentaires, au motif que des démarches étaient entreprises afin que la rente AI soit modifiée conformément au taux d'incapacité de travail de 100 %. Un certificat médical établi le 21 décembre 2022 par la médecin généraliste traitante de l'assurée était joint, attestant que l'intéressée était en incapacité de travail à 100 % depuis le 1^{er} janvier 2021. La CCVD a répondu le 25 avril 2023 que le revenu hypothétique devrait être maintenu jusqu'à droit connu sur la future procédure de révision de la décision de l'OAI, dont elle ne pouvait préjuger.

B. Entretemps, par acte du 29 mars 2023, toujours représentée par Me Todic, K._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 24 février 2023, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'un droit à des prestations complémentaires complètes lui est accordé à compter du 1^{er} mai 2020, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. La recourante a fait valoir en substance que le droit aux prestations devait être reconnu dès le 1^{er} mai 2020, dès lors qu'elle avait valablement répondu à toutes les sollicitations de l'instance intimée, tout au long de la procédure. Par ailleurs, l'intimée ne pouvait pas s'en

tenir à la présomption tirée de la décision de l'OAI sans tenir compte de l'évolution postérieure de l'état santé, en l'occurrence une péjoration qui entraînait une incapacité de travail complète et avait rendu nécessaire la désignation d'un curateur. A l'appui de son écriture, elle a produit en particulier la décision d'institution d'une curatelle de représentation en sa faveur rendue le 28 juillet 2022 par la Justice de paix du district [...].

Déférant le 5 mai 2023 à la demande en ce sens déposée en même temps que le recours, le bénéfice de l'assistance judiciaire a été accordé à la recourante, comprenant l'exonération d'avances et de frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Todic.

Dans sa réponse du 16 juin 2023, l'intimée a préavisé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Reprenant pour l'essentiel l'argumentation développée dans sa décision sur opposition, elle a encore relevé que, jusqu'au dépôt du recours, il n'avait jamais été question d'un réexamen de la décision de l'OAI. Cependant, dans l'attente d'une nouvelle décision de cette autorité, elle devait continuer à inclure un revenu hypothétique, fondée sur l'obligation générale de limiter le dommage, étant précisé qu'un calcul rétroactif serait opéré dans l'hypothèse où l'OAI devait finalement accorder une rente entière d'invalidité à la recourante.

Dupliquant le 11 juillet 2023, la recourante a maintenu ses conclusions, ajoutant en particulier que, si la valeur probante des rapports médicaux produits était insuffisante aux yeux de l'intimée, il lui appartenait d'en informer la recourante et de solliciter la production d'un rapport complet dans le cadre de son devoir d'instruire.

L'intimée a confirmé ses conclusions par réplique du 21 juillet 2023.

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, d'une part, sur le dies a quo du droit aux prestations complémentaires et, d'autre part, sur la question de savoir si l'intimée était fondée à inclure un revenu hypothétique dans le calcul du droit aux prestations complémentaires de la recourante.

3. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits déterminants pour la solution du litige doivent être constatés d'office par l'assureur (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Ce principe n'est toutefois pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (à cet égard, voir notamment les art. 28 al. 1 et 2 LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 ; 125 V 193 consid. 2). C'est ainsi que lorsqu'un assuré refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer, l'art. 43 al. 3 LPGA confère à l'autorité administrative amenée à statuer la possibilité de se prononcer en l'état du dossier ou de clore l'instruction et de ne pas entrer en matière, à la condition d'avoir

adressé audit assuré une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques de son refus et lui impartissant un délai de réflexion convenable (TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 2.1).

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. 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 (Jacques Olivier Piguet, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 57 ad art. 43 LPGA et les références). De surcroît, les conséquences procédurales prévues en cas de violation de l'obligation de renseigner ou de collaborer au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA n'entrent en considération que si le comportement de la personne assurée peut être qualifié d'inexcusable. Tel est le cas lorsqu'aucun motif légitime n'est perceptible ou si le comportement considéré s'avère complètement incompréhensible (TF 8C_396/2012 du 16 octobre 2012 consid. 5 ; 8C_528/2009 du 3 novembre 2009 consid. 7.2 ; I 166/06 du 30 janvier 2007 consid. 5.1 ; Jacques Olivier Piguet, op. cit., n. 51 ad art. 43 LPGA et les références). Selon l'art. 43 al. 3 LPGA, l'assureur qui se heurte à un refus inexcusable de renseigner ou de collaborer peut soit se prononcer en l'état sur le dossier, soit clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière sur la demande de prestations. Il doit cependant faire usage de cette dernière possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque les éléments disponibles ou pouvant être rassemblés sans difficultés particulières ne permettent pas un examen sur le fond (ATF 108 V 229 consid. 2 ; TF 9C_505/2010 du 2 mai 2011 consid. 3.1 ; TFA U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1).

En effet, le comportement de la personne assurée ne doit 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 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 (ATF 108 V 229 précité ; 97 V 173 consid. 3 ; TF 9C_763/2016 du 9 octobre 2017 consid. 4.2.1 ; 9C_505/2010 précité ; TFA U 316/06 précité ; Jacques Olivier Piguet, op. cit., n. 52 ad art. 43 LPGA).

En règle générale, l'autorité ne peut pas simplement refuser le droit si l'assuré ne collabore pas mais doit examiner le droit sur la base du dossier (Jacques Olivier Piguet, op. cit., n. 54 ad art. 43 LPGA ; TF 9C_961/2008 du 30 novembre 2009 consid. 6.3).

Par ailleurs, l'ayant droit doit communiquer sans retard à l'organe cantonal compétent tout changement dans la situation personnelle et toute modification sensible dans sa situation matérielle (art. 24 OPC-AVS/AI [ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.301] ; cf. aussi art. 31 al. 1 LPGA). Pour qu'il y ait violation de l'obligation de renseigner, il faut qu'il y ait un comportement fautif ; une légère négligence suffit déjà (ATF 112 V 97 consid. 2a ; TF 9C_400/2016 du 2 novembre 2016 consid. 3.3).

Selon les Directives de l'Office fédéral des assurances sociales concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI valables dès le 1^{er} avril 2011 (DPC), le droit à une prestation complémentaire annuelle prend naissance, la première fois, le mois où la demande est déposée munie de toutes les informations et autres documents utiles et où sont

remplies toutes les conditions légales auxquelles il est subordonné (DPC, ch. 2121.01). Si l'assuré fait valoir son droit par une demande écrite ne répondant pas aux exigences formelles, ou s'il n'a pas envoyé toutes les informations et autres documents utiles, le droit à la prestation complémentaire ne peut prendre naissance à partir du mois où la demande lacunaire a été présentée que dans la mesure où l'intéressé présente sa demande au moyen du formulaire approprié dans les trois mois qui suivent, ou complète sa demande en présentant les informations et autres documents utiles dans les trois mois qui suivent. A défaut, le droit à la prestation complémentaire ne peut prendre naissance pour la première fois qu'à partir du mois où l'organe de prestations complémentaires est en possession de la demande correcte et de toutes les informations et autres documents utiles. Sont réservés les cas dans lesquels l'ayant-droit a entièrement rempli son obligation de collaborer (DPC, ch. 2121.02).

4. Selon l'art. 14a al. 2 let. c 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 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 %. En d'autres termes, il convient de tenir compte d'un revenu hypothétique conformément à la disposition précitée qui part de la présomption selon laquelle les personnes invalides âgées de moins de 60 ans seraient en mesure de réaliser un revenu lorsqu'elles exercent une activité ou n'en exercent pas. Si l'assuré ne travaille pas, ce revenu doit être pris en compte selon la présomption de renonciation à des revenus de l'art. 11a al. 1 LPC. Cette présomption peut toutefois être renversée si l'assuré établit que des facteurs objectifs ou subjectifs, étrangers à l'AI, lui interdisent ou compliquent la réalisation du revenu en question (DPC, ch. 3424.06). De même, aucun revenu hypothétique n'est pris en compte chez le bénéficiaire de prestations complémentaires si, malgré tous ses efforts, sa bonne volonté et les démarches entreprises, l'assuré ne trouve aucun emploi (DPC, ch. 3424.07).

L'organe d'exécution des prestations complémentaires doit en principe s'en tenir à l'évaluation de l'invalidité par l'organe de l'assurance-invalidité dans le but d'éviter que deux instances se prononcent d'une manière différente au sujet d'un même état de fait (ATF 140 V 267 consid. 2.3 ; 117 V 202 consid. 2b ; TF 9C_120/2012 du 2 mars 2012 consid. 3.2 ; 9C_190/2009 et 9C_191/2009 du 11 mai 2009 consid. 3.2). Il n'en demeure pas moins que cette 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 (Michel Valterio, Commentaire de la LPC, Genève/Zurich/Bâle 2015, n. 31 ad art. 11). Même dans ce cas, les organes d'exécution des prestations complémentaires doivent se prononcer de manière autonome sur l'état de santé de l'intéressé lorsqu'il invoque une modification intervenue depuis l'entrée en force du prononcé de l'AI. Dans ce cadre, si une modification de l'état de santé et ses incidences sur la capacité de travail ne peuvent pas être établies avec un degré de vraisemblance prépondérante au moment où ils sont appelés à statuer, cette question ne pourra être examinée que dans le cadre d'une révision de la rente AI et de la procédure de modification de la prestation complémentaire annuelle prévue à l'art. 25 OPC-AVS/AI (TF 8C_172/2007 du 6 février 2008 consid. 7.1).

5. La caisse intimée a retenu que la recourante avait violé son obligation de collaborer, en ne donnant pas suite à ses demandes de pièces des 27 mai, 1^{er} novembre et 6 décembre 2021.

Elle ne peut toutefois être suivie. Sollicitée dès juillet 2020 de produire des pièces relatives à une rente LPP, la recourante, par son conseil, a dans un premier temps remis ce dont elle disposait, à savoir l'extrait du compte de libre-passage constitué à la fin de son dernier emploi. Sur la suggestion de l'intimée, elle s'est ensuite adressée successivement à la Z. _____ puis à la Fondation institution supplétive LPP. Elle a signalé à l'intimée le 13 avril 2021 qu'elle était en attente d'une décision portant sur son droit à une rente du 2^e pilier. Elle a ensuite

remis à l'intimée, le 5 mai 2022, la réponse de la Z. _____ du 1^{er} février 2022 et, le 12 janvier 2023, la décision de la Fondation institution supplétive LPP du 6 janvier 2023. C'est le lieu de constater que la recourante n'avait pas de moyens lui permettant d'obtenir les informations requises de la Fondation institution supplétive avant que cette dernière ne veuille bien les lui communiquer. La situation de l'assurée n'est donc pas celle d'une personne qui détient des informations et ne les communique pas à l'autorité, en refusant de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer.

A cela s'ajoute que l'intimée n'a pas adressé à la recourante une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques d'un manquement à l'obligation de collaborer. En particulier, le fait que le courrier du 6 décembre 2021 de la caisse indique que sans nouvelles de sa part d'ici au 6 janvier 2022, elle se verrait contrainte de « suspendre le traitement de [sa] demande de prestations complémentaires » ne permet nullement de considérer, comme le plaide la caisse, qu'elle allait soit se prononcer en l'état du dossier, soit clore l'instruction et décider de ce pas entrer en matière sur la demande de prestations, à savoir les deux seules possibilités légales consacrées par l'art. 43 al. 3 LPGA. La notion de « suspension du traitement de la demande » dont il est question dans le courrier de la caisse du 6 décembre 2021, ainsi que dans sa décision du 13 janvier 2022, est étrangère à la loi. La recourante, respectivement son conseil, ne pouvaient dès lors légitimement pas considérer qu'il fallait en déduire que la caisse refusait d'entrer en matière sur sa demande de prestations.

Il résulte de ce qui précède que la caisse intimée ne pouvait reprocher valablement à la recourante un manquement à son obligation de collaborer, même si l'on peut concéder qu'il aurait été appréciable que son conseil donne une réponse, même succincte, à la caisse, afin de lui faire savoir que les démarches en cours n'avaient pas encore abouti. Il n'en demeure pas moins que la caisse n'a pas suivi la procédure idoine de mise en demeure en matière de manquement à l'obligation de collaborer,

et que, pour les motifs indiqués ci-dessus, la recourante ne peut quoi qu'il en soit se voir reprocher un tel manquement.

Il suit de là que le dies a quo du droit aux prestations doit être fixé au 1^{er} mai 2020.

6. S'agissant ensuite de la prise en compte d'un revenu hypothétique dans le calcul du droit aux PC, la recourante se trouve dans la situation visée à l'art. 14a al. 2 OPC-AVS/AI, en tant qu'elle s'est vu octroyer trois quarts de rente de l'assurance-invalidité pour un degré d'invalidité de 60 %, à compter du 1^{er} août 2018 (cf. décision de l'OAI des 24 janvier et 18 février 2020). Par conséquent, l'organe de l'assurance-invalidité s'est prononcé sur le cas de la recourante et l'a qualifiée de personne partiellement invalide par une décision entrée en force.

Dans la mesure où l'organe d'exécution des prestations complémentaires doit en principe s'en tenir à l'évaluation de l'invalidité par l'organe de l'assurance-invalidité, l'intimée a tenu compte, à juste titre, d'un revenu hypothétique correspondant aux deux tiers du montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux conformément à l'art. 14a al. 2 let. c LPC dans le calcul du droit de la recourante.

Certes, l'intéressée se prévaut d'une péjoration de son état de santé, en se référant à l'institution en sa faveur d'une mesure par la justice de paix. S'il s'agit là d'un élément nouveau, qui paraît fonder une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante, il ne suffit toutefois pas, à lui seul et en l'absence de rapport médical étayé, à établir la péjoration. On ignore au demeurant si les éléments mentionnés par la Dre [...] à l'appui de son rapport médical du 23 juin 2022 produit dans le cadre de l'enquête en institution d'une curatelle avaient déjà été pris en compte par l'OAI dans ses décisions des 24 janvier et 18 février 2020, ou constituent des éléments nouveaux. Il appartiendra ainsi le cas échéant à la recourante de demander la révision de son dossier auprès de l'OAI, en produisant les pièces propres à attester d'une aggravation, afin que cet office rende une décision d'octroi de rente d'un taux plus élevé. Faute

pour la recourante d'avoir rendu plausible l'aggravation de son état de santé, l'intimée était dès lors fondée à prendre en compte un revenu hypothétique dans le calcul de son droit aux prestations complémentaires.

Les calculs de l'intimée devront quoi qu'il en soit être revus dans le futur pour le cas où l'OAI revoyait sa position et octroyait une rente entière à la recourante.

7. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis.

La décision litigieuse doit ainsi être réformée, en ce sens que la recourante a droit à des prestations complémentaires à compter du 1^{er} mai 2020, le recours étant rejeté pour le surplus.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens réduite, à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Me Todic a déposé une liste de ses opérations le 15 août 2023. Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, cette liste peut être suivie sous réserve de la rédaction d'un courrier à un médecin, le Dr [...], qui ne semble pas être en lien avec la présente procédure. Cela étant, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'400 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Todic peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Selon la liste des opérations déposée par celui-ci et sous la réserve évoquée ci-dessus (let. c), il convient d'arrêter l'indemnité à 2'001 fr. 60, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement

cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 601 fr. 60 (2001 fr. 60 - 1'400 fr.), sera provisoirement supporté par le canton.

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 24 février 2023 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est réformée, en ce sens qu'K._____ a droit à des prestations complémentaires à compter du 1^{er} mai 2020. Le recours est rejeté pour le surplus.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. La Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS versera à K._____ un montant de 1'400 fr. (mille quatre cents francs) à titre de dépens réduits.

- V. L'indemnité de Me Cvjetislav Todic, conseil d'office d'K._____, est arrêtée, après déduction des dépens précités, à 601 fr. 60 (six cent un francs et soixante centimes), débours et TVA compris.

- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Cvjetislav Todic (pour K. _____),
- 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).

La greffière :