

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Di Ferro Demierre et Dessaux, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

A.Y. _____, à [...], recourant, représenté par Me Christian Dénériaz, avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 29 al. 1 et 3 LPGA ; art. 29 al. 1 LAI ; art. 20 al. 2 let. b LAVS ; art. 65 al. 2 RAI.

E n f a i t :

A. A.Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant serbe né en 1960, marié depuis 1988, est arrivé en Suisse en 1991. Il est père de cinq filles, B.Y._____ née en [...] 1989, P.Y._____ née en [...] 1994, O.Y._____ née en [...] 1998, E.Y._____ née en [...] 2000 et R.Y._____ née en [...] 2003.

bb) Le 7 février 2011, l'assuré a adressé un courrier à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dont la teneur était la suivante :

« Après notre attente d'une année et notre entretien téléphonique car vous n'avez pas reçu mon dossier.
Après cela j'ai retrouvé une copie de demande de l'AI du médecin.
Et par conséquent je vous les renvoie immédiatement, suivis des certificats médicaux. Mes meilleures salutations distinguées. »

En annexe à ce courrier, l'assuré a adressé à l'OAI une copie d'un formulaire de détection précoce rempli par le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, et daté du 3 décembre 2009 ainsi que notamment deux certificats médicaux établis par le même médecin les 3 décembre 2009 et 9 décembre 2010 à l'attention des services sociaux et de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse AVS). Il y exposait que l'assuré présentait une aggravation de son état de santé depuis 2008 en raison d'un état dépressif sévère avec syndrome de dépendance à l'alcool et une hépatopathie hétérogène sans lésion focale compatible avec une cirrhose hépatique. Il souffrait toujours de coliques néphrétiques et d'une hyperlipidémie mixte. Ces morbidités expliquaient l'incapacité de travail prolongée à 100%. Une amélioration de son état de santé était envisageable en cas de sevrage et prise en charge psycho-thérapeutique. Le médecin rappelait encore qu'une incapacité de travail prolongée ne signifiait nullement invalidité au sens de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). En effet, la capacité du travail du patient pouvait être récupérée à 100 % en cas d'amendement de la symptomatologie. Selon lui, une notion d'invalidité ne pourrait être constatée au plus tôt qu'en 2011.

Lors d'un entretien du 12 avril 2011, l'assuré a indiqué qu'il avait occupé, en Suisse, la fonction de concierge de 1991 à 1997 puis celle de nettoyeur durant une année de 1997 à 1998. Depuis 13 ans, il n'avait plus exercé d'activité professionnelle ni perçu de salaire. Son épouse était au bénéfice d'une rente AI, seule source de revenu pour la famille. Dans la rubrique « observations du conseiller » du procès-verbal tenu à cette occasion, le collaborateur de l'OAI a précisé que l'assuré niait totalement son alcoolisme mais qu'il présentait tous les symptômes visuels d'une personne dépendante. Il a ajouté que le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), avait pris contact avec le Dr P._____ le 23 mars 2011. Ce dernier lui avait confirmé que l'assuré n'avait pas d'incapacité de travail au sens de l'AI, qu'il s'agissait d'un alcoolisme primaire et non d'un cas pour l'OAI. Il avait ajouté qu'il avait effectué la communication de détection précoce sous la pression des services sociaux. L'assuré n'était actuellement pas capable de travailler à cause de son alcoolisme mais, en cas de sevrage, il retrouverait sa pleine capacité de travail. Le Dr Z._____ estimait également que le cas n'était pas du ressort de l'OAI. Les services sociaux, contactés le jour de l'entretien, ont indiqué que leur dossier était clos depuis 2009 mais qu'ils invitaient l'assuré à les recontacter pour étudier la possibilité d'une aide de leur part.

Par courrier du 12 avril 2011 à l'assuré, l'OAI a clos le dossier, en précisant que le dépôt d'une demande AI n'était pas indiqué, selon les informations médicales en sa possession.

cc) Le 10 février 2013, l'assuré a adressé un courrier à l'OAI, s'informant de l'avancement de son dossier. Il précisait que « depuis sa demande pour AI », il avait téléphoné plusieurs fois et avait toujours obtenu pour réponse que son dossier était en cours de traitement.

Le 13 mai 2013, il a adressé à l'OAI un formulaire de demande de moyens auxiliaires.

Interpelé au sujet du moyen auxiliaire qu'il requérait, l'assuré a précisé, par courrier du 11 juillet 2013, qu'il n'avait pas fait de demande de moyens auxiliaires mais une demande de prestations AI.

Par courrier du 16 juillet 2013, l'OAI a accusé réception de la demande de prestations du 13 mai 2013 de l'assuré. Par courrier séparé du même jour, il lui a adressé une formule officielle à retourner dûment remplie.

Le 20 août 2013, l'assuré a retourné à l'OAI le formulaire de demande de prestations, précisant souffrir de lombalgies et de troubles psychiques depuis 1997, date de sa dernière activité lucrative.

Dans un rapport du 9 septembre 2013, le Dr F._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstiné, de lombalgie sévère, de cirrhose et de lithiase vésiculaire tous présents depuis 2005. Il a également posé les diagnostics de HTA [hypertension artérielle] et d'insomnie, n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail.

Par communication du 25 novembre 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible au motif qu'à la suite d'un entretien du 23 octobre précédent, et après réflexion, il avait clairement indiqué qu'il ne souhaitait pas aborder les mesures qui lui avaient été proposées.

L'OAI a mandaté le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins de réaliser une expertise psychiatrique. Au terme de son rapport du 2 janvier 2017, cosigné par la psychologue T._____, l'expert a posé les diagnostics de trouble de la personnalité schizoïde (F.60.1) dès 1999 et de dysthymie (F34.1) dès 2013, ayant tous deux une répercussion sur la capacité de travail. Il a fait état de diverses limitations fonctionnelles. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans

l'activité exercée jusqu'alors était nulle tandis que la capacité de travail dans une activité correspondant à ses aptitudes était entière, dès à présent, avec un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré. L'activité devait être ritualisée, contenante, avec étayage relationnel mais sans contacts réguliers.

Dans un rapport final de réadaptation du 13 mars 2017, l'OAI a arrêté le revenu sans invalidité de l'assuré à un montant de 66'985 fr. 81, pour l'année 2016, en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2014, tableau TA1, niveau de compétence 1, indexé jusqu'en 2016, au motif que l'assuré n'était pas qualifié et sans activité lucrative depuis 1997. La capacité résiduelle de gain était nulle. L'OAI a considéré qu'aucune activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré n'existait et que, de ce fait, la capacité de travail médico-théorique retenue n'était pas exploitable sur le premier marché de l'emploi. Il a également estimé que le cadre des ateliers protégés ne respectait pas non plus les limitations fonctionnelles. Le degré d'invalidité était donc de 100%.

Le 28 novembre 2017, l'OAI a rendu un projet de décision tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2013, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations. L'OAI a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail sans interruption notable dès le 1^{er} janvier 2012, date à partir de laquelle le délai d'attente légal commençait à s'écouler. A l'échéance de ce délai, à savoir au 1^{er} janvier 2013, l'incapacité de travail était de 100 % et le droit à une rente était théoriquement ouvert. Toutefois, le droit à une rente prenait naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations, laquelle avait été déposée le 13 mai 2013. La rente ne pouvait donc être allouée qu'à partir du 1^{er} novembre 2013.

Par décision du 24 août 2018, l'OAI, par la Caisse AVS, a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'un montant de 838 fr. dès le 1^{er} septembre 2018, ainsi qu'un droit à une rente pour enfant en faveur

d'E.Y._____ et de R.Y._____ d'un montant de 335 francs. L'OAI a précisé qu'une décision pour la période du 1^{er} novembre 2013 au 31 août 2018 lui parviendrait ultérieurement. Elle a joint à cette décision une motivation confirmant son projet de décision.

Par décision du 19 octobre 2018, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité d'un montant de 834 fr. ainsi que le droit à une rente pour enfant d'un montant de 192 fr. pour ses filles P.Y._____, E.Y._____ et R.Y._____, pour la période du 1^{er} novembre 2013 au 31 août 2014. Du 1^{er} septembre 2014 au 31 décembre 2014, le montant de la rente de l'assuré était inchangé, tandis que la rente pour enfant s'élevait désormais à 225 fr. et était octroyée à E.Y._____ et R.Y._____. Du 1^{er} janvier 2015 au 31 juillet 2017, le montant de la rente de l'assuré s'élevait à 838 fr., les rentes pour enfant en faveur d'E.Y._____ et de R.Y._____ demeurant inchangées. Du 1^{er} août 2017 au 31 août 2018, le montant de la rente de l'assuré demeurait inchangé tandis que les rentes pour enfant en faveur d'E.Y._____ et de R.Y._____ s'élevaient à 335 francs. L'OAI a établi le décompte suivant :

« [...]

Décompte

Droit de novembre 2013 à août 2014	10 mois à CHF	14'100.00	CHF	1'410.00
Droit de septembre 2014 à décembre 2014	4 mois à CHF	5'136.00	CHF	1'284.00
Droit de janvier 2015 à juillet 2017	31 mois à CHF	39'928.00	CHF	1'288.00
Droit de août 2017 à août 2018	13 mois à CHF	19'604.00	CHF	1'508.00
Intérêts moratoires			<u>CHF</u>	<u>2'067.00</u>
Montant total			CHF	80'835.00
Créance à compenser			<u>CHF</u>	<u>- 64'549.00</u>
Nous vous verserons dans les 10 prochains jours			CHF	
		<u>16'286.00</u>		

Remarques

Le montant de CHF 64'549.00 est retenu en compensation des prestations complémentaires versées à votre épouse.

[...] »

Dans une décision séparée du 19 octobre 2018 adressée à O.Y._____, l'OAI a reconnu à la fille de l'assuré une rente pour enfant liée à la rente de son père, du 1^{er} novembre 2013 au 31 juillet 2017.

B. Par acte du 26 novembre 2018, A.Y._____, désormais représenté par son conseil, a recouru après de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonale contre la décision du 19 octobre 2018. Il a conclu principalement à sa réforme selon précisions à apporter en cours d'instance, mais qui intégreraient un droit à la rente naissant au début de l'année 2009 ainsi que la rente pour enfant en faveur d'O.Y._____, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé. Le recourant a contesté le début du droit à la rente, alléguant que sa première demande de prestations remontait à 2009, époque à laquelle le Dr B._____ avait formalisé une telle demande. Il a également reproché à l'intimé d'avoir omis de prendre en compte, dans le calcul de son droit à la rente de 2009 à 2016, la rente en faveur de sa fille O.Y._____, née en 1998. Il s'est enfin opposé à la compensation de la créance issue des prestations complémentaires, arguant que le montant de 64'549 fr. avait été versé à son épouse et non à lui-même. Le recourant a précisé que son épouse avait également fait l'objet d'une décision du 19 octobre 2018 procédant au calcul de son droit à une rente entière d'invalidité ainsi que du droit à une rente pour enfant, pour les années 2013 à 2018.

Par réponse du 6 février 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. S'agissant du début du droit à la rente, il a constaté que le dossier de l'assuré contenait certes des certificats médicaux de décembre 2009 et courant 2010, mais que le Dr P._____ les avait alors adressés à d'autres institutions. Une demande de détection précoce du 3 décembre 2009 n'avait pas débouché sur le dépôt d'une demande formelle de prestations AI. Ce n'était que le 13 mai 2013 qu'il avait reçu une demande formelle. Pour le surplus, l'intimé a adressé une détermination du 29 janvier 2019 de la Caisse AVS. Elle y indiquait que la famille de l'assuré était au bénéfice de prestations complémentaires depuis le 1^{er} décembre 2007, en raison du droit à une rente d'invalidité de l'épouse. Le calcul du droit aux prestations complémentaires a été revu en incluant les nouveaux

montants des rentes d'invalidité dès novembre 2013, compte tenu de la rente octroyée à l'assuré dès cette date. Il en résultait une restitution de prestations complémentaires de 85'783 fr. pour la période de novembre 2013 à septembre 2018. Ce montant avait donc été retenu sur les rétroactifs des rentes, soit le total du rétroactif de l'épouse (21'234 fr.) et une partie du rétroactif de l'assuré (64'549 fr.). Cette compensation était prévue et autorisée par la loi. En effet, lorsque les époux étaient mariés, les dépenses reconnues et les revenus déterminants des conjoints étaient additionnés pour le calcul des prestations complémentaires. La Caisse AVS a en outre produit le dossier qu'elle avait constitué.

Répliquant le 3 avril 2019, le recourant a réitéré sa réquisition de production par l'intimé de l'intégralité de son dossier, à tout le moins depuis l'année 2000. Il a en outre requis que le Dr P. _____ soit interpellé par la Cour de céans s'agissant du certificat médical du 3 décembre 2009, que la Caisse AVS établisse le montant des prestations complémentaires versées depuis le 1^{er} décembre 2007 ainsi que le calcul précis aboutissant à la restitution de la somme de 85'783 francs.

Par duplique du 30 avril 2019, l'intimé a maintenu sa conclusion en rejet du recours, précisant que toutes les pièces en sa possession avaient été transmises à la Cour de céans. Il a relevé que le recourant lui-même, dans un courrier du 7 février 2011, avait indiqué avoir appris que l'office n'avait pas reçu son dossier. Il précisait joindre une copie de la demande de son médecin ; il s'agissait de la demande de détection précoce signée le 3 décembre 2009 par le Dr P. _____ laquelle n'avait pas abouti au dépôt d'une demande de prestations AI. Le dossier avait par la suite été clos. L'intimé a également considéré qu'il serait inutile d'interpeller le Dr P. _____ au sujet de son certificat du 3 décembre 2009, dans la mesure où cela ne permettrait de toute façon pas de considérer le courrier du 7 février 2011 comme une demande de prestations, vu les éléments précités.

Par courrier du 2 mai 2019, l'intimé a transmis les déterminations de la Caisse AVS du 26 avril 2019 dans lesquelles elle

confirmait ses calculs et renvoyait aux pièces contenues dans le dossier produit au stade de la réponse.

Par courrier du 5 mars 2020, le juge instructeur a informé l'assuré que la cause paraissait suffisamment instruite, de sorte que les mesures d'instructions complémentaires requises étaient rejetées sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, pour autant qu'il n'y ait pas déjà été donné suite.

C. Par décision du 29 mars 2019, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 novembre 2018, l'a exonéré d'avances et de frais judiciaires et a nommé d'office l'avocat Christian Dénériaz.

Le 16 mars 2020, le conseil de l'assuré a produit la liste de ses opérations.

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 en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), 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. a) Le recourant conteste le début du droit à la rente ainsi que la compensation de l'arriéré de rente avec une créance de la caisse AVS en restitution de prestations complémentaires versées à son épouse.

b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Toutefois, même si un recours n'est déposé que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure (ATF 125 V 413 consid. 2d ; CASSO AI 288/18 - 121/2019 du 24 avril 2019 consid. 2 ; CASSO AI 63/15 - 290/2018 du 10 octobre 2018 consid. 2).

c) Il y a par conséquent lieu de considérer que le recours déposé le 26 novembre 2018 porte tant sur la décision du 24 août 2018 que sur celle du 19 octobre 2018.

3. a) Les prestations d'assurance sociale sont en principe servies à la demande de l'ayant droit : celui qui ne s'annonce pas à l'assurance n'obtient pas de prestations, même si le droit à celles-ci découle directement de la loi (ATF 101 V 261 consid. 2 ; TF 9C_532/2011 du 7 mai 2012 consid. 4.2). En ce sens, l'art. 29 al. 1 LPGA prévoit que celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite pour l'assurance sociale concernée. L'al. 3 de cette disposition précise, en outre, que si une demande ne respecte pas les exigences de forme ou si elle est remise à un organe incompétent, la date à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe est déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques de la demande.

L'annonce vaut pour toutes les prestations que l'ayant droit peut faire valoir auprès de l'assureur compétent. L'assureur saisi de la demande doit, cas échéant, déterminer quel type de prestations est requis par l'ayant droit ; dans ce cadre, l'assureur doit respecter le principe de la bonne foi et prendre en considération tous les éléments déterminants. L'annonce, qui a une validité illimitée, peut comprendre des prestations qui naissent même postérieurement à l'exercice du droit aux prestations (Guy Longchamp in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, nos 24 à 26 ad art. 29 LPGA).

b) En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente de l'assurance-invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. En d'autres termes, la personne assurée n'a droit à l'intégralité des prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance

de l'incapacité de gain. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard (TF 9C_19/2015 du 20 mars 2015 consid. 2.2. et la référence citée). En outre, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). L'art. 65 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) précise encore que celui qui veut exercer son droit aux prestations de l'assurance doit présenter sa demande sur formule officielle.

c) En l'espèce, le recourant a déposé sa demande de prestations AI en mai 2013. Il soutient qu'une telle démarche aurait été effectuée précédemment par le Dr B._____, en 2000 ou en 2009, selon que l'on se réfère au mémoire de recours ou à la réplique du 3 avril 2019. Quoi qu'il en soit, l'intimé a été invité à produire son dossier et aucune pièce ne rend plausible que le Dr B._____ aurait effectué une telle démarche. Le recourant ne produit lui-même aucune pièce permettant de rendre plausibles ses allégations.

Il ressort du dossier que le Dr P._____ a rempli un formulaire de demande d'ouverture d'une procédure de détection précoce en décembre 2009. Ce formulaire ne semble toutefois avoir été envoyé à l'intimé qu'en février 2011, avec divers autres certificats médicaux établis par ce même médecin. La demande de détection précoce ne correspond pas à une demande formelle de prestations au sens des art. 29 al. 1 LPGA, 29 al. 1 LAI et 65 al. 2 RAI. Par ailleurs, l'OAI s'est renseigné auprès du praticien à la suite de cette demande, par l'intermédiaire du Dr Z._____, médecin au SMR. Le Dr P._____ lui a exposé que l'assuré souffrait à ses yeux d'un alcoolisme primaire et ne relevait pas de l'AI, dès lors qu'il retrouverait sa capacité de travail après un sevrage. Il avait rempli un formulaire d'annonce pour détection précoce sous la pression des services sociaux (rapport d'entretien avec l'assuré du 12 avril 2011). Ces renseignements ne sont pas démentis par la certificat médical du 3 décembre 2009, dont le recourant omet de citer une partie importante dans laquelle le Dr P._____ précise que les morbidités constatées expliquent l'incapacité de travail prolongée à 100 %, mais qu'une amélioration de l'état de santé est envisageable en cas de sevrage et de

prise en charge psychothérapeutique ; le Dr P._____ souligne également qu'incapacité de travail prolongée ne signifie nullement invalidité au sens de l'AI, la capacité de travail de l'assuré pouvant être récupérée à 100 % en cas d'amélioration des symptômes.

A la suite de l'entretien du 12 avril 2011, l'intimé a confirmé, dans une lettre du même jour à l'assuré, que le dépôt d'une demande formelle de prestations ne paraissait pas indiqué, le cas ne relevant pas de l'AI. Vu les renseignements mentionnés ci-avant, et compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux dépendances à l'alcool et à la toxicomanie, telle qu'elle se présentait encore en 2011 (cf. ATF124 V 265 consid. 3c ; cette jurisprudence a depuis lors été révisée : cf. ATF 145 V 215), on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir procédé ainsi.

Pour être complet, on observera que l'intimé n'était pas tenu d'interpréter la lettre que lui avait adressée l'assuré le 10 février 2013 comme une demande de prestations et n'avait pas à lui envoyer un formulaire de demande conformément à l'art. 29 al. 3 LPGA. Le recourant se limite en effet à mentionner une première demande dont il se serait enquis plusieurs fois par téléphone ; on lui aurait répondu que le dossier était en cours de traitement. Cette allégation n'est aucunement rendue vraisemblable, en l'absence de toute trace de ces téléphones au dossier et dès lors que l'OAI avait classé le dossier sans suite depuis le mois d'avril 2011, ce dont l'assuré avait été informé par courrier du 12 avril 2011. Le recourant ne cherche d'ailleurs pas, à juste titre, à tirer argument de cette lettre dans son recours et ses déterminations complémentaires.

Le grief du recourant s'agissant du début du droit à la rente doit donc être rejeté.

4. a) Selon l'art. 20 al. 2 let. b LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), auquel renvoie l'art. 50 al. 2 LAI, peuvent être compensées avec des prestations échues, notamment les créances en restitution des prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité. Contrairement à la teneur

littérale de cette disposition, la caisse de compensation a non seulement le droit mais aussi l'obligation, dans le cadre des prescriptions légales, de compenser des cotisations dues, frais de poursuites et autres frais administratifs avec des prestations échues (ATF 115 V 341 consid. 2a et les arrêts cités).

De manière générale, la compensation en droit public - et donc notamment en droit des assurances sociales - est subordonnée à la condition que deux personnes soient réciproquement créancières et débitrices l'une de l'autre conformément à la règle posée par l'art. 120 al. 1 CO (Code des obligations ; loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse ; RS 220). Cette règle n'est cependant pas absolue. Il a toujours été admis, en effet, que l'art. 20 LAVS y déroge dans une certaine mesure pour prendre en compte les particularités relatives aux assurances sociales en ce qui concerne précisément cette condition de la réciprocité des sujets de droit posée par l'art. 120 al. 1 CO. La possibilité de compenser s'écarte de cette disposition quand les créances opposées en compensation se trouvent en relation étroite, du point de vue de la technique d'assurance ou du point de vue juridique : dans ces situations, il n'est pas nécessaire que l'administré ou l'assuré soit en même temps créancier et débiteur de l'administration (ATF 140 V 233 consid. 3.2 ; 138 V 235 consid. 7.3 ; 137 V 175 consid. 1.2 et 2.2.1 ; 130 V 505 consid. 2.2 et références citées).

Une relation étroite de cette nature existe, par exemple, lorsqu'à la suite de la réalisation d'un deuxième risque assuré, la rente du premier conjoint doit être diminuée en raison du plafonnement ou lorsque la rente complémentaire déjà versée au conjoint invalide doit être restituée en raison de l'octroi rétroactif d'une rente AI à son conjoint. La créance en restitution d'une rente d'invalidité à l'encontre de l'un des conjoints peut être compensée par des arrérages de rentes d'invalidité versés à l'autre conjoint, même si la personne du débiteur et celle du créancier de l'administration ne sont pas identiques (ATF 137 V 175 consid. 2.2.1 ; 130 V 505 consid. 2.2 et les références).

b) Le recourant semble reprocher à l'OAI d'avoir compensé l'arriéré de rentes qui lui était dû avec des prétentions de la Caisse AVS en restitution de prestations complémentaires qui avaient été versées précédemment à son épouse. L'OAI est toutefois en droit de procéder à une telle compensation conformément aux art. 20 al. 2 let. b LAVS et 50 al. 2 LAI. Si le recourant entendait contester les montants opposés en compensation par la Caisse AVS, il lui appartenait de contester les décisions par lesquelles cette autorité a recalculé le montant des prestations complémentaires qui lui étaient dues, ainsi qu'à son épouse — avec laquelle il vit en ménage commun —, et par lesquelles elle a fixé le montant dont elle entendait demander la restitution. Il ne peut pas le faire dans la présente procédure de recours (TF 9C_225/2014 du 10 juillet 2014 consid. 3.3 ; TF 8C_115/2013 du 30 septembre 2013 consid. 5.2 ; TF I 141/05 du 20 septembre 2006 consid. 4). Quoiqu'il en soit, le recourant ne soulève aucun grief précis à l'encontre des calculs effectués par la Caisse AVS pour fixer le montant exigé en restitution, ni ne prend aucune conclusion précise quant au montant qu'il estimerait correct.

Le recourant est en droit de contester le principe de la compensation dans la présente procédure de recours. Sur ce point, il se limite toutefois à objecter que les prestations complémentaires dont la restitution est demandée ont été versées à son épouse. Or, la créance opposée en compensation selon l'art. 20 al. 2 LAVS ne doit pas nécessairement concerner la personne titulaire de la rente arriérée. Il suffit, pour que la compensation soit possible, qu'il existe un lien étroit entre les créances compensées. En l'occurrence, un tel lien doit être admis puisque le droit aux prestations complémentaires de l'épouse a été calculé en prenant en considération la situation du couple (art. 9 al. 2 LPC [loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI ; RS 831.30]) et servait à l'entretien du couple et de l'ensemble de la famille. L'octroi subséquent d'une rente d'invalidité à l'époux a précisément conduit à la révision du droit aux prestations complémentaires de l'épouse, de l'assuré et de leurs enfants, parce qu'il modifiait cette situation financière avec effet rétroactif.

Dès lors que la relation de connexité étroite est en l'espèce réalisée, la compensation entre les créances en cause est admissible.

5. a) Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par son audition et celle de son épouse ou par l'interpellation du Dr P._____. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées). On relèvera à toutes fins utiles que l'intimé a d'ores et déjà produit l'entier du dossier de l'assuré.

b) Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et les décisions entreprises confirmées.

c) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

d) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

e) Le 16 mars 2020, Me Dénériaz a produit la liste des opérations consacrées du 26 novembre 2018 au 11 mars 2020 à son mandat d'office, faisant état de 54 minutes réalisées par un avocat-stagiaire et 9 heures et 57 minutes réalisées par lui-même. Ces opérations

ne prêtent pas le flanc à la critique et seront admises à hauteur de 1'791 fr. et 99 fr. ($[9.95 \times 180] + [0.90 \times 110]$). Il convient encore d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe, soit 94 fr. 50 ($[9.95 \times 180] + [0.90 \times 110] \times 5\%$) (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Au final, l'indemnité de Me Dénériaz est arrêtée à 2'137 fr. 30 ($1'791 + 99 + 94.50 + [1'984.5 \times 7.7\%]$), débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les décisions des 24 août et 19 octobre 2018 rendues par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'A.Y. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Christian Dénériaz, conseil d'office d'A.Y. _____ est arrêtée à 2'137 fr 30 (deux mille cent trente-sept francs et trente centimes), débours et TVA compris.

VI. Le 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, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Christian Dénériaz (pour A.Y. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- 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 :