

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 février 2013

---

Présidence de       Mme    PASCHE, juge unique  
Greffier            :   Mme    Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.P.** \_\_\_\_\_, à La Croix-sur-Lutry, recourante,

et

**CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS**, à Clarens,  
intimée

---

**Art. 9, 10 et 11 LPC**

## **E n f a i t :**

**A.** A.P. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1960, mariée et mère de trois enfants majeurs, est au bénéfice d'une rente d'invalidité. Le 15 juin 2012, elle a déposé une demande de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité auprès de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la CCVD).

Par décision du 6 août 2012, la CCVD a nié le droit de l'assurée à des prestations complémentaires, pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> juin 2012, pour le motif que ses revenus (61'037 fr. incluant, outre 11'808 fr. à titre de rentes AVS/AI et 48'887 fr. à titre d'autres rentes, 73 fr. à titre de fortune nette et 269 fr. à titre de rendement de la fortune mobilière) excédaient de 24'948 fr. les dépenses à prendre en considération (30'953 fr. sous déduction de 5'136 fr. à titre de forfait pour l'assurance obligatoire des soins). Le calcul effectué par la CCVD était le suivant :

### **"A) FORTUNE**

- fortune mobilière :	38600.-
- immeubles : valeur fiscale : Fr.	
- immeubles : valeur vénale :	
- déduction des dettes hypothécaires :	
- autres dettes :	
- déduction légale de Fr. ./.	<u>37500.-</u>
FORTUNE NETTE	1100.-

### **B) REVENUS**

	REVENUS	DEDUCTIONS
- imputation de la fortune nette : 1/15 de 1100.-	73.-	
- revenu d'une activité lucrative Fr.		
moins déduction légale de Fr. pris au 2/3		
- rentes AVS/AI	11808.-	
- autres rentes	48887.-	
- rendement de la fortune mobilière 269.- / immobilière 0.-		269.-
- autres revenus		

### **C) DEDUCTIONS**

- entretien forfaitaire : couverture des besoins vitaux		28575.-
- loyer annuel net: Fr. 9300.-		
plus Fr. 720.- de charges forfaitaires		
mais au maximum Fr. 13200.-		10020.-
- frais de séjour dans un home : Fr. par jour, soit par année :		
- dépenses personnelles		
- cotisations AVS/AI/APG		1883.-
[...]		

TOTAL DES DEDUCTIONS (C)		30953.-
TOTAL DES REVENUS (B)	61037.-	

**D) CALCUL DE LA PRESTATION COMPLEMENTAIRE**

C-B : 30953 - 61037 = dépassement	30084		
Déduction forfaitaire pour l'assurance obligatoire des soins	./.	5136	
	24948	REFUS	REFUS

Pour vos primes de l'assurance-maladie obligatoire des soins, un subside peut être demandé à votre agence d'assurances sociales.

Les frais de guérison (PCG) peuvent être remboursés dans le cadre de la quotité disponible annuelle, dans la mesure où ils dépassent Fr. 24948.- (dépassement selon décompte ci-dessus)."

L'assurée s'est opposée à cette décision par acte du 9 août 2012, en exposant que l'octroi de prestations complémentaires lui permettrait à elle et à son époux de vivre mieux.

Par décision rectificative du 10 septembre 2012, la CCVD a nié le droit de l'assurée à des prestations complémentaires pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> juin 2012, pour le motif que ses revenus (60'697 fr. incluant, outre 11'808 fr. à titre de rentes AVS/AI et 48'887 fr. à titre d'autres rentes, 2 fr. à titre de rendement de la fortune mobilière) excédaient de 9'947 fr. les dépenses à prendre en considération (20'219 fr. sous déduction d'un montant forfaitaire de 10'272 fr. à titre de déduction forfaitaire pour l'assurance obligatoire des soins). Le calcul rectificatif effectué par la CCVD était le suivant :

**"A) FORTUNE**

- fortune mobilière :	500.-
- immeubles : valeur fiscale : Fr.	
- immeubles : valeur vénale :	
- déduction des dettes hypothécaires :	
- autres dettes :	
- déduction légale de Fr. ./.	60000.-
FORTUNE NETTE	ZERO

**B) REVENUS**

	REVENUS	DEDUCTIONS
- imputation de la fortune nette :		
- revenu d'une activité lucrative Fr. moins déduction légale de Fr. pris au 2/3		
- rentes AVS/AI	11808.-	
- autres rentes	48887.-	
- rendement de la fortune mobilière 2.- / immobilière 0.-		2.-
- autres revenus		

### C) DEDUCTIONS

- entretien forfaitaire : couverture des besoins vitaux	28575.-
- loyer annuel net: Fr. 9300.- plus Fr. 720.- de charges forfaitaires mais au maximum Fr. 15000.-	10020.-
- frais de séjour dans un home : Fr. par jour, soit par année :	
- dépenses personnelles	
- cotisations AVS/AI/APG	1883.-
[...]	
TOTAL DES DEDUCTIONS (C)	40478.-
TOTAL DES REVENUS (B)	60697.-

### D) CALCUL DE LA PRESTATION COMPLEMENTAIRE

C-B : 40478 - 60697 = dépassement	20219
Déduction forfaitaire pour l'assurance obligatoire des soins	<u>.10272</u>
	9947 REFUS REFUS

Pour vos primes de l'assurance-maladie obligatoire des soins, un subside peut être demandé à votre agence d'assurances sociales.

Les frais de guérison (PCG) peuvent être remboursés dans le3 cadre de la quotité disponible annuelle, dans la mesure où ils dépassent Fr. 9947.- (dépassement selon décompte ci-dessus)."

Par écriture du 14 septembre 2012, l'assurée a formé opposition à cette décision en ces termes :

"Je fais opposition à votre décision : les assurances, le loyer, le transport, les médecins, les médicaments, l'habillement et la nourriture; avez-vous pris en compte tout cela? Je ne crois pas. Si j'étais retraitée avec un revenu de 5000 francs par mois j'aurais droit au subside et à la complémentaire. Mais je ne suis pas retraitée. J'ai besoin de la complémentaire pour vivre et payer mes factures."

Par décision sur opposition du 4 octobre 2012, la CCVD a maintenu la décision contestée. Elle a indiqué à l'assurée avoir tenu compte, à titre de revenus déterminants, d'une rente annuelle de l'AI de 11'808 fr., d'une rente du 2<sup>e</sup> pilier perçue par son mari de 48'887 fr. et des intérêts par 2 francs. A titre de dépenses, elle a retenu le montant destiné à la couverture des besoins vitaux par 28'575 fr. par année pour les couples (art. 10 al. 1 let. a ch. 2 LPC), forfait qui inclut les frais d'habillement et de nourriture, le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs (art. 10 al. 1 let. b LPC), soit en l'occurrence 10'020 fr., les cotisations AVS-AI-APG par 1'883 fr. (art. 10 al. 3 let. c LPC) ainsi

que le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins, par 10'272 fr., qui correspond à la prime moyenne cantonale pour un couple (art. 10 al. 3 let. d LPC). La CCVD a précisé que les frais de transport (pour se rendre à un lieu de traitement médical) et les franchises et quotes-parts de l'assurance-maladie, relatives aux frais de médecin et de pharmacie, pouvaient être remboursés dans le cadre de la quotité disponible annuelle, dans la mesure où ces frais dépassaient 9'947 fr. (excédent de revenu déterminé par le plan de calcul du 10 septembre 2012).

**B.** Le 11 octobre 2012, A.P.\_\_\_\_\_ a interjeté un recours contre la décision sur opposition du 4 octobre précédent en ces termes :

"Mon mari n'a plus les 48'887 fr. indiqués et moi je n'ai plus les 11'808 fr. indiqués. Notre situation financière est catastrophique."

Par écriture du 18 octobre 2012, la recourante a fait valoir qu'il restait à son époux et à elle-même moins de 1'000 fr. sur leurs comptes respectifs.

Dans sa réponse du 14 novembre 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle relève préliminairement que, par jugements des 22 mars 2012 (PC 19/11 - 6/2012) et 20 juillet 2011 (PC 19/09 - 17/2011), la Cour de céans a rejeté les recours interjetés successivement par A.P.\_\_\_\_\_ contre les décisions de refus de prestations complémentaires des 11 décembre 2009 et 29 novembre 2011 et que, par arrêts des 30 septembre 2011 et 18 mai 2012, le Tribunal fédéral a déclaré irrecevables les recours formés par la recourante contre les jugements susmentionnés. Elle rappelle que la décision du 6 août 2012 rendue à la suite du renouvellement de la quotité disponible a été rectifiée par décision du 10 septembre 2012. Celle-ci, qui tient compte des justificatifs produits par la recourante dans le cadre de la procédure d'opposition, retient une fortune de 500 fr. au lieu de 38'600 fr., mais n'ouvre toujours pas le droit aux prestations complémentaires, puisque les revenus du couple (rente AI de la recourante d'un montant annuel de 11'808 fr. et pension de son conjoint versée par la Q.\_\_\_\_\_ d'un montant annuel de 48'887 fr.) sont

identiques à ceux retenus dans la décision du 10 octobre 2011 confirmée par jugement de la Cour de céans du 22 mars 2012. La CCVD relève que l'allégation de la recourante selon laquelle son époux et elle-même ne perçoivent plus les rentes précitées est incompréhensible, dès lors qu'il ressort du journal "rentes et PC" produit en annexe que la rente d'invalidité de l'assurée, d'un montant de 984 fr. par mois (soit 11'808 fr. par année), est régulièrement versée sur le compte postal de l'intéressée et, qu'interpellée, la Q. \_\_\_\_\_ a confirmé que B.P. \_\_\_\_\_, époux de la recourante, recevait une pension de 48'887 fr. par année, sans qu'aucune modification ne soit intervenue.

Le 16 novembre 2012, le greffe de la Cour de céans a transmis à la recourante une copie de la réponse de l'intimée en lui impartissant un délai au 7 décembre 2012 notamment pour "produire tous les documents de nature à attester de la suppression de [sa] rente AI et de la pension versée à [son] conjoint".

Par écriture du 21 novembre 2012, la recourante a écrit ce qui suit :

"Les 11'000 fr. je ne les ai plus; il me reste 1'000 fr. sur mon CCP.  
Et les 48'000 fr. de mon mari, il ne les a plus. Il lui reste 200 francs.  
(...)"

Dans sa duplique du 18 décembre 2012, l'intimée a confirmé ses conclusions, en relevant que l'allégation de la recourante selon laquelle son époux et elle-même ne percevraient plus de rente ou pension n'était pas fondée. Elle rappelle à cet égard que l'extrait du journal des "rentes et PC", qui a été produit en annexe à sa réponse du 14 novembre 2012, établit le versement de la rente d'invalidité de 968 fr. et fait valoir que la Q. \_\_\_\_\_ a confirmé que l'époux de la recourante reçoit toujours sa pension de 48'887 fr. et qu'aucune retenue n'est effectuée sur cette dernière.

Par écriture du 22 décembre 2012, la recourante a indiqué ce qui suit :

"Mon mari n'a plus les 48'000 fr. indiqués; il lui reste moins de 1'000 frs.  
A moi aussi moins de 1'000 frs.  
L'argent reçu paie nos factures."

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent aux prestations versées en vertu de la LPC (loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, RS 831.30). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile. Il est toutefois à la limite de la recevabilité, tant les motifs exposant en quoi la décision attaquée viole le droit, sont succincts. On peut toutefois comprendre que la recourante souhaite l'octroi de prestations complémentaires, sur la base d'un calcul prenant en compte l'ensemble de ses frais (assurance-maladie, pharmacie, transport, loyer, etc.) et de revenus équivalant aux montants figurant sur les comptes bancaire et postal de son époux et d'elle-même, raison pour laquelle il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La recourante n'a pas chiffré ses conclusions. Dans la mesure où la décision attaquée ne porte que sur le calcul des prestations complémentaires pour une année et compte tenu des griefs soulevés, il convient de considérer que la valeur litigieuse est inférieure à

30'000 fr., de sorte que la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations complémentaires de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, dès le 1<sup>er</sup> juin 2012.

**3.** Conformément à l'art. 4 al. 1 let. c LPC, les ressortissants suisses, qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse et qui perçoivent une rente de l'assurance-invalidité, ont droit à des prestations complémentaires fédérales dès lors que les dépenses reconnues par la loi sont supérieures aux revenus déterminants. Le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants (art. 9 al. 1 LPC). Les dépenses reconnues et les revenus déterminants des conjoints et des personnes qui ont des enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI sont additionnés (art. 9 al. 2 LPC).

L'art. 10 al. 1 LPC, dans sa version en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012, prévoit, pour les personnes qui ne vivent pas en permanence ni pour une longue période dans un home ou dans un hôpital (personnes vivant à domicile), que les dépenses reconnues comprennent les montants destinés à la couverture des besoins vitaux, soit, par année, 28'575 fr.

pour les couples (let a) ainsi que le loyer annuel d'un appartement et les frais accessoires y relatifs mais au maximum 15'000 fr. pour un couple (let. b). Le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins fait partie des dépenses reconnues et doit correspondre au montant de la prime moyenne cantonale pour cette couverture (art. 10 al. 3 let. d LPC).

Conformément à l'art. 11 al. 1 LPC, les revenus déterminants comprennent notamment deux tiers des ressources en espèces ou en nature provenant de l'exercice d'une activité lucrative, pour autant qu'elles excèdent annuellement 1000 fr. pour les personnes seules et 1500 fr. pour les couples (let. a), le produit de la fortune mobilière et immobilière (let. b), un quinzième de la fortune nette dans la mesure où elle dépasse 37'500 fr. pour les personnes seules et 60'000 francs pour les couples (let. c), les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d).

**4.** Si on la comprend bien, la recourante fait valoir qu'elle ne perçoit plus de rente AI et que son époux ne reçoit plus de pension de la Q.\_\_\_\_\_. Toutefois, et bien qu'un délai lui ait été formellement imparti pour produire toutes pièces utiles établissant son allégation, la recourante n'a produit aucune pièce. Cela étant, on ne saurait tenir pour établi qu'un changement dans les revenus du couple est intervenu entre 2011 et 2012. Il y a ainsi lieu de considérer que la recourante et son époux sont toujours au bénéfice de leurs rentes respectives.

Dans le calcul du revenu déterminant, l'intimée prend en compte la rente AI de la recourante, annualisée (984 fr. x 12), mais également la prestation de la caisse de pensions allouée à son conjoint (48'887 fr.), conformément à l'art. 9 al. 2 LPC. Le montant de 60'697 fr. indiqué dans le plan de calcul de la décision rectifiée du 10 septembre 2012 (confirmée par la décision sur opposition dont est recours) correspond ainsi aux rentes de l'assurance-invalidité et de la caisse de pensions, mentionnées sous les rubriques "rente AVS/AI" et "autres rentes", d'un montant respectif de 11'808 fr. et 48'887 fr., auxquelles

s'ajoutent le montant de 2 fr. au titre de rendement de la fortune mobilière, au sens de l'art. 11 al. 1 let. b LPC. C'est dès lors à juste titre que l'intimée additionne les rentes perçues par chacun des conjoints et retient le montant total de 60'697 fr. dans le cadre de l'examen du droit aux prestations complémentaires.

Cela étant, on précisera que la prime de l'assurance obligatoire des soins est une dépense reconnue (art. 10 al. 3 let. d LPC) et figure sous la rubrique "déduction forfaitaire pour l'assurance obligatoire des soins" dans le plan de calcul de la décision rectifiée du 10 septembre 2012. Son montant est déterminé selon l'Ordonnance du 27 octobre 2010 relative aux primes moyennes 2011 de l'assurance obligatoire des soins pour le calcul des prestations complémentaires (O primes, RS 831.309.1). La prime annuelle moyenne pour un assuré adulte dans le canton de Vaud, pour l'année 2011, a été fixée à 5'136 fr. (art. 3 O primes). L'intimée retient dès lors à juste titre une déduction forfaitaire pour l'assurance obligatoire des soins de 10'272 fr. (5'136 fr. x 2), étant rappelé que les dépenses reconnues des conjoints - tout comme les revenus déterminants - sont additionnées (art. 9 al. 2 LPC).

En définitive, le calcul effectué par la CCVD concernant les prestations complémentaires de la recourante n'est pas critiquable, les erreurs de la première décision ayant été rectifiées par la décision du 10 septembre 2012, laquelle a été confirmée à juste titre par la décision sur opposition du 4 octobre 2012.

**5.** Vu ce qui précède, le recours est mal fondé et la décision attaquée doit être confirmée. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la juge unique  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 4 octobre 2012 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 juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- A.P. \_\_\_\_\_, à La Croix-sur-Lutry,
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, à Clarens,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :

