

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juin 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffière : Mme Berseth

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représentée par Me Benjamin Schwab, avocat
à Vevey,

et

CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS, à Vevey,
intimée.

Art. 3 al. 1 et 14 LPC

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a été victime le 29 décembre 2010 d'une agression sur la voie publique qui lui a laissé de lourdes séquelles aussi bien sur le plan physique que psychique.

Depuis le 1^{er} mai 2015, elle est au bénéfice d'une rente de l'assurance-vieillesse et survivants ainsi que de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants allouées par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse ou l'intimée).

Au mois de septembre 2015, l'assurée a demandé à pouvoir bénéficier de la prise en charge des frais encourus en raison de l'aide apportée par un tiers dans la tenue de son ménage. Par décision du 13 octobre 2015, la Caisse a informé l'assurée qu'elle pourrait obtenir le remboursement de ses frais d'aide et d'assistance sur une base de 24 heures par mois (à 25 fr. au plus de l'heure) jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 4'800 fr. par année.

Par décision du 24 novembre 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a alloué à l'assurée une allocation pour impotent de degré moyen pour la période du 1^{er} janvier au 30 avril 2015.

Après réévaluation de la situation, la Caisse a, par décision du 19 janvier 2017, informé l'assurée qu'elle pourrait désormais obtenir le remboursement de ses frais d'aide et d'assistance sur une base de 75 heures par mois (à 25 fr. au plus de l'heure).

Par courriel du 23 mars 2020, l'assurée a demandé une réévaluation de la prestation d'aide et d'assistance à domicile.

Par décision du 27 mai 2020, la Caisse a informé l'assurée qu'elle pourrait obtenir à compter du 1^{er} mars 2020 le remboursement de

ses frais d'aide et d'assistance sur une base de 164 heures par mois (à 26 fr. au plus de l'heure) jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 25'000 fr. par année.

Le 3 juin 2020, l'assurée s'est opposée à cette décision, en demandant à ce que le remboursement de ses frais d'aide et d'assistance soit accordé à raison de 164 heures par mois à compter du 1^{er} janvier 2015 et jusqu'à concurrence d'un montant de 25'000 francs.

Par décision du 24 août 2020, la Caisse a rejeté l'opposition de l'assurée en retenant les motifs suivants :

A titre liminaire, les dispositions en matière d'assurances sociales prévoient que l'assureur a la possibilité de revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53, al. 2, LPGA).

Cela étant, les PC [prestations complémentaires] sont des prestations fédérales financées par la collectivité publique ; elles ont pour finalité de soutenir les rentiers de l'AVS et de l'AI, qui sont confrontés à un excédent de dépenses et, le cas échéant, de leur rembourser les frais médicaux. C'est à ce titre qu'un droit est ouvert (sur requête) et qu'il fait l'objet d'une révision périodique ou au gré de l'évolution personnelle et/ou matérielle des ayants droit.

En ce qui concerne l'aide et l'assistance à domicile, la législation en vigueur donne latitude aux cantons pour définir les modalités de remboursement. Dans ce cadre, ceux-ci peuvent circonscrire les dépenses de santé dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (art. 14 LPC ; art. 19 ss, RLVPC ; Directive RLVPC-RFM).

Les prestations d'assurances sociales ne sont servies qu'à la demande de l'ayant droit. Le cas échéant, **le droit à des prestations prend naissance le premier jour du mois au cours duquel la requête est formée** (art. 12, LPC et 22, OPC ; ATF 101 V 261).

En particulier, les frais de maladie et d'invalidité peuvent faire l'objet d'un remboursement à condition que ce dernier soit demandé dans les quinze mois à compter de la facturation et que les frais soient intervenus à une époque pendant laquelle le requérant remplissait les conditions d'octroi des PC-RFM (art. 15, LPC).

Autrement dit, pour déterminer le début du droit aux PC-RFM - aide au ménage inclus - il faut se référer à la date du dépôt de la demande. En l'espèce, vous avez requis dites prestations le 4 mai 2015, ce qui fait débiter votre droit au 1^{er} mai 2015.

Au demeurant, les frais d'aide et d'assistance à domicile sont remboursés par notre Caisse jusqu'à concurrence d'un montant annuel plafonné (quotité disponible).

Pour les personnes seules vivant à domicile y compris celles au bénéfice d'une API [allocation pour impotent] moyenne de l'AVS, la quotité disponible annuelle est de CHF 25'000.00. Il est à relever également que sont pris en considération uniquement les frais effectifs d'aide au ménage, jusqu'à atteindre, cas échéant, le montant précité de CHF 25'000.00.

Le remboursement de ce type de frais implique le recours à l'évaluation préalable du CMS [Centre médico-social]. Sur cette base, le Service des RFM [remboursements des frais de maladie] communique à l'assuré le nombre d'heures mensuelles maximales reconnues et le tarif admis.

En l'occurrence, **nous avons d'ores et déjà tenu compte de votre API pour déterminer le montant maximum disponible annuellement de CHF 25'000.00 relatif à l'aide au ménage et vous en avons informé le 23 juin 2017.** De plus ce courrier indique bien la limite maximale des heures qui peuvent être remboursées mensuellement.

Nous relevons à ce sujet qu'il ne peut être pris en compte un effet rétroactif de l'aide et de l'assistance à domicile et que le complément au droit de 24 heures par mois, octroyé en date du 13 octobre 2015, jusqu'à concurrence de 75 heures par mois (soit 51 heures par mois), vous a été octroyé à bien plaisir et de manière tout à fait exceptionnelle, par le biais des décisions n° 2017 046197 et 2017-051499, que nous n'avons pas rectifiées par notre correspondance précitée du 23 juin 2017.

De surcroît, vous avez bénéficié de prestations cantonales analogues à travers l'octroi de la rente-pont (en vertu de la LPCFam), entre le 1^{er} janvier 2013 et le 30 avril 2015, excluant *de facto* et *de jure* les PC-RFM.

Votre droit au remboursement d'aide et d'assistance à domicile coïncide avec le début de votre droit aux PC-RFM, qui prend effet au 1^{er} mai 2015, à raison de 75 heures par mois, puis 164 heures par mois dès le 1^{er} mars 2020.

De plus, l'impossibilité d'octroyer avec effet rétroactif la prestation d'aide et de l'assistance à domicile définit donc la date du 1^{er} mars 2020 comme début de votre droit à 164 heures de ladite prestation.

Il s'ensuit que les décisions rendues à ce jour sont conformes aux dispositions et à la jurisprudence en matière de PC-RFM.
[...]

B. **a)** Par acte du 24 septembre 2020, H. _____ a déféré auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud la décision sur opposition rendue par la Caisse le 24 août 2021, en concluant en substance à ce que le remboursement de ses frais d'aide et d'assistance soit accordé à raison de 164 heures par mois à compter du 1^{er} janvier 2015 et jusqu'à concurrence d'un montant de 25'000 francs.

b) Dans sa réponse du 18 décembre 2020, la Caisse a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Elle a expliqué que la prestation d'aide et d'assistance avait fait l'objet d'un certain nombre d'ajustements depuis son octroi (notamment 75 heures par mois depuis le 1^{er} octobre 2016, respectivement 164 heures par mois depuis le 1^{er} mars 2020). Dans la mesure où l'assurée avait déposé des demandes de réévaluation en octobre 2016 et en mars 2020, il n'était pas envisageable de faire remonter l'adaptation de la prestation à une date antérieure à celle de la requête. Par ailleurs, l'assurée ne pouvait prétendre à la compensation annuelle de 25'000 fr., puisqu'il s'agissait d'un plafond qui n'avait pas été atteint en ce qui concernait la période de mai 2015 à février 2020. S'agissant pour finir du remboursement des frais d'aide et d'assistance à hauteur de 75 heures par mois, il avait été accepté, à titre exceptionnel, de porter l'effet au début du droit aux prestations complémentaires, afin de prendre en considération la situation dramatique dont faisait mention l'assurée dans ses correspondances et de tenir compte de la reconnaissance rétroactive d'une impotence de degré moyen ouvrant le droit à une indemnité plus élevée.

c) Dans sa réplique du 27 janvier 2021, H._____, désormais représentée par Me Félicien Monnier, avocat à Lausanne, a estimé en substance que la Caisse engageait sa bonne foi dans le cas d'espèce, eu égard à la confusion qu'elle avait entretenue depuis la naissance du droit aux prestations. Il était par ailleurs permis de douter que les appréciations menées en 2015 et 2017 par le CMS pour fixer l'aide nécessaire à rémunérer étaient conformes à la réalité, seul le rapport le plus récent étant complet et propre à établir les très grandes difficultés auxquelles elle était confrontée dans sa vie quotidienne depuis plus de dix ans.

d) Dans sa duplique du 16 février 2021, la Caisse a expliqué que l'octroi d'une indemnisation de l'aide et de l'assistance à hauteur de 164 heures par mois à partir du 1^{er} mars 2020 traduisait de manière évidente la prise en compte d'un besoin évolutif qui, par définition, n'influçait pas l'état de fait antérieur.

e) Dans des déterminations complémentaires du 25 mars 2021, H._____ a notamment souligné le fait que les appréciations menées en 2015 et 2017 par le CMS avaient été faites en l'absence de tout renseignement médical, si bien que celui-ci avait mal apprécié et décrit sa situation personnelle.

f) Par ordonnance du 26 juillet 2021, la production du dossier complet de H._____ a été requise auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

g) Dans des déterminations du 30 septembre 2021, H._____, désormais représentée par Me Benjamin Schwab, a, tout en réaffirmant qu'elle devait être protégée dans sa bonne foi, estimé, sur la base des pièces du dossier, qu'il ne faisait aucun doute qu'il n'y avait pas eu une situation évolutive, tant il était évident que toutes les évaluations effectuées avant le mois de mai 2020 étaient erronées, celles-ci ne tenant pas compte de son réel besoin d'aide et d'assistance à domicile. De fait, les décisions rendues par la Caisse les 13 octobre 2015 et 19 janvier 2017 étaient manifestement erronées, si bien qu'il se justifiait de réformer la décision attaquée, en ce sens que les prestations d'aide et d'assistance devaient être octroyées à hauteur de 164 heures par mois avec effet au 1^{er} mai 2015, sous déduction des sommes déjà versées et à hauteur du plafond forfaitaire de 25'000 fr. par année.

h) Dans des déterminations du 26 novembre 2021, la Caisse a, après avoir répété une nouvelle fois que la situation était évolutive, souligné que les conditions d'une révision procédurale ou d'une reconsidération n'étaient pas réalisées en l'espèce. Elle estimait par ailleurs que l'assurée ne pouvait se prévaloir de la réalisation des conditions de la protection de la bonne foi.

i) H._____ et la Caisse ont déposé d'ultimes déterminations les 15 décembre 2021 et 25 janvier 2022.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent aux prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [LPC ; RS 831.30]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) A teneur de la demande de réévaluation déposée le 23 mars 2020 auprès de la caisse intimée, la procédure avait normalement pour objet le droit de la recourante au remboursement, par le régime des

prestations complémentaires, des frais et soins d'assistance depuis le 1^{er} mars 2020.

c) A teneur de la décision sur opposition rendue le 24 août 2020 par la caisse intimée, il s'avère que celle-ci a, de manière implicite, également examiné, à la suite des remarques formulées par la recourante dans le cadre de son opposition, la question de savoir si les décisions antérieures rendues les 13 octobre 2015 et 19 janvier 2017 étaient susceptibles d'être revues et corrigées. Compte tenu par ailleurs des développements détaillés opérés par la Caisse intimée dans le cadre de ses déterminations du 26 novembre 2021, la présente procédure peut être étendue à la question de savoir si les décisions précitées peuvent faire l'objet d'une révision procédurale, respectivement d'une reconsidération (cf. ATF 130 V 501 consid. 1.2 ; ATF 122 V 34 consid. 2a et les références).

3. a) La Confédération et les cantons accordent aux personnes qui remplissent les conditions fixées aux art. 4 à 6 LPC des prestations complémentaires destinées à la couverture des besoins vitaux (art. 2 al. 1 LPC). Les prestations complémentaires se composent (let. a) de la prestation complémentaire annuelle et (let. b) du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 LPC).

b) Conformément à l'art. 14 al. 1 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle, s'ils sont dûment établis, les frais de maladie et d'invalidité de l'année civile en cours, lesquels comprennent notamment les frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (let. b).

c) Selon l'art. 14 al. 3 let. a ch. 1 LPC, les cantons peuvent fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Pour les personnes seules ou veuves, conjoints de personnes vivant dans un home ou un hôpital, vivant à domicile, ceux-ci ne peuvent toutefois être inférieurs au montant de 25'000 fr. par année.

d) Pour les personnes vivant à domicile qui ont droit à une allocation pour impotent de l'AI ou de l'assurance-accidents, le montant minimal fixé à l'art. 14 al. 3 let. a ch. 1 LPC s'élève à 90'000 fr. lorsque l'impotence est grave, dans la mesure où les frais de soins et d'assistance ne sont pas couverts par l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI. Le Conseil fédéral règle l'augmentation de ce montant pour les personnes dont l'impotence est moyenne. Conformément à cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 19b al. 1 de l'ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC-AVS/AI ; RS 831.301) qui prévoit que, pour les personnes vivant à domicile qui ont droit à une allocation pour impotent de l'AI ou de l'assurance-accidents, le montant fixé à l'art. 14 al. 3 let. a ch. 1 LPC est augmenté à 60'000 fr. en cas d'impotence moyenne dans la mesure où les frais de soins et d'assistance ne sont pas couverts par l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI.

e) En vertu de l'art. 14 al. 5 LPC, l'augmentation prévue à l'art. 14 al. 4 LPC subsiste pour les personnes bénéficiant d'une allocation pour impotent de l'AVS qui percevaient auparavant une allocation pour impotent de l'AI.

4. a) En vertu de l'art. 3 al. 1 let. f de la loi vaudoise du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et invalidité (LVPC ; BLV 831.21), le Conseil d'Etat peut, dans le cadre des compétences dévolues au canton par la législation fédérale, fixer dans le règlement, conformément à l'art. 14 al. 2, 3 et 7 LPC, les limites au remboursement des frais de maladie et d'invalidité et désigner les frais directement remboursés au fournisseur. Les prestations prises en considération doivent être économiques et adéquates.

b) Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil d'Etat a édicté le règlement du 9 janvier 2008 d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à

l'assurance-vieillesse et invalidité et sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires (RLVPC ; BLV 831.21.1), lequel comprenait notamment les dispositions suivantes :

Art. 16 Définition des frais remboursés

¹ Conformément aux articles 14 et 34 de la LPC, les frais de maladie et d'invalidité remboursés sont définis par analogie aux articles 3 à 18 de l'ordonnance relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPC) dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2007. Les articles 17 à 19 sont réservés.

Art. 18 Frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile

¹ Les soins et tâches d'assistance à domicile, à l'exclusion des soins relevant de la législation fédérale sur l'assurance-maladie, peuvent être dispensés par du personnel soignant engagé directement par les bénéficiaires lorsque ces prestations ne peuvent être assumées par une organisation de soins à domicile reconnue.

² Pour être pris en charge par les prestations complémentaires, les frais d'aide à domicile mentionnés à l'alinéa premier doivent préalablement faire l'objet d'une évaluation périodique. En application du principe d'économicité, l'évaluation respecte les critères de nécessité et d'adéquation des frais d'aide à domicile.

³ L'organe chargé des évaluations est l'Organe médico-social vaudois (ci-après : l'OMSV), institué par la loi du 5 décembre 1967 créant un organisme médico-social. L'OMSV, par le biais des associations et fondations régionales d'aide à domicile (centres médico-sociaux), évalue les soins et les tâches d'assistance justifiés. Pour les bénéficiaires d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave, l'OMSV définit également le profil professionnel des personnes qui en sont chargées.

L'ordonnance du 29 décembre 1997 relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPC ; RS 831.301.1), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, à laquelle renvoyait l'art. 16 al. 1 RLVPC, contenait notamment les dispositions suivantes :

Art. 13 Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance à domicile

¹ Les frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance rendus nécessaires en raison de l'âge, de l'invalidité, d'un accident ou de la maladie et dispensés par des services publics ou reconnus d'utilité publique sont remboursés.

² En présence d'un tarif échelonné selon les conditions de revenu et de fortune, seul le tarif le plus bas est pris en compte.

³ Les frais découlant de soins et de tâches d'assistance dans un home ou un hôpital de jour ou dans un dispensaire, publics ou reconnus d'utilité publique, sont également remboursés.

⁴ Les frais d'aide ainsi que les frais découlant de soins et de tâches d'assistance dispensés par des institutions privées sont remboursés dans la mesure où ils correspondent aux frais encourus dans un établissement public ou reconnu d'utilité publique.

⁵ ...

⁶ Les frais, dûment établis, inhérents à l'aide nécessaire ainsi qu'aux tâches d'assistance apportées dans la tenue du ménage sont remboursés jusqu'à concurrence de 4800 francs par année civile au plus si les prestations considérées sont fournies par une personne :

- a. ne vivant pas dans le ménage ; ou
- b. engagée par une organisation Spitex non reconnue.

⁷ Lors d'un remboursement au sens de l'al. 6, les frais facturés peuvent être pris en compte jusqu'à concurrence de 25 francs l'heure au maximum.

c) Le 1^{er} mai 2019, le Conseil d'Etat a abrogé le RLVPC et l'a remplacé par le règlement du 1^{er} mai 2019 d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-veillesse et invalidité et sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires (RLVPC-RFM ; BLV 831.21.1), lequel est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2020 et comprend notamment les dispositions suivantes :

Art. 18 Champ d'application

¹ Conformément à l'article 3, alinéa 1, lettre f LVPC, le présent règlement fixe les limites du remboursement des frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, aux bénéficiaires de PC AVS/AI.

² Le bénéficiaire d'une prestation complémentaire annuelle a droit à la prise en charge, au sens du présent règlement, des frais de maladie et d'invalidité.

³ [...]

Art. 19 Catalogue des prestations

¹ Les frais de maladie et d'invalidité suivants sont remboursés par la Caisse dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations, et pour autant que les conditions posées par le présent règlement soient réalisées :

- a. [...];
- b. frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires ;
- c-h. [...].

² Le Département peut faire examiner le caractère économique et adéquat des prestations.

³ Le Département précise les modalités d'application par voie de directive.

Art. 22 Montants maximaux

¹ Les montants totaux maximaux des frais de maladie et d'invalidité remboursés correspondent à ceux fixés à l'article 14, alinéas 3 à 5 LPC.

² Des remboursements maximaux par catégorie de prestations sont en outre précisés dans la directive départementale, notamment en l'absence de conventions avec les fournisseurs.

Art. 25 Rapport avec les prestations d'autres assurances

¹ L'octroi d'une allocation pour impotent de l'assurance-vieillesse et survivants, de l'assurance-invalidité, de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire n'est pas assimilé à une prise en charge par d'autres assurances.

² Le montant remboursable peut être augmenté, conformément à l'article 14, alinéa 4 LPC ou à l'article 19b OPC-AVS/AI. Cette augmentation est subsidiaire au versement de l'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-accidents ou de la contribution d'assistance de l'assurance-invalidité.

³ Dans la mesure où l'assurance-maladie a pris en compte l'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-accidents, ou la contribution d'assistance de l'assurance-invalidité, pour fixer le montant des frais de soins et d'aide à domicile qu'elle est tenue de rembourser, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance ne sont pas portées en déduction des frais considérés.

⁴ Dans les cas visés à l'article 14, alinéa 5 LPC, les alinéas 2 et 3 sont applicables par analogie.

Art. 42 Frais se rapportant à des prestations d'aide au ménage et à des tâches d'assistance

¹ Les frais, dûment attestés, d'aide au ménage ou de tâches d'assistance rendus nécessaires en raison de l'âge, de l'invalidité, d'un accident ou de la maladie sont remboursés, sous réserve des frais à charge de l'assurance obligatoire des soins, lorsque ces prestations sont fournies à titre professionnel.

² Sont également remboursés les frais de prestations mentionnées à l'alinéa 1 dispensées par des membres de la famille qui ne sont pas pris en compte dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle et qui subissent, en raison de l'aide fournie, une perte de gain notable durant une période prolongée.

³ Les montants maximaux reconnus sont ceux fixés à l'article 14, alinéas 3 à 5 LPC. Par ailleurs, le montant maximal reconnu, par année et par personne, est de :

- a. CHF 4'800.- lorsque l'aide est fournie par des personnes privées ou par des organisations privées et que le bénéficiaire n'a pas d'API ou qu'il a une API faible ;
- b. CHF 2'400.- lorsque l'aide est fournie par un membre de la famille. Ce montant est de CHF 25'000.- lorsque le membre de la famille renonce à exercer son activité lucrative ou la réduit et subit ainsi une perte de gain.

⁴ La part patronale et salariale des cotisations dues aux assurances sociales fédérales et cantonales (AVS, AI, APG, AC, AF, AA, LPP et prestations complémentaires cantonales pour familles) est comprise dans les frais visés par l'article 42.

⁵ La directive départementale établit la liste des prestations remboursées ; elle fixe les modalités d'évaluation, les tarifs et les conditions des remboursements.

5. Selon la jurisprudence, l'autorité de la chose jugée (formelle et matérielle) de décisions portant sur des prestations durables d'assurance sociale n'est en principe pas limitée dans le temps. Pour autant que la situation de fait ne soit plus susceptible d'évoluer au moment de la décision, cette autorité s'étend aussi bien aux conditions du droit à la prestation qu'aux facteurs qui en fixent l'étendue. Sous réserve d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), lesdits éléments ne peuvent pas être remis en question et réexaminés à tout moment, sauf si la loi prévoit expressément une autre réglementation (comme c'est le cas en matière de prestations complémentaires ; ATF 128 V 39).

a) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références; TF 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

b) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les

références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c, 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« *zweifellos unrichtig* »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

6. a) En l'occurrence, les parties ne contestent pas que la requérante a droit à compter du 1^{er} mars 2020 au remboursement de ses frais d'aide et d'assistance à raison de 164 heures par mois (à 26 fr. au plus de l'heure). Est seul litigieux le point de savoir si les effets de la décision litigieuse peuvent rétroagir au moment de la naissance du droit aux prestations complémentaires.

b) Pour autant, il y a lieu de constater que la décision litigieuse n'est pas totalement conforme au droit. Contrairement à ce qu'a retenu la caisse intimée, la quotité disponible dont dispose la requérante pour le remboursement de l'ensemble de ses frais de maladie et d'invalidité n'est pas limitée à 25'000 fr., mais s'élève à 60'000 fr. (art. 14 al. 4 LPC en corrélation avec l'art. 19b al. 1 OPC-AVS/AI). Dans la mesure où elle a bénéficié, entre le 1^{er} janvier et le 30 avril 2015, d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité (cf. décision de l'Office de l'assurance-

invalidité pour le canton de Vaud du 24 novembre 2016), elle peut se prévaloir du mécanisme prévu à l'art. 19 al. 5 LPC, selon lequel l'augmentation de la quotité disponible subsiste pour les personnes bénéficiant d'une allocation pour impotent de l'assurance-vieillesse et survivants qui percevaient auparavant une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité (sur la question, cf. TF 9C_218/2017 du 27 octobre 2017 consid. 5.2).

7. Afin de savoir si la recourante peut, à compter du 1^{er} mai 2015, prétendre au remboursement de ses frais d'aide et d'assistance sur une base de 164 heures par mois, il convient d'examiner au préalable si les conditions d'une révision procédurale ou d'une reconsidération sont remplies dans le cas d'espèce.

a) Il convient de constater en premier lieu que les conditions d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA ne sont pas réunies. En effet, il n'y a pas lieu de considérer aujourd'hui - et la recourante ne le prétend pas - que la caisse intimée a fait en 2015 un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation ou violé le droit fédéral en reconnaissant le droit au remboursement des frais d'aide et d'assistance sur une base de 24 heures par mois. En l'absence de contradiction ressortant des pièces versées au dossier, il n'y avait pas lieu pour la caisse intimée de s'écarter de l'évaluation opérée le 8 octobre 2015 par le Centre médico-social de J._____ conformément à l'art. 18 RLVPC, dès lors que sa fonction était justement d'évaluer la situation des bénéficiaires de prestations complémentaires faisant valoir le remboursement de frais d'aide et d'assistance. En particulier, rien ne l'obligeait à compléter l'instruction par le biais de renseignements médicaux relatifs à l'état de santé de la recourante. Il est le lieu de rappeler que, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'un examen plus minutieux de la situation, que l'instruction ou l'appréciation du cas avait été faite d'une manière qui peut aujourd'hui sembler critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée au regard de la situation de fait et de droit de l'époque.

b) S'agissant de la question de savoir si les conditions d'une révision procédurale sont réunies, il convient de distinguer selon que la recourante fonde son point de vue sur les pièces médicales qu'elle a produites au cours de la procédure ou sur la décision rendue le 24 novembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud allouant à la recourante une allocation pour impotent de degré moyen de l'assurance-invalidité.

aa) Force est de constater que les faits consignés dans les différents rapports médicaux rédigés par la Dre C._____ les 10 janvier 2020, 7 mai 2020, 3 septembre 2020 et 14 décembre 2021 ou dans le certificat médical du Cabinet de psychothérapie et de psychiatrie [...] du 12 septembre 2019 ne constituent pas des faits nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, mais seulement une appréciation nouvelle de faits dont l'existence était déjà connue à l'époque où la demande de prise en charge des frais d'aide et d'assistance de la recourante a été déposée. La Dre C._____ a en effet souligné à plusieurs reprises que l'état de santé physique et psychique de la recourante est considérablement diminué depuis l'agression dont elle a été la victime le 29 décembre 2010 et qu'aucune amélioration n'a pu être observée depuis lors. Or, comme l'a souligné la jurisprudence, il n'y a pas motif à révision du seul fait que l'administration paraît avoir mal interprété des faits connus déjà au moment de la décision initiale.

bb) En revanche, la décision rendue le 24 novembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud allouant à la recourante une allocation pour impotent de degré moyen de l'assurance-invalidité, constituait, quoi qu'en dise la caisse intimée, un fait nouveau important et, partant, un motif de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Dès lors qu'elle avait connaissance de cette décision, la caisse intimée avait par conséquent le devoir de procéder à un nouvel examen matériel illimité du droit aux prestations complémentaires à la lumière de cette décision (cf. ATF 122 V 134 consid. 2d) et, en fonction du résultat de cet examen, de demander la restitution des prestations indûment versées

ou de verser le rétroactif de prestations (cf. ATF 138 V 298). Ce faisant, en allouant – en croyant qu'elle agissait à bien plaisir – le remboursement des frais d'aide et d'assistance sur une base de 75 heures par mois dès le 1^{er} mai 2015, la caisse intimée a, en réalité, procédé de manière implicite à la révision procédurale de la décision qu'elle avait rendue le 15 octobre 2015, en tenant compte à la fois de la décision rendue le 24 novembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et de l'évaluation opérée le 16 janvier 2017 par le Centre médico-social de J._____.

8. Pour finir, la recourante estime que le refus de la caisse intimée de fixer le droit au remboursement de ses frais d'aide et d'assistance sur une base de 164 heures par mois dès le 1^{er} mai 2015 est contraire au principe de la bonne foi. Dans la mesure où la caisse intimée avait admis, à la suite de l'évaluation opérée le 16 janvier 2017 par le Centre médico-social de J._____, le droit au remboursement de ses frais d'aide et d'assistance sur une base de 75 heures par mois dès le 1^{er} mai 2015, cela avait ancré chez elle la conviction que toute interpellation ultérieure de sa part produirait effet dès la date de sa demande initiale de prestations.

a) Conformément à l'art. 5 al. 3 Cst., tant les organes de l'Etat que les particuliers doivent s'abstenir d'adopter un comportement contradictoire ou abusif (ATF 144 II 49 consid. 2.2; 136 I 254 consid. 5.2). De ce principe général découle notamment le droit, consacré à l'art. 9 *in fine* Cst., du particulier d'exiger, à certaines conditions, que les autorités se conforment aux promesses ou assurances précises qu'elles lui ont faites et ne trompent pas la confiance qu'il a légitimement placée dans ces promesses et assurances (ATF 138 I 49 consid. 8.3.1 et les arrêts cités). Ainsi, un renseignement ou une décision erroné de l'administration peut obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition (a) que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte

immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, (d) qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 143 V 95 consid. 3.6.2; 141 V 530 consid. 6.2; 137 II 182 consid. 3.6.2 et les arrêts cités).

b) Le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence simplement d'un comportement de l'administration, pour autant que celui-ci soit susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (cf. ATF 129 II 361 consid. 7.1; 129 I 161 consid. 4.1). La précision que l'attente ou l'espérance doit être « légitime » est une autre façon de dire que l'administré doit avoir eu des raisons sérieuses d'interpréter comme il l'a fait le comportement de l'administration et d'en tirer les conséquences qu'il en a tirées. Tel n'est notamment pas le cas s'il apparaît, au vu des circonstances, qu'il devait raisonnablement avoir des doutes sur la signification du comportement en cause et se renseigner à ce sujet auprès de l'autorité (cf. ATF 134 I 199 consid. 1.3.1; TF 2C_1013/2015 du 28 avril 2016 consid. 3.1).

c) En l'occurrence, l'idée selon laquelle la recourante pouvait déduire de la reconnaissance par la caisse intimée, au mois de juin 2017, d'un droit au remboursement des frais d'aide et d'assistance à raison de 75 heures par mois à compter du 1^{er} mai 2015 l'assurance que toute décision ultérieure sur le même sujet emporterait un effet rétroactif ne peut raisonnablement être suivie. Contrairement à ce qu'affirme la recourante, le courrier que la caisse intimée a adressé le 23 juin 2017 à la recourante ne contient aucun engagement, sous quelque forme que ce soit, pour le futur ni aucune promesse que les prochaines décisions qu'elle serait amenée à prendre en la matière auraient obligatoirement un effet rétroactif. Une telle conclusion ne ressort par ailleurs d'aucune autre pièce du dossier. En réalité, l'interprétation proposée par la recourante ne trouve aucun appui dans les pièces versées au dossier et ne relève, dans les faits, que d'une vue de l'esprit. Les circonstances du cas d'espèce ne permettent pas à la recourante de se prévaloir de sa bonne foi.

9. **a)** Sur le vu de ce qui précède, il convient de constater que la décision attaquée doit être corrigée sur un point accessoire, à savoir celui de la quotité disponible dont dispose la recourante pour le remboursement de l'ensemble de ses frais de maladie et d'invalidité (cf. *supra* consid. 6b). Aussi, le recours doit être partiellement admis et ladite décision reformée en ce sens que la recourante peut prétendre au remboursement de ses frais d'aide et d'assistance sur une base de 75 heures par mois du 1^{er} mai 2015 au 29 février 2020 et de 164 heures par mois à compter du 1^{er} mars 2020, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 60'000 fr. par année.

b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 61 let. a LPGA).

c) La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, peut prétendre une indemnité de dépens réduite à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA). Il convient de fixer cette indemnité à 1'000 francs.

d) Par décision de la juge instructrice du 19 novembre 2020, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 septembre 2020 et obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Félicien Monnier, puis de Me Benjamin Schwab.

Par ordonnance du 15 juillet 2021, la juge instructrice a relevé Me Félicien Monnier de sa mission de conseil d'office et arrêté les dépens dus pour son activité de conseil d'office du recourant du 29 décembre 2020 au 25 juin 2021.

Me Benjamin Schwab a produit sa liste des opérations le 19 mai 2022. Dès lors que ces opérations apparaissent justifiées, il convient d'arrêter la durée totale des opérations effectuées à 11 heures et 20 minutes, qu'il y a lieu de rémunérer au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a du règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile [RAJ ; BLV 211.02.3]), soit 2'040 fr., montant

auquel il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 102 fr. (art. 3bis al. 1 RAJ) et la TVA au taux de 7,7 %. L'indemnité d'office en faveur de Me Benjamin Schwab s'élève par conséquent à 2'306 fr. 95.

L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 1'306 fr. 95 (2'306 fr. 95 - 1'000 fr.), sera provisoirement supporté par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser ce montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 du code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 [CPC ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement seront fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 24 août 2020 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est réformée en ce sens que H. _____ a droit au remboursement de ses frais d'aide et d'assistance sur une base de 75 heures par mois du 1^{er} mai 2015 au 29 février 2020 et de 164 heures par mois à compter du 1^{er} mars 2020, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 60'000 fr. par année.

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

- IV. La Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS versera à H. _____ une indemnité de dépens de 1'000 fr. (mille francs).

- V. L'indemnité d'office de Me Benjamin Schwab, conseil de la recourante, est arrêtée, après déduction des dépens précités, à 1'306 fr. 95 (mille trois cent six francs et nonante-cinq centimes), débours et TVA inclus.

- IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité de son conseil d'office mise 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 Benjamin Schwab (pour la recourante), à Vevey,
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, à Vevey,
- 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 :