

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 août 2021

---

Composition : M. NEU, juge unique  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à **A.**\_\_\_\_\_, recourante,

et

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

---

**Art. 9 al. 1, 10 et 11 LPC**

**E n f a i t :**

**A. a)** Domiciliée dans le canton de Fribourg jusqu'au 31 décembre 2018, Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961, était au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité ainsi que de prestations complémentaires servies par la Caisse de compensation de ce canton.

Par décision du 5 avril 2019, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse ou l'intimée) a reconnu le droit de Z.\_\_\_\_\_ à des prestations complémentaires dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019, le montant mensuel de la prestation s'élevant à 376 francs. L'intéressée s'est ensuite vue allouer une demi-rente d'invalidité d'un montant mensuel de 870 fr. à compter du 1<sup>er</sup> juin 2019 (communication de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 6 mai 2019).

Le 25 février 2020, Z.\_\_\_\_\_ s'est opposée à la décision du 5 avril 2019. Contestant le calcul des prestations allouées, elle a critiqué le montant retenu à titre de loyer. Elle a en outre fait valoir que le montant perçu au titre de la demi-rente d'invalidité était inférieur à celui fixé dans la communication du 6 mai 2019.

Statuant sur l'opposition formée par l'assurée, la Caisse l'a déclarée irrecevable en raison de sa tardiveté (décision sur opposition du 31 mars 2020).

Dans un courrier d'accompagnement daté du même jour, la Caisse a expliqué que, après examen de son dossier, il n'y avait pas lieu de réviser la décision du 5 avril 2019 en l'absence de fait nouveau important ni de la reconsidérer dans la mesure où elle n'était pas manifestement erronée. Après avoir souligné que le montant des prestations complémentaires visait à compléter et non à suppléer la rente, la Caisse a exposé que, s'agissant des frais de loyer, ceux-ci étaient pris en compte à concurrence de la part supportée par l'ayant droit, lorsque celui-ci partage son logement avec un tiers exclu du calcul des prestations

complémentaires. Tel était en l'occurrence le cas puisque l'assurée cohabitait avec son fils, financièrement indépendant.

**b)** Par acte du 30 avril 2020 intitulé « demande de constatation », Z.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition du 31 mars 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. A lire l'argumentation longue et confuse de l'assurée, on comprenait qu'elle se plaignait d'une réduction injustifiée de la rente d'invalidité allouée. Pour le reste, elle s'est bornée à émettre des récriminations, à citer pêle-mêle des passages de jurisprudence, ou encore à parler d'arbitraire ou de violations du droit.

S'en tenant à l'objet du litige, soit à un prononcé d'irrecevabilité de l'opposition, la Cour a rejeté le recours et confirmé ce prononcé d'irrecevabilité pour cause de tardiveté, par arrêt du 16 septembre 2020 (cause PC 13/20 - 17/2020).

**B.** Par décision du 30 décembre 2020, la Caisse a procédé à un nouveau calcul des prestations complémentaires valables dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021, arrêtant le montant de la prestation à 383 fr. par mois, ceci au regard d'une fiche de calcul jointe à la décision et faisant état des divers postes pris en considération au vu des pièces versées au dossier.

Par acte du 28 janvier 2021, Z.\_\_\_\_\_ s'est opposée à cette décision. D'une argumentation prolix et particulièrement confuse, il ressort qu'elle contestait en substance le montant de la prestation mensuelle, respectivement son mode de calcul, invoquant notamment la nécessité de procéder à une modification de sa rente d'invalidité, une rétrocession en sa faveur d'une rente viagère ainsi que la modification de ses primes d'assurance-maladie, évoquant un changement au niveau du subside pour l'assurance obligatoire des soins ; elle a joint la fiche de calcul établie par la Caisse avec la mention de ses propres montants en correction de ceux retenus.

Par décision sur opposition du 8 février 2021, la Caisse a confirmé sa décision du 30 décembre 2020. Rappelant les dispositions légales et les principes applicables à l'octroi et au mode de calcul des prestations complémentaires, la Caisse a justifié le bien-fondé des éléments pris en considération et confirmé le montant de 383 fr. par mois à compter de l'année 2021.

**C.** Par acte du 17 février 2021, Z. \_\_\_\_\_ a déféré cette décision devant la Cour de céans. Au terme d'une argumentation tout aussi confuse et prolixue que celle de son opposition, elle semble remettre en cause le montant des prestations allouées. Invitée à produire la décision contestée et à clarifier ses conclusions ainsi que sa motivation, l'assurée s'est déterminée de manière tout aussi confuse par courrier du 26 février suivant, produisant un lot de pièces comprenant la décision attaquée.

Par réponse au recours du 17 mars 2021, la Caisse intimée a conclu au rejet de celui-ci et à la confirmation de la décision attaquée, produisant un bordereau du dossier constitué et se rapportant à la motivation de sa décision.

Un second échange d'écritures n'a pas apporté d'éléments nouveaux propres à clarifier davantage la motivation et les conclusions du pourvoi.

Les arguments des parties seront repris ci-après dans la mesure utile.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable aux prestations versées en vertu de la LPC (loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI ; RS 831.30). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles

la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**c)** Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**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)** Au vu de la motivation et des conclusions telles que formulées par la recourante, on peut douter de la recevabilité du pourvoi. Néanmoins, le recours faisant suite à la décision sur opposition du 8 février 2021 et déférant celle-ci à la Cour de céans dans le respect du délai de recours, il y a lieu d'entrer en matière pour éprouver le bien-fondé de celle-ci, laquelle porte exclusivement sur le calcul du montant des prestations complémentaires reconnues à compter de 2021.

**3. a)** Les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à des prestations

complémentaires, dès lors qu'elles remplissent l'une des conditions de l'art. 4 al. 1 LPC. Selon l'art. 9 al. 1 LPC, le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants.

**b)** Les dépenses reconnues sont énumérées à l'art. 10 LPC. Pour les personnes qui ne vivent pas en permanence ni pour une période de plus de trois mois dans un home ou dans un hôpital (personnes vivant à domicile), les dépenses reconnues comprennent les montants destinés à la couverture des besoins vitaux, soit, par année, 19'610 fr. pour les personnes seules (let. a, ch. 1) ainsi que le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs (let. b). Le montant pour l'assurance obligatoire des soins fait également partie des dépenses reconnues et consiste en un montant forfaitaire annuel qui correspond au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins (couverture accidents comprise), mais qui n'excède pas celui de la prime effective (art. 10 al. 3 let. d LPC).

**c)** 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 1'000 fr. pour les personnes seules et 1'500 fr. pour les couples (let. a), un quinzième de la fortune nette, un dixième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, dans la mesure où elle dépasse 30'000 fr. pour les personnes seules (let. c), les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d).

**4. a)** En l'occurrence, la détermination de la fortune nette telle que figurant dans le plan de calcul annexé à la décision du 30 décembre 2020 n'appelle pas de commentaires particuliers ; en effet, le montant de 79 fr. correspond à l'avoir déposé sur le compte postal de la recourante (cf. relevé de compte du 1<sup>er</sup> janvier 2019), l'intimée ayant au surplus fait application de l'art. 11 al. 1 let. c LPC en déduisant un montant de 30'000 fr., d'où une fortune nulle.

**b)** Dans le calcul du revenu déterminant, l'intimée a pris en compte la rente de l'assurance-invalidité annualisée (877 fr. x 12), soit 10'524 francs. Par ailleurs, elle a retenu, au titre de revenu hypothétique, le montant de 19'450 fr. correspondant à celui reconnu pour la couverture des besoins vitaux d'une personne seule jusqu'au 31 décembre 2020 représentant, après déduction d'un forfait de 1'000 fr., un revenu pris aux deux tiers de 12'300 fr. (18'450 fr. x 2 / 3) en application de l'art. 11 al. 1 let. a LPC. Le revenu déterminant total s'élevait ainsi à 22'824 fr. (10'524 fr. + 12'300 fr.).

**c)** S'agissant des dépenses, la Caisse intimée a retenu un montant de 19'610 fr. au titre de la couverture des besoins vitaux pour une personne seule (art. 10 al. 1 let. a ch. 1 LPC). Sous la rubrique « Prime(s) LAMal », elle a admis un montant de 5'700 fr. correspondant à la prime mensuelle d'assurance-maladie de 475 fr. faisant l'objet d'un subside (cf. décision de l'Office vaudoise de l'assurance-maladie du 6 novembre 2020). Quant au montant du loyer, par 7800 fr. il ne diverge pas de celui figurant dans le plan de calcul ayant fondé la décision du 5 avril 2019 étant précisé qu'il se retrouve également dans le budget établi lors de la fixation du revenu d'insertion sous la rubrique « Total loyer » (cf. décision du 15 août 2019). On ajoutera qu'il correspond à un montant mensuel de 650 fr. représentant la moitié du loyer total (1'350 fr.) fixé par le contrat de bail à loyer du 28 septembre 2018 relatif au logement occupé par la recourante et son fils. Le total des dépenses reconnues s'élève ainsi à 33'110 fr. (19'610 fr. + 5'700 fr. + 7'800 fr.).

**d)** Les chiffres retenus conduisent à un excédent de dépenses de 10'286 fr. (33'110 fr. - 22'824 fr.). Compte tenu de la participation des prestations complémentaires au subventionnement des primes de l'assurance-maladie, en l'occurrence de 5700 fr., le montant de la prestation complémentaire mensuelle s'élève à 383 fr. (4'586 fr. [10'286 fr. - 5'700 fr.] / 12).

**e)** Sur le vu de ce qui précède, il apparaît que le calcul des prestations complémentaires en faveur de la recourante à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 tel qu'effectué par la Caisse intimée ne prête pas le flanc à la critique et qu'il convient par conséquent de le confirmer.

**5. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 8 février 2021 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Mme Z. \_\_\_\_\_,
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :