

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 mai 2025

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Pasche et M. Piguet, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], 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. C. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a déposé en novembre 2020 une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Par décision du 14 février 2024, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2024 et, par décision du 3 juillet 2024, lui a octroyé une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2021 au 29 février 2024. Dans cette dernière décision, des compensations ont été effectuées et des intérêts moratoires versés. Ainsi, un montant de 3'087 fr. a été déduit du rétroactif et versé à la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS en compensation d'une dette de l'assurée.

L'assurée a formé recours contre ces décisions devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle contestait le point de départ de son droit à la rente d'invalidité, ainsi que le calcul du rétroactif qui lui était dû. Les causes ont été enregistrées sous les références AI 76/24 et 254/24. Par arrêt de ce jour, la Cour de céans a rejeté les recours précités.

B. Entretemps, le 28 mai 2024, l'assurée a déposé une demande de prestations complémentaires AVS/AI auprès de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse ou l'intimée).

Par décisions du 13 septembre 2024, la Caisse a refusé à l'assurée le droit à des prestations complémentaires pour la période du 1^{er} mai 2021 au 31 octobre 2022, conformément aux décomptes annexés mettant en évidence un excédent de revenus. Elle a alloué dès le 1^{er} novembre 2022 les prestations complémentaires minimales, à savoir le subventionnement des primes LAMal et des frais de maladie et d'invalidité, toujours selon des décomptes annexés.

Le 10 octobre 2024, l'assurée a formé opposition contre ces décisions. En substance, elle a contesté la prise en compte du forfait pour les besoins vitaux au titre des dépenses reconnues pour les mois de mai 2021 à février 2024, en ajoutant que les futures décisions d'octroi de prestations complémentaires devraient inclure le reste des dépenses reconnues (primes LAMal, etc.) ainsi que l'ensemble des dettes consécutives à une décision de restitution de prestations du 3 juillet 2024 de l'OAI. Ce faisant, elle a critiqué la méthode de calcul du droit aux prestations complémentaires.

Par décision sur opposition du 18 octobre 2024, la Caisse a rejeté l'opposition et confirmé ses décisions du 13 septembre 2024. Elle a relevé que les montants figurant sous les besoins vitaux pris en compte ne correspondaient pas à un revenu dépensé par l'assurée mais au forfait déterminé par le législateur en fonction de l'évolution du coût de la vie et comprenant les dépenses relatives à l'alimentation, l'habillement, les impôts, etc., à savoir un montant annuel de 19'610 fr. en 2021 - 2022 et de 20'100 fr. dès 2023. A ce forfait s'ajoutaient le loyer et les primes LAMal. Après déduction des dépenses reconnues sur les revenus déterminants, la somme, positive ou négative, représentait le droit aux prestations complémentaires. En raison d'un excédent de dépenses depuis le mois de novembre 2022, l'assurée avait droit au subside pour la prime LAMal ainsi qu'au remboursement de ses frais de maladie et d'invalidité. S'agissant de la fortune, le rétroactif AI n'était, en l'état, pas pris en compte dans le calcul.

C. Aux termes d'une écriture déposée le 15 novembre 2024 dans le cadre de la procédure AI 254/24 pendante devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, C._____ a formé recours contre la décision sur opposition précitée. La présente cause en matière de prestations complémentaires a donc été ouverte. La recourante a conclu à la rectification des « décomptes PC pour la période de mai 2021 à 2024, en se fondant sur la temporalité effective des montants dus et perçus, selon l'annexe 37 ». Dite annexe était constituée de décomptes de prestations complémentaires corrigés par la recourante pour les mois de

mai 2021 à décembre 2024. A titre de mesures d’instruction, elle a requis « le détail du calcul des intérêts moratoires notifiés dans la décision AI du 03 juillet 2024 » et « les dates et transactions bancaires des versements des dettes en restitutions pour la CIP, la [...] et les PC de 2019 ».

Par réponse du 20 décembre 2024, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a conclu au rejet du recours.

Le 30 janvier 2025, la recourante a complété son recours et pris les conclusions suivantes :

“Au vu de ce qui précède, Madame C._____, recourante, je conclus, avec suite de frais et dépens, au maintien de l’ensemble des conclusions formulées dans mes écritures du 03 septembre et 14 novembre 2024 et ajoute, à ce que la Cour de céans prononce :

- un droit à faire rectifier le décompte des PC pour l’année 2021, en déduisant du revenu déterminant l’entier des dettes en restitution.
- le versement effectif des 4 mois de rentes AI comptabilisés dans le montant du revenu déterminant par la CC22 dans le décompte des PC en 2021.
- un droit à ce que le montant rétroactif AI ne soit pas imputé conjointement à la période comptable des 34 mois rétroactifs et aux périodes comptables postérieures au versement.
- un droit à la révision de la naissance du droit aux PC fondée sur les motivations de la décision AI du 14 février 2024”.

Le 7 février 2025, l’intimée a confirmé ses conclusions.

Il sera pour le surplus fait état des arguments développés par les parties à l’appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable aux prestations versées en vertu de la LPC (loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l’AVS et à l’AI ; RS 831.30). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l’opposition n’est pas ouverte peuvent faire l’objet d’un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. 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. 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 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse statue sur le droit aux prestations complémentaires en faveur de la recourante ensuite de décisions de l'OAI de lui octroyer une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2021. Ainsi, les critiques et conclusions de la recourante portant sur le calcul de son revenu déterminant pour le droit aux prestations complémentaires et sur le début de son droit entrent dans l'objet du litige tel que défini par la décision attaquée. En revanche, tel n'est pas le cas de ses autres griefs, tendant notamment au versement d'une rente AI, lesquels sont partant irrecevables, les critiques portant sur le calcul des intérêts du rétroactif AI étant traités dans l'arrêt de la Cour de céans rendu ce jour en cette matière distincte des assurances sociales (la recourante ayant transmis le même « complément » dans chaque procédure).

3. a) Les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à des prestations complémentaires, notamment dès lors qu'elles ont droit à une rente ou à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité (AI) ou perçoivent

des indemnités journalières de l'AI sans interruption pendant six mois au moins (art. 4 al. 1 let. c 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, mais au moins au plus élevé des montants suivants : la réduction des primes la plus élevée prévue par le canton pour les personnes ne bénéficiant ni de prestations complémentaires ni de prestations d'aide sociale ou 60 % du montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 10 al. 3 let. d LPC.

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 notamment (art. 10 al. 1 LPC) un montant annuel destiné à la couverture des besoins vitaux qui s'élevait, pour les personnes seules, à 19'610 fr. en 2021 et 2022 et à 20'100 fr. en 2023 et 2024 (let. a, dans sa teneur en vigueur durant ces différentes années), ainsi que le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs, avec certaines cautions (let. b). Sont en outre reconnus comme dépenses, selon l'art. 10 al. 3 LPC, pour toutes les personnes, les cotisations aux assurances sociales de la Confédération, à l'exclusion des primes d'assurance-maladie (let. c), ainsi que le montant pour l'assurance obligatoire des soins, lequel 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 (let. d).

c/aa) Conformément à l'art. 11 al. 1 LPC, les revenus déterminants comprennent en particulier les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d) et la réduction des primes accordée pour une période pour laquelle des prestations complémentaires sont attribuées avec effet rétroactif (let. i). Il est en outre tenu compte de la fortune, dans une certaine mesure (art. 11 al. 1 let. c LPC).

bb) Les directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI édictées par l'OFAS (DPC, état au 1^{er} janvier 2024) précisent que le revenu déterminant provenant de rentes et de pensions comprend les rentes et pensions versées par des institutions d'assurance de droit public ou privé, y compris tous les suppléments (rentes de l'AVS et de l'AI, de l'assurance-accidents, de la prévoyance professionnelle, de l'assurance militaire, rentes viagères, rentes d'assurances sociales cantonales ou provenant de l'étranger et autres), ainsi que les prestations périodiques versées par un employeur actuel ou ancien à un employé, à son conjoint, à ses enfants mineurs ou en période de formation professionnelle (ch. 3451.02, dont la teneur était la même en 2021 déjà). En cas de versements de rentes arriérées, le montant afférent à l'année civile pour laquelle une PC est payée est à prendre en compte dans l'année où intervient le paiement de l'arriéré. La somme des rentes se rapportant à une période antérieure - pour laquelle aucune PC n'est fixée - doit être, le cas échéant, prise en compte comme fortune, après déduction des dettes éventuelles que l'assuré aurait contractées pour subvenir à son entretien et à celui de sa famille (ch. 3451.03, dont la teneur est inchangée depuis 2021).

4. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

5. a) En l'occurrence, la recourante reproche, en premier lieu, à l'intimée d'avoir à tort examiné son droit aux prestations complémentaires à partir de mai 2021. Elle soutient que son droit auxdites prestations était ouvert dès le mois de novembre 2020 déjà, moment du dépôt de sa demande de rente de l'assurance-invalidité alors que son invalidité était reconnue par l'OAI.

b) La recourante ne sera pas suivie. Il apparaît en effet que son droit à une rente entière de l'assurance-invalidité a débuté le 1^{er} mai 2021 (cf. arrêt CASSO AI 76 & 254/24 de ce jour). Or, le droit aux prestations complémentaires est intrinsèquement lié au droit de l'intéressée à bénéficier d'une rente d'invalidité (cf. art. 4 al. 1 let. c LPC ; TF 9C_1040/2012 du 30 avril 2013 consid. 5.2). Il ne saurait donc débiter avant le 1^{er} mai 2021.

En conséquence, ce premier grief doit être rejeté.

6. a) La recourante se plaint également de nombreuses erreurs dans les décomptes de prestations complémentaires sur lesquels se fonde la décision attaquée. Elle formule des critiques valant pour l'ensemble des décomptes (cf. infra let. b) et d'autres concernant des décomptes précis (cf. infra let. c).

b/aa) La recourante estime ainsi que l'intimée ne devait pas tenir compte de sa rente d'invalidité pour le calcul des prestations complémentaires, au motif qu'elle n'avait pas perçu de rente entre les années 2021 à 2023, mais que le montant du rétroactif aurait dû être comptabilisé ultérieurement, soit à la date de son versement par l'OAI.

Cet argument n'est pas convaincant. Le droit aux prestations complémentaires étant lié au versement de la rente de l'assurance-invalidité, il est par conséquent ouvert pour les périodes couvertes par le rétroactif de la rente AI. L'intimée était dès lors tenue de tenir compte de cet élément dans son calcul pour examiner *a posteriori* la situation financière de la recourante en lien avec son droit éventuel aux prestations

complémentaires, cette dernière ne contestant au demeurant pas que la rente AI fait partie du revenu déterminant.

bb) Dans le même sens, la recourante est d'avis que la Caisse ne devait pas tenir compte, dans son revenu déterminant, des montants compensés dans la décision de l'OAI du 3 juillet 2024 en remboursement de prestations versées par d'autres assurances. A nouveau, on ne saurait la suivre dans ses explications, dès lors que l'intimée devait examiner *a posteriori* et de manière fictive la situation qui aurait été la sienne si sa rente AI lui avait été versée en temps réel au titre de revenu déterminant. Le fait que ces montants aient servi à compenser des dettes de l'intéressée n'est à cet égard pas déterminant, les dettes étant portées en déduction de la fortune (dans une certaine mesure) et non du revenu.

cc) Quant à la fortune constituée par le rétroactif de rente AI, il ne ressort pas des décomptes contestés que la Caisse en aurait tenu compte, ce qu'elle a expliqué dans la décision attaquée et confirmé dans sa réponse du 20 décembre 2024. Partant, on ne discerne pas quelles sont les erreurs de calcul dont se plaint la recourante sur ce point.

c) Reste à examiner les critiques concernant des décomptes de prestations complémentaires précis.

aa) Pour la période du 1^{er} mai au 31 décembre 2021, l'intimée a retenu que la situation de la recourante présentait un excédent de revenu de 2'044 francs.

La recourante conteste le bienfondé du calcul de l'intimée, au motif qu'il ne se justifiait pas de prendre en compte, dans les revenus déterminants, l'entier du salaire qu'elle avait perçu cette année-là, mais uniquement celui versé sur la période de huit mois examinée, soit du 1^{er} mai au 31 décembre 2021. Elle estime en outre que l'intimée a à tort annualisé sa rente AI, en y ajoutant quatre mensualités (de janvier à avril 2021) qu'elle n'a jamais perçues.

Les critiques de la recourante sont sans incidence sur l'issue du litige. En effet, même en suivant son raisonnement et les chiffres qu'elle avance et en admettant que la comparaison des revenus et dépenses ne doit s'effectuer que sur huit mois, il en résulte toujours un excédent de revenu pour la période en cause. Le revenu déterminant est ainsi de 27'418 fr. 80 (1'244 fr. [salaire durant 8 mois, soit 2/3 de l'année] + 17'664 fr. [rente AI mensuelle de 2'208 fr. sur 8 mois] + 8'510 fr. 80 [rente LPP mensuelle de 1'063 fr. 85 sur la même période]) et les charges de 26'278 fr. ($[39'417 \text{ fr.}/12] \times 8$). L'excédent de revenu de 1'140 fr. 80 (27'418 fr. 80 - 26'278 fr.) n'ouvre donc pas le droit aux prestations complémentaires en 2021.

La recourante estime encore que le montant des « dettes en restitution de 3'385,90 CHF » ne devait pas être comptabilisé dans le revenu déterminant du décompte de 2021. Or comme expliqué plus haut, les montants compensés dans la décision de l'OAI du 3 juillet 2024 en remboursement de prestations versées par d'autres assurances ne sont pas pertinents pour l'issue du présent litige. De plus, la somme de 3'385 fr. 90 ne ressort pas des décomptes de prestations complémentaires du dossier, de sorte qu'on ne comprend pas sur quoi portent les critiques de la recourante. En conséquence, ce grief doit être écarté, dans la mesure où il peut être traité.

bb) S'agissant des décomptes pour les années 2023 - 2024, la recourante fait grief à l'intimée de ne pas avoir tenu compte du montant des cotisations obligatoires AVS/AI (personne sans activité lucrative).

Cette critique tombe à faux. En effet, comme l'intimée l'observe dans sa réponse du 20 décembre 2024, les cotisations obligatoires AVS/AI de la recourante en qualité de personne sans activité lucrative pour les années 2023 et 2024 sont prises en charge par le canton de domicile, conformément à l'art. 11 al. 2 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10). En outre, à l'appui de ses allégations la recourante n'établit pas avoir acquitté de telles cotisations sociales. La Caisse n'avait par conséquent aucun

motif de déduire le montant des cotisations obligatoires AVS/AI au titre de dépenses justifiées de la recourante dans les décomptes 2023 - 2024.

cc) Concernant le décompte de prestations complémentaires pour 2023, la recourante critique le montant de la participation des PC à ses primes LAMal, lequel ne couvre pas l'entier de la somme. En effet, il ressort de ce décompte que le montant annuel des primes LAMal de la recourante s'élève à 5'315 fr., alors que la « participation PC au subventionnement des primes LAMal » s'élève à 5'280 francs. Au pied de sa première page, le décompte mentionne que la participation de la Caisse aux primes de l'assurance obligatoire des soins (couverture de base) LAMal a été arrêtée par l'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM) dans une décision séparée. Or la recourante ne soutient pas avoir formé un recours contre cette décision, et il n'y a aucune trace d'un tel recours au dossier. Cela étant, la présente procédure n'est pas le lieu pour remettre en cause ce montant, ressortant d'une décision entrée en force.

C'est néanmoins l'occasion de rappeler que les subsides à l'assurance-maladie servent à limiter la charge des primes LAMal en fonction des revenus d'une personne physique. Sur la base du barème applicable à l'unité économique de référence (UER), la personne a droit à un subside couvrant l'entier de sa prime ou au subside maximum (si elle est bénéficiaire de prestations complémentaires à AVS/AI [PC] ou du Revenu d'insertion [RI]). La LHPS (loi du 9 novembre 2010 sur l'harmonisation et la coordination de l'octroi des prestations sociales et d'aide à la formation et au logement cantonales vaudoises ; RSV 850.03), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013, s'applique notamment aux subsides aux primes de l'assurance-maladie (art. 2 al. 1 let. a, premier tiret, LHPS). A ses art. 6 à 10, cette loi définit en outre les principes régissant le revenu déterminant unifié (RDU) et l'UER (cf. art. 1 al. 2 let. c - d LHPS).

A cet égard, le décompte établi pour l'année 2023 précise que le montant maximal du subventionnement dans le canton de Vaud correspond à 100 % de la prime cantonale de référence. Or la prime de référence mensuelle pour le calcul du subside spécifique d'une personne

seule (adulte de 26 ans et plus) en région 2 avec un RDU de 0 à 62'500 fr. s'élevait à 440 fr. en 2023 (www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/social/Prestations__assurance_et_soutien/Assurance_maladie/Subside/Web_OV23_Notice_explicative.pdf). Cela correspond au montant de subside de 5'280 fr. (440 fr. x 12) retenu dans le décompte 2023. Il apparaît donc que la décision attaquée n'est pas critiquable sur ce point non plus.

7. Le dossier est complet et il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par la recourante dans son écriture déposée le 15 novembre 2024, à savoir « le détail du calcul des intérêts moratoires notifiés dans la décision AI du 03 juillet 2024 » et « les dates et transactions bancaires des versements des dettes en restitutions pour la CIP, la [...] et les PC de 2019 », réquisitions qui doivent ainsi être rejetées par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. ^{fbis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la 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,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.

II. La décision sur opposition rendue le 18 octobre 2024 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- C. _____,
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :