

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2026

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
 Mme Pasche et M. Tinguely, juges
Greffier : M. Varidel

* * * * *

Cause pendante entre :

F._____, à Q***, recourant,

et

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

Art. 10 LPC

En fait :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, est au bénéfice d'une rente d'invalidité entière depuis le 18 août 2023, avec effet rétroactif au 1^{er} mars 2021. Du 20 juillet 2023 au 30 janvier 2025, il a bénéficié d'une mesure de curatelle de représentation et de gestion, dont le mandat était confié à C._____, curatrice professionnelle auprès l'Office [actuellement : Service] des curatelles et tutelles professionnelles (ci-après : SCTP).

Le 6 septembre 2023, par l'intermédiaire de sa curatrice, l'assuré a déposé une demande de prestations complémentaires auprès de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la CCVD, la Caisse ou l'intimée).

Par courrier du 3 octobre 2023, la CCVD a demandé à l'assuré qu'il produise plusieurs renseignements et justificatifs complémentaires.

Par formulaire électronique du 14 octobre 2023 et courrier du même jour, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations complémentaires auprès de la CCVD, en faisant état de frais médicaux de 28'800 francs.

Par courrier du 28 octobre 2023, l'assuré a donné suite à la demande d'informations et justificatifs de la Caisse.

Ont suivi divers échanges de courriers, par lesquels la CCVD a recueilli les informations nécessaires à l'instruction de la demande de prestations complémentaires de l'assuré.

Par décisions du 12 juillet 2024, la CCVD a nié le droit de l'assuré à des prestations complémentaires annuelles à compter du 1^{er} mars 2021 en raison d'un excédent de revenus, hormis pour la période du 1^{er} juin 2021 au 28 février 2022 durant laquelle ce droit lui était ouvert, à hauteur de 276

fr. mensuels du 1^{er} juin au 31 décembre 2021, respectivement de 1 fr. mensuel du 1^{er} janvier au 28 février 2022.

Par pli du 7 août 2024, l'assuré s'est opposé à ces décisions, en faisant valoir que ses dépenses concernant les frais médicaux et d'invalidité pour les années 2022, 2023 et 2024, dont notamment les frais de soins à domicile annuels limités par son assurance-maladie en janvier 2023, devraient être prises en compte dans le calcul des prestations complémentaires.

Par décision sur opposition du 18 octobre 2024, la CCVD a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé ses décisions du 12 juillet précédent. Elle a indiqué que les dépenses relatives aux frais médicaux et d'invalidité, à l'exception des primes d'assurance-maladie, ne faisaient pas partie des dépenses déterminantes au sens de l'art. 10 LPC.

Aux termes d'un courrier accompagnant la décision susmentionnée, la CCVD a également fait savoir à l'assuré que ses demandes de remboursement de frais de maladie et d'invalidité avaient été transmises au service compétent et qu'une décision en la matière lui serait communiquée prochainement.

Par courrier du 24 octobre 2024 faisant suite à un envoi du recourant du 22 octobre précédent demandant des clarifications, la CCVD lui a confirmé que des décisions statuant sur son droit au remboursement des frais médicaux et d'invalidité seraient rendues prochainement. La Caisse a également précisé que la décision sur opposition du 18 octobre 2024, bien que négative, ne concernait que la prestation complémentaire annuelle en espèces et que les décisions à rendre statuant sur le droit au remboursement seraient elles aussi contestables par la voie de l'opposition, cas échéant d'un recours. La CCVD a encore exposé que les décisions de prestations complémentaires avaient une influence sur le droit au remboursement des frais médicaux, un tel remboursement n'étant en principe accordé qu'aux personnes bénéficiant d'une prestation complémentaire annuelle, étant précisé que les personnes présentant un

excédent de revenu pouvaient se faire rembourser le montant des frais dépassant l'excès de revenus dans la limite des montants maximaux.

Par décisions du 15 novembre 2024, la CCVD a statué sur le droit de l'assuré au remboursement de ses frais de maladie et d'invalidité pour les années 2022 à 2024. A défaut d'opposition en temps utile, ces décisions sont entrées en force.

B. Dans l'intervalle, par acte du 13 novembre 2024, F._____ a recouru contre la décision sur opposition du 18 octobre 2024 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme, en ce sens que les frais de maladie et d'invalidité étaient pris en compte dans le calcul de son droit aux prestations complémentaires, à hauteur de 16'238 fr. 90 en 2022, 37'603 fr. 35 en 2023 et 35'254 fr. en 2024, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. Le recourant a exposé, à titre liminaire, que la décision attaquée n'était pas contestée en ce qu'elle concernait l'année 2021, mais uniquement s'agissant des années 2022 à 2024. Il a reproché à la Caisse de ne pas avoir pris en compte, au titre des dépenses déterminantes, les frais de soins à domicile limités par l'assureur-maladie dès 2023, alors même que ceux-ci étaient indispensables à sa prise en charge médicale. Il a par ailleurs fait grief à la Caisse de n'avoir pas pris en compte, en tant que frais médicaux et d'invalidité, un certain nombre d'interventions coûteuses et indispensables liées à son état de santé listées dans son recours, telles que les frais de transports pour handicapés, les frais de ménage, la location de moyens auxiliaires, ainsi que les frais de participation d'hospitalisation et médicaments non pris en charge par l'assurance-maladie.

Dans sa réponse du 29 janvier 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, en rappelant pour l'essentiel que les frais de soins à domicile ainsi que les autres frais de maladie et d'invalidité invoqués par le recourant ne faisaient pas partie des dépenses reconnues au sens de l'art. 10 al. 1 et 3 LPC, exhaustivement listées.

En réplique, le 28 février 2025, le recourant a indiqué contester également la décision rendue par la CCVD le 15 novembre 2024, en soutenant que la Caisse aurait, à tort, scindé le litige en deux et rendu deux décisions distinctes, dans la mesure où son opposition initiale portait sur les deux points. Il a également reproché à la CCVD d'avoir adressé la décision susmentionnée à sa curatrice et à celle-ci de ne pas la lui avoir transmise. Le recourant a pris des conclusions complémentaires demandant la réforme de la décision du 15 novembre 2024 en ce sens que la Caisse devait prendre en charge les frais de maladie, avec intérêt moratoire de 5 % l'an. Il a également pris des conclusions à l'encontre de son assureur-maladie et du SCTP.

Dupliquant le 2 avril 2025, la CCVD a maintenu sa position. Elle a par ailleurs rappelé que le droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité était lié au statut de bénéficiaire d'une prestation complémentaire annuelle, en sorte que l'excédent de revenu ou de dépenses du demandeur devait être fixé avant de statuer sur la demande de remboursement. En outre, la Caisse indiquait avoir procédé correctement en rendant deux décisions distinctes, dès lors que l'organe d'exécution était libre de rendre des décisions jointes ou séparées en matière de prestation complémentaire annuelle et de remboursement de frais de maladie et d'invalidité. La CCVD a pour le surplus observé que les décisions du 15 novembre 2024 avaient été valablement notifiées au recourant, alors sous curatelle, et étaient entrées en force, faute de contestation en temps utile.

Dans de nouvelles déterminations spontanées du 10 avril 2025, le recourant a encore produit des factures justificatives pour les années 2023 et 2024 et requis que le service de remboursement des frais maladie de l'intimée reprenne le dossier et procède à une révision de la situation conformément à l'art. 53 LPGA, au vu des éléments apportés. Il a également sollicité que la procédure de recours soit suspendue jusqu'à nouvelle décision relative au remboursement, respectivement dans l'attente d'une reconsidération.

En droit :

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) La décision sur opposition attaquée, rendue le 18 octobre 2024, statue sur le droit à la prestation complémentaire annuelle du recourant. Ainsi, les conclusions de celui-ci tendant à la prise en compte des frais de maladie et d'invalidité (notamment des frais de transport, de soins à domicile et des frais de participation de l'assurance-maladie), au titre des

dépenses reconnues, dans le calcul déterminant son droit à la prestation complémentaire annuelle, entrent dans l'objet de la contestation tel que défini par la décision sur opposition attaquée. En revanche, tel n'est pas le cas de ses autres griefs, dirigés à l'encontre des décisions rendues le 15 novembre 2024 en matière de remboursement des frais de maladie et d'invalidité, entrées en force faute d'opposition, ainsi qu'à l'encontre de son assureur-maladie ou du SCTP, lesquels sont partant irrecevables (cf. également consid. 4 *infra*).

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 de la prestation complémentaire annuelle (art. 3 let. a LPC ; cf. chapitre 2, section 3, art. 9 à 13 LPC), et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 let. b LPC ; cf. chapitre 2, section 4, art. 14 à 16 LPC).

Les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle 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)

b) Aux termes de 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.

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). Il est en outre tenu compte de la fortune, dans une certaine mesure (art. 11 al. 1 let. c LPC).

bb) L'art. 10 LPC énumère les dépenses reconnues 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). Ces dépenses comprennent en particulier les montants destinés à la couverture des besoins vitaux (al. 1 let. a), le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs (al. 1 let. b), les frais d'obtention du revenu (al. 3 let. a), les cotisations aux assurances sociales de la Confédération, à l'exclusion des primes d'assurance-maladie (al. 3 let. c) et 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 (al. 3 let. d).

Le montant forfaitaire destiné à la couverture des besoins vitaux (art. 10 al. 1 let. a LPC) a pour but de couvrir les moyens d'existence journaliers nécessaires afin de permettre au bénéficiaire d'une prestation complémentaire de faire face à toutes les dépenses qui ne sont pas spécifiquement mentionnées au titre des dépenses reconnues. Il s'agit notamment des frais de nourriture, d'habillement, de soins corporels, de consommation d'énergie, de communication, de transport ou de loisir, etc. (TF 9C_945/2011 du 11 juillet 2012 consid. 5.1 et les références citées ; Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, Genève/Zurich/Bâle 2015, n° 2 *ad* art. 10 LPC).

L'énumération des dépenses reconnues par la loi est exhaustive (ch. 3211.01 DPC [Directives de l'Office fédéral des assurances sociales concernant les prestations complémentaires à l'AVS et l'AI [ci-après : DPC], valables dès le 1^{er} avril 2011, état au 1^{er} janvier 2024]). Les directives administratives sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales par les organes d'exécution des assurances sociales. Elles établissent notamment des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce conformément au principe d'égalité de traitement. Les directives administratives sont destinées à l'administration,

mais le juge ne s'en écarte pas sans motif pertinent (ATF 146 V 233 consid. 4.2.1 ; 146 V 104 consid. 7.1 ; 144 V 195 consid. 4.2 et les références citées).

c) Selon l'art. 14 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), les frais de transport vers le centre de soins le plus proche (let. e), les frais de moyens auxiliaires (let. f), ainsi que les frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10 ; let. g).

Les personnes qui, en raison de revenus excédentaires, n'ont pas droit à une prestation complémentaire annuelle, ont droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité qui dépassent la part des revenus excédentaires (art. 14 al. 6 LPC).

4. a) En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimée de ne pas avoir pris en compte ses frais de maladie et d'invalidité, en particulier ses frais de transport, de soins à domicile et de participation aux coûts de l'assurance-maladie, au titre des dépenses reconnues dans le calcul déterminant son droit à la prestation complémentaire annuelle.

Or les frais susmentionnés, de même que les autres frais invoqués par le recourant au stade de son opposition, respectivement dans ses écritures devant la Cour de céans, ne font pas partie des dépenses reconnues au sens de l'art. 10 LPC, dont la liste est exhaustive (cf. consid. 3b/bb *supra*). L'absence de ces éléments dans les calculs opérés par la Caisse est, dès lors, correcte et ne prête pas le flanc à la critique. Au surplus, le recourant n'élève aucune critique à l'encontre des calculs opérés par l'intimée, lesquels, vérifiés d'office, peuvent être confirmés.

b) Dans sa réplique, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir statué séparément sur le droit à la prestation complémentaire annuelle et

sur le droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité et considère que son opposition initiale de même que son recours étaient également dirigés contre les décisions de remboursement.

En l'occurrence, le droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité est une composante du droit aux prestations complémentaires et il faut, en principe, être au bénéfice de prestations complémentaires afin d'avoir droit au remboursement précité (cf. consid. 3c *supra*). Comme l'a relevé l'intimée, cela présuppose que, dans tous les cas, une décision de remboursement de frais médicaux ne peut pas être rendue avant que le droit à une prestation complémentaire annuelle soit fixé. A cet égard, les directives DPC laissent le choix à l'organe d'exécution compétent en matière de prestations complémentaires de rendre les décisions relatives au remboursement des frais de maladie et d'invalidité conjointement ou séparément à la décision statuant sur la prestation complémentaire annuelle (cf. ch. 5400.01 DPC). Ainsi, la manière de procéder de l'intimée était conforme au droit ainsi qu'aux directives administratives. Elle a de plus été clairement exposée par la Caisse au recourant dans son courrier du 24 octobre 2024, respectant ainsi son obligation d'information au sens de l'art. 27 LPGA.

c) On relèvera encore, bien que cela excède l'objet du présent litige, que les décisions du 15 novembre 2024 ont été valablement notifiées à la curatrice du recourant, lequel bénéficiait d'une mesure de curatelle de représentation à cette date. On observera ici que les décisions du 12 juillet 2024 avaient également été notifiées à la curatrice, ce qui n'a pas empêché le recourant de s'y opposer en temps utile.

Dans sa duplique, l'intimée a, à juste titre, observé que, faute d'opposition, les décisions du 15 novembre 2024 étaient entrées en force. Elle a indiqué que le recourant pouvait, néanmoins, toujours demander la reconsidération de ces décisions au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, ce que le recourant a requis dans son écriture du 10 avril 2025. Une telle demande excède toutefois elle aussi l'objet du litige et il appartient au recourant de la déposer auprès de la Caisse.

d) Le recourant reproche encore à l'intimée d'avoir dissimulé des factures de soins. Comme exposé ci-dessus, le droit au remboursement de frais de maladie et d'invalidité est lié au statut de bénéficiaire d'une prestation complémentaire annuelle et l'excédent de revenus ou de dépenses du demandeur doit être fixé avant de statuer sur la demande de remboursement. Les frais susmentionnés ne pouvaient par conséquent pas être remboursés durant la procédure de demande de prestations complémentaires, en sorte qu'on ne voit pas en quoi la Caisse se serait rendue coupable d'une quelconque dissimulation. En ce qui concerne les factures de soins qui n'auraient pas fait l'objet de décisions de remboursement, mais que le recourant reconnaît ne pas avoir encore été en mesure de transmettre, il lui appartient de les faire suivre au service de remboursement de la Caisse, pour analyse. Il n'y a dès lors pas lieu de suspendre la cause dans l'attente de cet examen ou de celui de la reconsidération des décisions du 15 novembre 2024.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité 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 au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité.
- 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.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- F. _____,
- 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 :