

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mars 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Pasche et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

A.M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Sara Giardina, avocate à Nyon,

et

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

Art. 13 LPGA ; art. 3, 4 al. 1 let. a, 10 et 11 LPC

E n f a i t :

A. A.M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], au bénéfice d'une rente de vieillesse, a déposé une demande de prestations complémentaires auprès de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse ou l'intimée) le 25 février 2019.

Par décisions du 19 juillet 2019, la Caisse a procédé au calcul pour déterminer le droit aux prestations complémentaires de manière distincte pour la période du 1^{er} février au 31 mars 2019, puis dès le 1^{er} avril 2019. Elle a ainsi retenu, pour la première période, les montants suivants :

<u>Total des revenus déterminants</u>	51'243 fr.
couverture pour les besoins vitaux	29'175 fr.
loyer	15'000 fr.
frais d'entretien d'immeubles	300 fr.
<u>Total des dépenses reconnues</u>	44'475 fr.
Excédent de revenus (51'243 - 44'475)	6'768 fr.
Primes moyennes d'assurance maladie	13'176 fr.
Montant de la PC (droit partiel)	0 fr.

Elle a retenu, pour la seconde période, les montants suivants :

<u>Total des revenus déterminants</u>	52'505 fr.
couverture pour les besoins vitaux	29'175 fr.
loyer	15'000 fr.
frais d'entretien d'immeubles	300 fr.
<u>Total des dépenses reconnues</u>	44'475 fr.
Excédent de revenus (52'505 - 44'475)	8'030 fr.
Primes moyennes d'assurance maladie	13'176 fr.
Montant de la PC (droit partiel)	0 fr.

Les deux décisions précisent que l'assuré bénéficie, conjointement à son droit partiel aux prestations complémentaires, du subventionnement pour ses primes de l'assurance obligatoire des soins selon décision de l'Office vaudois de l'assurance-maladie et que B.M._____, son épouse, est comprise dans le calcul des prestations complémentaires.

Le 10 septembre 2019, l'assuré, représenté par Me Sara Giardina, a formé opposition contre les deux décisions du 19 juillet 2019, reprochant à la Caisse d'avoir sorti des dépenses reconnues le montant forfaitaire des primes de l'assurance-maladie.

Par décision sur opposition du 8 octobre 2019, la Caisse a rejeté l'opposition en expliquant que selon l'art. 7 al. 1 RLVPC (règlement vaudois d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité, du 9 janvier 2008 [en vigueur jusqu'au 31.12.2018]), les primes de l'assurance obligatoire des soins dues par les bénéficiaires des prestations complémentaires sont intégralement subsidiées par le budget ressortissant à la LVLAMal (loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 25 juin 1996 ; BLV 832.01), de sorte que, dans le canton de Vaud, elles ne sont pas prises en compte au chapitre des dépenses.

B. Par acte du 7 novembre 2019, A.M._____, toujours représenté par Me Giardina, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu à sa réforme en ce sens qu'il a droit à des prestations complémentaires mensuelles de 534 fr. pour la période du 1^{er} février au 31 mars 2019 et de 428 fr. 85 dès le 1^{er} avril 2019. Il a subsidiairement conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouveau calcul des prestations complémentaires.

Par décisions datées du 19 décembre 2019, l'Office vaudois de l'assurance-maladie a informé le recourant qu'étant bénéficiaire d'une

prestation complémentaire AVS/AI, ses primes relatives à l'assurance-obligatoire des soins pour l'année 2019 et pour l'année 2020 étaient intégralement prises en charge dans le cadre des subsides à l'assurance-maladie, après déduction d'une éventuelle part patronale. Les subsides mensuels correspondaient, pour le recourant, à 445 fr. du 1^{er} février au 31 décembre 2019, puis à 453 fr. 60 du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020 et, pour B.M._____, à 445 fr. du 1^{er} février au 30 novembre 2019, à 413 fr. 90 pour le mois de décembre 2019, puis à 421 fr. 90 du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020.

Dans ses déterminations du 7 janvier 2020, la Caisse a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent aux prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (art. 1 LPC [la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI ; RS 831.30]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours 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 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; 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. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations complémentaires à compter du 1^{er} février 2019, singulièrement sur son droit à une prestation en espèces.

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 ont droit à une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants notamment (art. 4 al. 1 let. a LPC).

Les prestations complémentaires se composent de la prestation complémentaire annuelle, qui est une prestation en espèces, et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité, qui constitue une prestation en nature (art. 3 LPC).

b) Le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond, en vertu de l'art. 9 al. 1 LPC, à la part des dépenses reconnues (art. 10 LPC) qui excède les revenus déterminants (art. 11 LPC). Les dépenses reconnues et les revenus déterminants des conjoints et des personnes qui ont des enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI sont additionnés (art. 9 al. 2 LPC).

c) Les revenus déterminants comprennent généralement les ressources et les biens dont l'ayant droit a la maîtrise. L'art. 11 al. 1 LPC prévoit notamment la prise en compte de deux tiers des ressources en espèces ou en nature provenant de l'exercice d'une activité lucrative, pour autant qu'elles excèdent annuellement 1'500 fr. pour les couples (let. a), du produit de la fortune mobilière et immobilière (let. b), d'une part de la fortune nette (let. c), ainsi que des rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d).

En l'espèce, les revenus déterminants retenus ne sont pas contestés.

d) S'agissant des dépenses reconnues, celles-ci sont appréhendées de manière exhaustive par l'art. 10 LPC (TF 9C_945/2011 du 11 juillet 2012 consid 5.1 ; TF 9C_822/2009 du 7 mai 2010 consid. 3.3 et la référence citée ; Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, Genève/Zurich/Bâle 2015, n. 1 ad art. 10). Pour les personnes ne vivant pas en permanence ou pour une longue période dans un home ou un hôpital, elles comprennent un montant forfaitaire de 29'175 fr. destiné à la couverture des besoins vitaux pour les couples (al. 1 let. a), ainsi que le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs à concurrence d'une somme maximale de 15'000 fr. pour les couples (al. 1 let. b). L'art. 10 al. 3 let. d LPC reconnaît en outre comme dépense notamment le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins ; celui-ci doit correspondre au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins (couverture accidents comprise).

En l'espèce, les dépenses reconnues ne sont pas contestées, sous réserve de la prise en compte de la prime d'assurance obligatoire des soins. Le recourant soutient qu'il y a lieu de retenir le montant de la prime moyenne, sans tenir compte du fait que la prime est en l'occurrence subsidiée, au même titre que les autres dépenses, ce qui aurait pour effet de présenter un solde négatif lui ouvrant le droit à la perception d'une prestation complémentaire mensuelle en espèces en sus du subsidie à la prime d'assurance-maladie. L'intimée explique que le montant de la réduction de prime représente le montant forfaitaire de la prime moyenne entrant dans les dépenses et que ce subsidie est versé directement à l'assureur-maladie pour être compensé avec les primes. Elle ajoute que, dès lors que, dans le canton de Vaud, le bénéficiaire de prestations complémentaires ne verse pas de prime d'assurance obligatoire des soins, celle-ci étant intégralement subsidiée, il n'y a pas lieu de tenir compte de cette dépense dans le calcul du montant mensuel de la prestation complémentaire. Le recourant fait valoir que cette pratique viole le droit fédéral.

Il convient donc d'examiner les règles applicables au niveau fédéral et cantonal, étant précisé qu'une réforme des prestations complémentaires est actuellement en cours, impliquant la modification de nombreuses dispositions et dont l'entrée en vigueur est fixée au 1^{er} janvier 2021. Afin de comprendre la systémique, il sera exposé dans les grandes lignes le sens de la réforme prévue pour ce qui concerne la prise en compte des primes d'assurance obligatoire des soins dans le calcul des prestations complémentaires.

aa) Sur le plan fédéral, la législation prévoit que les primes de l'assurance-maladie entrent dans le calcul de la prestation complémentaire au chapitre des dépenses (art. 10 al. 3 let. d LPC). Le montant pris en compte n'est pas la prime individuelle, mais un forfait correspondant à la prime moyenne dans le canton ou la région tarifaire considérés. Le montant de la prime moyenne dans le canton de Vaud est fixé par l'art. 4 de l'ordonnance du département fédéral de l'intérieur relative aux primes moyennes 2019 de l'assurance obligatoire des soins pour le calcul des prestations complémentaires (RS 831.309.1) à 6'588 fr. pour un adulte par an, soit 13'176 fr. pour un couple.

Le traitement du montant de la prime annuelle moyenne connaît toutefois deux différences par rapport aux autres prestations complémentaires, soit dans son financement et dans son versement.

Contrairement à la prestation complémentaire annuelle, le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins visé à l'art. 10 al. 3 let. d LPC est versé directement à l'assureur-maladie, conformément à l'art. 21a LPC. Cette règle signifie que le versement de la prestation complémentaire doit être réduit du montant forfaitaire. Ainsi, il se peut qu'aucun montant ne soit versé directement en faveur du bénéficiaire de la prestation complémentaire lorsque celle-ci est inférieure ou égale au montant de la réduction des primes. S'il devait en revanche s'avérer que le montant forfaitaire est plus élevé que le montant de la prime d'assurance-maladie, l'assureur-maladie doit verser la différence au bénéficiaire de la prestation complémentaire, selon l'art. 106c al. 5 let. b

OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102) (applicable par analogie selon l'art. 54a al. 6 OPC-AVS/AI [ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.301] ; Message relatif à la modification de la loi sur les prestations complémentaires in FF 2016 7249, p. 7295 ; TF 9C_581/2015 du 20 novembre 2015 consid. 3). Selon le droit fédéral, il n'est donc pas exclu qu'un bénéficiaire de prestations complémentaires puisse réaliser un gain sur le dos des prestations complémentaires en optant pour un modèle d'assurance où la prime effectivement due serait moins élevée que la prime moyenne (Valterio, op. cit., n. 1 et 2 ad art. 21a LPC). Cette problématique sera toutefois corrigée dans le cadre de la réforme des prestations complémentaires qui prévoit la possibilité de prendre en compte le montant de la prime effective si celle-ci est inférieure à la prime moyenne. Ainsi, le nouvel art. 10 al. 3 let. d LPC indiquera que le montant pour l'assurance obligatoire des soins reconnu comme dépense consiste en un montant forfaitaire annuel correspondant au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale mais n'excédant pas celui de la prime effective (FF 2016 7249, p. 7292ss ; modification du 22 mars 2019 à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI in FF 2019 2569, p. 2573).

En outre, la prime moyenne n'est pas financée de la même façon que le reste des prestations complémentaires. Les prestations complémentaires pour les personnes vivant à domicile sont supportées à hauteur de cinq huitième par la Confédération (art. 13 LPC), alors que le montant forfaitaire pour l'assurance obligatoire des soins (prime moyenne) n'est pas pris en compte dans la part à la charge de la Confédération mais incombe aux cantons (art. 39 al. 4 OPC-AVS/AI), qui sont libres d'en fixer les modalités. Les cantons peuvent utiliser les moyens prévus pour les réductions individuelles des primes (au sens de la LAMal [loi fédérale du 19 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]) ou faire appel à d'autres sources de financement (FF 2016 7249, p. 7294).

Le principe des réductions de prime est arrêté dans la LAMal. Selon l'art. 65 LAMal, les cantons accordent une réduction de primes aux

assurés de condition économique modeste. Ils versent directement le montant correspondant aux assureurs concernés. L'art. 66*b* LAMal dispose en outre que la Confédération accorde aux cantons des subsides annuels destinés à réduire les primes au sens des art. 65 et 65*a* LAMal.

Le système qui consiste à financer le forfait de la prime moyenne par la réduction de prime implique dès lors une coordination des prestations complémentaires avec la réduction des primes prévues par la LAMal. L'art. 9 al. 5 LPC autorise le Conseil fédéral à édicter des dispositions à cet égard. Les modalités d'échange de données entre les organes d'exécution des prestations complémentaires et les services cantonaux de réduction des primes et les assureurs-maladie, ainsi que les tâches de chacun et la prise en charge des coûts afférents à l'exécution de la réduction des primes sont précisées à l'art. 54*a* OPC-AVS/AI.

Le droit fédéral a encore fixé le principe du droit minimal du bénéficiaire de prestations complémentaires au montant de la réduction de la prime d'assurance de soins obligatoire (toutefois versée directement à l'assureur-maladie). L'art. 26 OPC-AVS/AI énonce en effet que les bénéficiaires de prestations complémentaires annuelles ont droit à un versement global (prestation complémentaire et montant de la différence avec la réduction de prime) d'un montant au moins égal à celui de la réduction de prime à laquelle ils ont droit.

Selon le système en vigueur, la réduction individuelle de prime est donc allouée aux bénéficiaires de prestations complémentaires par le biais du système des prestations complémentaires. La plupart des cantons ont toutefois créé pour ces bénéficiaires une catégorie particulière de réduction individuelle de prime, dont le montant correspond à celui de la prime moyenne du canton ou de la région tarifaire concernés, et qui est reconnue comme une dépense pour le calcul de la prestation complémentaire. Or ce montant est, dans de nombreux cantons, plus de deux fois plus élevé que celui de la réduction individuelle de prime la plus généreuse accordée aux personnes qui, pour un revenu comparable, ne peuvent prétendre ni aux prestations complémentaires ni à l'aide sociale.

Le montant des prestations complémentaires les plus faibles est ainsi généralement porté à la hauteur de la prime moyenne de l'assurance obligatoire des soins, ce qui génère, à l'entrée et à la sortie du système, un effet de seuil correspondant à la différence entre la réduction individuelle de prime octroyée aux personnes ne bénéficiant pas de prestations complémentaires et le niveau plus élevé de la réduction individuelle de prime appliquée aux bénéficiaires de prestations complémentaires. Parallèlement, cette réglementation entraîne une inégalité de traitement entre les bénéficiaires de prestations complémentaires eux-mêmes : le revenu disponible des personnes percevant le montant minimal de la prestation complémentaire annuelle est en effet supérieur à celui des autres bénéficiaires de prestations complémentaires, puisque, en plus du montant de la prestations complémentaire telle qu'elle a été calculée à leur égard, les premières bénéficient encore de la différence par rapport à la prime moyenne cantonale. Pour atténuer ce problème, le projet de réforme prévoit que le montant minimal de la prestation complémentaire soit réduit et fixé au niveau de la réduction individuelle de prime octroyée à la catégorie des personnes qui, parmi celles qui ne bénéficient pas de prestations complémentaires, ont les revenus les plus faibles. Selon le Message, une telle mesure n'aura pas d'effet sur le minimum vital au sens des dépenses reconnues dans le droit des prestations complémentaires ; malgré la baisse du montant de leur prestation complémentaire, les personnes concernées resteront en mesure de payer leurs primes d'assurance-maladie, puisque celles-ci seront toujours prises en compte dans le calcul de la prestation complémentaire à hauteur du montant de la prime moyenne. (FF 2016 7249, p. 7293).

L'actuel art. 26 OPC-AVS/AI sera donc modifié et déplacé à l'art. 9 al. 1 LPC qui disposera que 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, soit la réduction des primes la plus élevée prévue par le canton pour les personnes ne bénéficiant ni des prestations complémentaires ni des prestations d'aide sociale, soit 60 % du montant

forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 10 al. 3 let. d LPC (FF 2019 2569, p. 2570 ; FF 2016, 7249, p. 7318 ; Rapport explicatif pour la procédure de consultation, Modification de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, mai 2019 [ci-après : Rapport explicatif], p. 16).

bb) Le canton de Vaud a choisi d'utiliser la réduction de prime pour financer le montant forfaitaire de la prime d'assurance.

Ainsi, en pratique, dans le canton de Vaud, cette dépense est prise en charge par l'Office vaudoise de l'assurance-maladie (ci-après : OVAM), sous la forme d'un subside pour le paiement des primes de l'assurance obligatoire des soins. Ce système reste conforme à l'art. 10 al. 3 let. d LPC (cf. Ralph Jöhl/Patricia Usinger-Egger, Die Ergänzungsleistung und ihre Berechnung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3^{ème} éd., 2016, n° 108 p. 1789 ss). L'art. 18 al. 2 LVLAMal énonce donc que les primes des bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI sont subsidiées jusqu'à concurrence de la prime moyenne cantonale fixée par ordonnance du Département fédéral de l'intérieur pour le calcul des prestations complémentaires.

Le principe du subside intégral des primes de l'assurance obligatoire des soins pour les bénéficiaires des prestations complémentaires est repris à l'art. 7 RLVPC avec la précision que les primes sont entièrement subsidiées par le budget ressortissant à la LVLAMal, raison pour laquelle les limites de revenu déterminant le droit aux prestations complémentaires ne sont pas augmentées. L'art. 7 al. 2 RLVPC indique que le requérant d'une prestation complémentaire qui présente un excédent de revenu déterminant égal ou inférieur à la prime moyenne cantonale de l'assurance-maladie obligatoire des soins a droit, d'une part, au remboursement intégral de sa prime d'assurance-maladie conformément à l'alinéa 1 et, d'autre part, à la prise en charge, au sens de la présente législation, des frais de maladie et d'invalidité, de moyens auxiliaires ainsi qu'au versement de l'allocation de Noël. Le RLVPC a été abrogé au 31 décembre 2019 par le RLVPC-RFM (règlement vaudois

d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité, du 1^{er} mai 2019 ; BLV 831.21.1) qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2020, celui-ci prévoyant à son art. 13 le principe de la prise en charge des primes de l'assurance obligatoire des soins dues par le bénéficiaire de prestations complémentaires AVS/AI par le budget ressortissant à la LVLAMal jusqu'à concurrence de la prime cantonale de référence.

Ainsi, dans le canton de Vaud, les bénéficiaires de prestations complémentaires ont droit à une réduction de prime entière jusqu'à concurrence de la prime moyenne cantonale. La décision relative au droit aux prestations complémentaires ressortit à la caisse cantonale de compensation (art. 6 al. 1 LVPC [loi vaudoise du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité; BLV 831.21]), alors que la décision relative aux subsides est de la compétence de l'Office vaudois de l'assurance-maladie (art. 8 al. 1 let. d RLVLAMal [règlement concernant la loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance maladie, du 18 septembre 1996 ; BLV 832.01.1]).

cc) En l'espèce, l'intimée a procédé en deux étapes afin de distinguer les dépenses autres que celles relatives à la prime d'assurance obligatoire des soins, compte tenu du traitement spécifique de cette dernière qui diffère du reste des dépenses, puisque, on le rappelle, non seulement cette dépense n'est pas financée par le même biais que les autres prestations complémentaires, mais en plus le montant y relatif n'est pas versé au bénéficiaire de la prestation complémentaire mais à l'assureur-maladie directement.

Elle a ainsi constaté l'existence d'un excédent de revenu à hauteur de 8'030 fr. avant la prise en compte de la prime moyenne de 13'176 francs. Elle en a déduit que les dépenses, hors prime d'assurance, étaient couvertes, de sorte que le droit à la prestation mensuelle n'était pas ouvert. Elle a ensuite relevé que le montant de la prime moyenne n'était en revanche pas couvert par l'excédent de revenu, ce qui ouvrait le

droit aux prestations complémentaires en ce sens que le bénéficiaire avait droit au subsidé de ses primes d'assurance obligatoire des soins. Elle a indiqué que le montant de la prestation mensuelle était nul, ce qui est exact puisque le recourant n'a pas droit à un versement en espèces. Le montant correspondant à la prime d'assurance doit en effet être versé directement à l'assureur-maladie de sorte que le recourant ne peut en tirer aucun droit direct.

Il appartenait ensuite à l'OVAM de fixer le montant du subsidé et de rendre une décision, ce qu'il a d'ailleurs fait quelques mois après la décision de prestations complémentaires.

Comme on l'a vu plus haut, le canton peut financer le montant pris en compte pour la prime de l'assurance obligatoire des soins dans le calcul de la prestation complémentaire par les subsidés de la Confédération visés à l'art. 66 LAMal et destinés à réduire les primes. Ensuite, le montant est versé directement à l'assureur-maladie (art. 21a LPC).

Le canton de Vaud ayant utilisé la faculté de financer les primes des bénéficiaires de prestations complémentaires par les subsidés LAMal, la compétence de rendre une décision en la matière relève de l'OVAM. La caisse intimée ne pouvait donc pas fixer le montant de la réduction de prime qui n'entre pas dans son champ de compétence, mais elle devait prendre en considération l'intégralité de la prime moyenne dans le calcul des prestations complémentaires, ce qu'elle a fait ; après avoir constaté que les dépenses étaient couvertes par les revenus sous réserve d'une partie de la prime moyenne, elle a considéré que le recourant avait droit au subsidé intégral de la prime. La prime moyenne a donc bien été prise en considération dans les dépenses, mais dans un deuxième temps puisque sa prise en charge relève d'un autre organe étatique et n'est pas versée au bénéficiaire de prestations complémentaires. Si elle n'en avait pas tenu compte, l'intimée aurait simplement refusé l'octroi de prestations complémentaires puisque les autres dépenses sont couvertes. Or, elle a prononcé un octroi partiel en ce

sens qu'il porte sur le droit au subventionnement des primes de l'assurance obligatoire des soins et le droit au remboursement des frais de maladie à certaines conditions, pour le motif que le forfait correspondant aux primes moyennes n'était pas couvert par l'excédent de revenus. C'est à juste titre que l'intimée a considéré que, les autres dépenses étant inférieures aux revenus, le recourant n'avait pas de droit à un versement mensuel à titre de prestations complémentaires.

En définitive, le recourant a droit au minimum prévu par l'art. 26 OPC-AVS/AI, soit le montant de la réduction de prime d'assurance de soins obligatoire, laquelle est versée directement à l'assureur-maladie (art. 21a LPC).

La distinction faite entre le forfait de la prime d'assurance et les autres dépenses reconnues n'est pas critiquable et est pratiquée par d'autres cantons. Le montant pour l'assurance obligatoire des soins fait bien partie de la prestation complémentaire annuelle au sens de l'art. 3 al. 1 let. a LPC. Comme on l'a vu, il diffère toutefois sur deux points des autres éléments de la prestation complémentaire annuelle, à savoir que le montant pour l'assurance obligatoire des soins n'est pas versé au bénéficiaire de prestations complémentaires, mais directement à l'assureur-maladie (art. 21a LPC) et que, contrairement aux autres éléments de la prestation complémentaire, le financement de ce montant est à la charge exclusive des cantons, sans participation de la Confédération. Les cantons ont généralement recours aux fonds destinés aux réductions de primes pour financer cette part de la prestation complémentaire. Pour cette raison, certains cantons, comme le canton de Vaud, ont commencé à indiquer séparément le montant pour l'assurance obligatoire des soins sur la feuille de calcul de la décision d'octroi des prestations complémentaires au lieu de l'inclure dans le montant de la prestation complémentaire annuelle (Rapport explicatif, p. 7).

Les griefs du recourant sont par conséquent infondés.

4. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 8 octobre 2019 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 :

La greffière :

Du

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

- Me Sara Giardina (pour A.M. _____),
- 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).

La greffière :