

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juin 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Di Ferro Demierre et Mme Livet, juges
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

A.Q. _____, à [...], recourante,

et

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

**Art. 2 al. 1 et al. 2 première phrase, 3 al. 1, 14 al. 1 et al. 3 let. a
ch. 1 LPC ; 3 al. 1 let. f LVPC ; 18, 19, 20, 21 et 25 RLVPC-RFM**

E n f a i t :

A. a) A.Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], est au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} mars 2016 (cf. décision du 20 décembre 2017). Elle est mère d'une fille, B.Q._____, née le [...], bénéficiaire d'une rente d'invalidité pour enfant liée à la rente de sa mère.

Depuis le 1^{er} mars 2016, l'assurée est au bénéfice des prestations complémentaires (cf. décisions des 1^{er} avril 2019, 30 décembre 2020, 30 décembre 2021, 12 août 2022, 30 décembre 2022 et 10 mars 2023). Sa fille B.Q._____ est comprise depuis cette date dans le calcul des prestations complémentaires.

b) Le 13 juillet 2022, l'assurée a fait savoir à la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la caisse ou l'intimée) qu'elle souhaitait engager du personnel d'aide privé pour la soutenir dans la prise en charge de sa fille, en situation de polyhandicap, et a requis la mise en place d'une évaluation de son besoin d'aide, en précisant que sa fille faisait partie du calcul des prestations complémentaires.

A la requête de la caisse, le CMS de [...] a établi un rapport d'évaluation le 3 août 2022. Il en ressort qu'une personne a commencé à intervenir le 15 juillet 2022, pour le motif suivant : « polyhandicap, crises d'épilepsie, crises de cyanose ». L'aide était décrite comme étant « à rémunérer » (et non pas une aide bénévole apportée par l'entourage).

Par décision du 3 mars 2023, la caisse a rejeté la demande de remboursement des frais d'aide et d'assistance à domicile de l'assurée du 13 juillet 2022, au motif que selon les informations qui lui avaient été transmises, B.Q._____ remplissait les conditions de l'art. 8 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) et pouvait prétendre à des prestations d'aide et d'assistance à domicile de la part de l'assurance-invalidité. La caisse laissait

donc le soin à l'assurée de s'adresser à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI).

Assistée de [...], l'assurée a formé opposition à cette décision le 28 mars 2023. Elle a indiqué que la prise en charge de sa fille durant les périodes de fermeture de l'institution dans laquelle elle séjournait habituellement était lourde et qu'elle n'était pas en mesure de l'assumer seule. L'embauche de personnel privé était dès lors la seule solution qu'elle avait trouvée pour la soulager depuis juillet 2022. B.Q._____ étant comprise dans le calcul des prestations complémentaires, une demande de prise en charge dans le cadre de l'aide et de l'assistance à domicile par un personnel privé avait été déposée. L'assurée a précisé que sa fille ne remplissait pas les conditions de la contribution d'assistance, à savoir le critère de vie à domicile. Elle s'est référée pour le surplus à l'art. 21 RLVPC-RFM (règlement du 1^{er} mai 2019 d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité et sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires ; BLV 831.21.1) ainsi qu'à l'art. 14 LPC (loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI ; RS 831.30), estimant que la prise en charge des frais d'aide et d'assistance de B.Q._____ devait être réévaluée. Était joint à cet envoi un courrier de l'OAI du 17 mars 2023 selon lequel B.Q._____ ne pourrait pas être mise au bénéfice d'une contribution d'assistance tant qu'elle serait en institution.

Par décision sur opposition du 9 mai 2023, la caisse a rejeté l'opposition de l'assurée et l'a renvoyée à l'assurance-invalidité pour l'indemnisation d'un éventuel besoin d'aide et d'assistance en relation avec le handicap de sa fille, au motif qu'elle n'avait pas établi avoir épuisé toutes les possibilités en matière d'aide formulée auprès des autres assurances sociales.

B. Par acte du 8 juin 2023, A.Q._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à la prise en charge des frais pour maladie de sa fille. Elle a expliqué qu'au vu de son lourd handicap, sa fille nécessitait

des soins à domicile. Même si elle était la plupart du temps en internat, celui-ci fermait un week-end sur deux et une partie des vacances scolaires ; elle ne pouvait pas assumer cette charge seule et avait dû engager du personnel privé. Elle a précisé que sa fille percevait une allocation pour impotent (API) et un supplément pour soins intenses (SSI) en raison de la nécessité d'aide de plus de 8 heures par jour. Comme la charge était trop lourde, B.Q. _____ allait à l'Unité d'accueil temporaire (UAT) deux nuits les week-ends de fermeture de l'internat et le montant de l'API et du SSI permettait régler cette facture. Le solde restant ne lui permettait toutefois pas de payer le personnel privé dont l'engagement était indispensable pour les jours où sa fille demeurait à domicile.

Dans sa réponse du 12 juillet 2023, la caisse a préavisé pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Elle a relevé que dans le cas d'une personne qui, comme la recourante, était mère d'une enfant handicapée dont le maintien à domicile, même pour quelques jours par mois, constituait une charge trop lourde, l'obligation de diminuer le dommage se concrétisait notamment par l'obligation de rechercher, pour l'enfant, un lieu de vie garantissant un hébergement continu durant toute l'année, sans fermetures régulières. Cette mesure aurait pour conséquence de réduire la charge pesant sur la recourante s'agissant de l'aide et de l'assistance à apporter à sa fille et permettrait d'éviter dans une très large mesure le recours à l'aide de personnel privé à domicile. Pour la caisse, il s'agissait « à l'évidence » de la solution qui aurait été choisie par une mère, placée dans les mêmes circonstances, si elle ne pouvait pas s'attendre à se voir rembourser les frais d'aide et d'assistance privée à domicile.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent aux prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (art. 1 LPC). 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. Le litige porte sur le remboursement, par le régime des prestations complémentaires, des frais du personnel privé auquel fait appel la recourante lorsque sa fille, lourdement handicapée, se trouve auprès d'elle, un week-end sur deux et une partie des vacances scolaires.

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 cantons peuvent allouer des prestations allant au-delà de celles qui sont prévues par la présente loi et fixer les conditions d'octroi de ces prestations (art. 2 al. 2 première phrase 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.

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, survivants 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 RLVPC-RFM, lequel 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. 20 Subsidiarité

¹ La participation de l'Etat au remboursement des frais de maladie et d'invalidité au sens du présent règlement est subsidiaire aux prestations des assurances sociales et des régimes sociaux ainsi

qu'à toutes les autres ressources du bénéficiaire, y compris les assurances privées.

² Il appartient au bénéficiaire de s'adresser en priorité aux autres assurances et régimes sociaux; à défaut, le remboursement des frais au sens du présent règlement peut être refusé.

Art. 21 Personnes dont les frais sont remboursés

¹ Les frais de maladie et d'invalidité doivent incomber au bénéficiaire de la prestation complémentaire annuelle lui-même ou à des membres de la famille compris dans le calcul de cette prestation.

² Les frais pris en charge ou qui doivent être supportés par un tiers en vertu d'une obligation juridique ne sont pas remboursés, à moins qu'il ne soit établi que le tiers débiteur n'est pas en mesure de faire face à son obligation ou que l'on ne saurait exiger de lui qu'il la remplisse. L'obligation juridique résulte notamment de prestations de l'assurance-maladie, de l'assurance-accident ou d'autres assurances, d'un contrat d'entretien viager ou d'une obligation d'entretien.

³ Les frais de maladie ou d'invalidité payés à titre d'avance par des régimes sociaux ou des institutions d'utilité publique, par des parents ou des connaissances sans obligation juridique, sont remboursés.

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 [...] .»

5. Le chiffre 5.2 des Directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC) valables dès le 1^{er} avril 2011 traite des conditions inhérentes au remboursement des frais de maladie et d'invalidité. Le chiffre 5220.01, première phrase, DPC prévoit que « les

frais de maladie et d'invalidité doivent avoir été générés par l'ayant droit aux PC lui-même ou des assurés pris en compte dans le calcul de la PC annuel [sic]. »

6. Dans l'assurance-invalidité, ainsi que dans les autres assurances sociales, on applique de manière générale le principe selon lequel un assuré doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'une personne raisonnable dans la même situation, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2; 140 V 267 consid. 5.2.1; 133 V 504 consid. 4.2).

7. En l'occurrence, il ressort des décisions d'octroi des prestations complémentaires en faveur de la recourante que sa fille B.Q._____, encore mineure lorsqu'a été rendue la décision attaquée, est comprise dans le calcul desdites prestations.

Par ailleurs, selon les éléments au dossier, B.Q._____ ne perçoit pas de contribution d'assistance de la part de l'AI, vu qu'elle est en institution (cf. art. 42^{quater} al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] et courrier de l'OAI du 17 mars 2023).

La recourante a allégué que sa fille percevait une API et un SSI en raison d'une nécessité d'aide de plus de 8 heures par jour, sans toutefois que des pièces relatives à ces prestations n'aient été produites. Vu cependant la gravité alléguée de l'atteinte à la santé de la fille de la recourante, qui séjourne en institution, on tiendra pour vraisemblable le versement de telles prestations.

Or dans sa décision sur opposition, l'intimée a reproché à la recourante le fait de n'avoir pas établi avoir épuisé toutes les possibilités en matière d'aide formulées auprès des autres assurances sociales, la renvoyant à l'AI pour un éventuel besoin d'aide et d'assistance en relation avec le handicap de sa fille.

Or la recourante a bien sollicité, pour sa fille, les prestations qui pouvaient lui être dues de la part de l'Al. Elle n'a au demeurant pas caché que B.Q._____ perçoit une API et un SSI de la part de cette assurance (étant relevé quoi qu'il en soit que conformément à l'art. 25 al. 1 RLVPC-RFM, l'octroi d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité n'est pas assimilé à une prise en charge par d'autres assurances). La recourante s'est donc conformée à l'art. 20 al. 2 RLVPC-RFM, qui consacre le principe de la subsidiarité de la participation de l'Etat au remboursement des frais de maladie et d'invalidité au sens de cette réglementation. Pour le surplus, il est constant que les frais de remboursement du personnel privé auquel fait appel la recourante lorsque sa fille handicapée se trouve auprès d'elle, un week-end sur deux et une partie des vacances scolaires, constituent des frais « d'aide, de soins et d'assistance à domicile » au sens de l'art. 19 al. 1 let. b RLVPC-RFM.

L'art. 21 al. 1 RLVPC-RFM prévoit que les frais en question doivent incomber au bénéficiaire de la prestation complémentaire annuelle lui-même « ou à des membres de la famille compris dans le calcul de cette prestation ». Tel est bien le cas de la fille de la recourante. L'art. 21 al. 1 RLVPC-RFM est au demeurant de teneur analogue au ch. 5220.01 DPC, qui prévoit lui aussi que les frais de maladie et d'invalidité doivent avoir été générés par l'ayant droit aux PC lui-même « ou des assurés pris en compte dans le calcul de la PC annuel [sic] ».

Pour le surplus, on ne peut suivre l'intimée lorsqu'elle soutient que son obligation de réduire le dommage aurait dû conduire la recourante à rechercher pour sa fille un lieu de vie garantissant un hébergement continu toute l'année sans fermetures régulières car il s'agirait « à l'évidence » de la solution qui aurait été choisie par une mère placée dans les mêmes circonstances si elle ne pouvait pas s'attendre à se voir rembourser les frais d'aide et d'assistance privée à domicile. Il n'est en effet question que de quelques jours par mois, et la structure dans laquelle séjourne la fille de la recourante est possiblement celle la plus adaptée à son état. On ne peut par ailleurs pas faire grief à une mère de souhaiter passer quelques jours par mois à son domicile avec son enfant. Il ne peut dès lors être reproché à la

recourante une violation de son obligation de réduire le dommage, au motif qu'elle n'aurait pas entrepris tout ce qu'une personne raisonnable aurait entrepris dans la même situation.

Il découle de ce qui précède que les frais du personnel privé auquel la recourante fait ponctuellement appel lorsque sa fille se trouve à son domicile doivent être pris en charge par les prestations complémentaires au titre de remboursement des frais de maladie et d'invalidité.

Il reste que le montant de ces frais n'a pas été « dûment établi » (cf. art. 18 al. 1 RLVPC-RFM) en l'absence de toute mesure d'instruction de la caisse permettant d'en établir l'étendue. La cause sera dès lors renvoyée à l'intimée, à qui il appartient d'instruire en premier lieu, afin qu'elle établisse l'étendue de ces frais, puis rende les décisions idoines de prise en charge.

8. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit dès lors être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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

c) La recourante, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas le droit à des dépens.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 9 mai 2023 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

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

- A.Q. _____,
- 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 :