

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 août 2026

Composition : M.WIEDLER, président
MM. Piguet et Tinguely, juges
Greffière : Mme Della Santa

* * * * *

Cause pendante entre :

F._____, à B***, recourante,

et

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

Art. 4 al. 1, 10 al. 3 let. d et 21a LPC ; 65 al. 1 LAMal ; 15e RLVLAMal

En fait :

A. F. _____ (ci-après : l'assurée ou le recourante), née en ***, de nationalité [...], est arrivée en Suisse avec sa famille en 2005. Elle a alors été mise au bénéfice d'une autorisation de séjour pour personnes sans activité lucrative. Elle a, par la suite, obtenu une autorisation d'établissement, puis, en date du 8 mars 2017, la nationalité suisse.

L'assurée est bénéficiaire d'une rente extraordinaire d'invalidité de l'assurance-invalidité et perçoit des prestations complémentaires à l'AVS/AI (ci-après également : PC) depuis le mois d'août 2017.

B. Par décision du 30 décembre 2022, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la caisse ou l'intimée) a fixé le montant des PC mensuelles en faveur de l'assurée à 723 fr. à compter du 1^{er} janvier 2023. Dans le calcul de l'excédent de dépenses ouvrant le droit aux PC, la caisse a tenu compte d'un montant de 5'076 fr. pour les « primes LAMal » au titre de dépenses reconnues et a réduit d'autant le montant annuel des PC en tant que « participation PC au subventionnement des primes LAMal ».

L'assurée s'est opposée à cette décision par courrier daté du 21 janvier 2023, arguant qu'elle bénéficiait d'une dispense de l'obligation d'être affiliée à l'assurance-maladie en Suisse et qu'elle était assurée en E***. En conséquence, il n'y avait pas lieu de déduire le montant de 5'076 fr., car elle ne pouvait bénéficier de subsides pour le paiement de ses primes d'assurance dans sa situation.

A la demande de la caisse, l'assurée a produit une dispense de l'Office vaudois de l'assurance-maladie (ci-après : l'OVAM) datée du 11 février 2022, qui dispensait plusieurs membres de la famille de l'assurée de l'obligation d'assurance au sens de la LAMal. Cette dispense était valable du 11 juillet 2020 au 11 juillet 2023 et mentionnait que, lorsqu'elle cesserait de remplir les conditions de dispense tout en conservant son domicile dans le canton de Vaud ou en Suisse, la personne dispensée était tenue de

s'affilier sans délai auprès d'un assureur-maladie suisse, afin d'éviter toute interruption d'assurance.

Par décision sur opposition du 6 avril 2023, la Caisse a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 30 décembre 2022. Elle a indiqué qu'en vertu du droit applicable, tenant compte du fait que l'assurée percevait une rente AI et des PC, celle-ci devait être affiliée auprès d'un assureur suisse et payer des primes LAMal. Il n'était donc pas possible de corriger la décision contestée, quand bien même, dans les faits, l'assurée ne touchait pas les subsides LAMal. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

C. Par décision du 3 février 2025, la caisse a arrêté le montant des PC mensuelles en faveur de l'assurée à 418 fr. à compter du 1^{er} mars 2025.

Le 12 février 2025, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision, indiquant que, dans le calcul de son droit aux PC, il avait été tenu compte de chiffres trop élevés s'agissant de sa fortune et de son salaire auprès de J._____.

En date du 21 mars 2025, la caisse a rendu deux nouvelles décisions, arrêtant les montants des PC, pour le mois de février 2025, à 722 fr. et, dès le 1^{er} mars 2025, à 464 francs. Dans ces décisions, la caisse a tenu compte d'un montant de 8'052 fr. pour les « primes LAMal » dans les dépenses reconnues et a réduit d'autant le montant annuel des PC à titre de « participation PC au subventionnement des primes LAMal ».

Le 3 avril 2025, l'assurée a formé opposition à l'encontre de ces décisions. Elle a contesté le montant retenu pour son loyer, ainsi que la déduction de la « participation PC au subventionnement des primes LAMal », puisqu'elle était toujours affiliée auprès d'une assurance-maladie en E*** et ne percevait pas de subsides.

Par décision sur opposition du 9 mai 2025, la caisse a partiellement admis l'opposition de l'assurée, en ce sens que le montant du

loyer retenu a été corrigé, mais a refusé de modifier sa décision s'agissant de la prise en compte des primes d'assurance-maladie. L'assurée avait ainsi droit à des PC mensuelles qui s'élevaient à 1'093 fr. pour le mois de janvier 2025, à 1'084 fr. pour le mois de février 2025 et à 827 fr. dès le 1^{er} mars 2025, ces montants étant calculés dans des décisions annexes à la décision sur opposition.

D. Dans un courrier à la caisse daté du 6 juin 2025 et reçu le 10 juin suivant, l'assurée a indiqué former opposition à la décision « aaa » du 9 mai 2025, faisant valoir qu'il n'était pas correct de déduire d'office le montant de 8'052 fr. du calcul de ses droits aux PC, alors qu'elle ne touchait pas de subsidie pour son assurance en E***.

Le 11 juin 2025, la caisse a transmis à la Cour de céans le courrier du 6 juin 2025 de l'assurée, comme objet de sa compétence.

Dans une réponse du 8 août 2025, la caisse a maintenu sa position ressortant de la décision attaquée et a conclu au rejet du recours.

Le 13 février 2026, le juge instructeur a requis de l'OVAM la production du dossier complet concernant la dispense de l'obligation de s'affilier à l'assurance-maladie suisse de la recourante.

Le 24 février 2026, l'OVAM a transmis au Tribunal de céans un lot de pièces sous bordereau.

Constatant que l'OVAM n'avait pas produit son dossier complet, le juge instructeur a, par courrier du 2 mars 2026, réitéré sa requête du 13 février précédent. Il a en outre requis de cette autorité qu'elle indique à la Cour de céans si la recourante bénéficiait encore d'une dispense de l'obligation de s'affilier à l'assurance obligatoire des soins et sur quelle base légale reposait cette dispense.

Le 10 mars 2026, l'OVAM a produit les pièces manquantes de son dossier, ainsi que des courriers datés du 9 mars 2026 adressés à la

recourante et aux membres de sa famille, dans lesquels il constatait que leur dispense était échue depuis le 11 juillet 2023 et précisait :

« Aussi, dans la mesure où vous n'exercez pas d'activité lucrative en Suisse, vous voudrez bien nous faire parvenir :

- la preuve que vous n'exercez pas d'activité lucrative ;
- notre formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie ci joint dûment timbré et signé par votre assureur étranger. Le certificat d'assurance seul ne suffit pas.

Si tel n'est pas le cas, il vous appartient de nous apporter la preuve de votre affiliation auprès d'un assureur-maladie suisse selon la LAMal en nous remettant une copie de votre attestation d'assurance LAMal.
»

Dans son courrier du 10 mars 2026, l'OVAM a indiqué à la Cour de céans qu'il lui ferait part sans délai des décisions relatives au nouvel examen des conditions pour l'octroi d'une dispense.

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 du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires ; 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, la recourante a contesté la décision « aaa » du 9 mai 2025, soit une décision de calcul faisant partie intégrante de la décision sur opposition du même jour rendue par la caisse et arrêtant le montant de ses PC mensuelles à compter du 1^{er} mars 2025, dans un courrier du 6 juin 2025 à l'attention de cette dernière qui l'a reçu le 10 juin suivant. Elle s'est ainsi adressée dans le délai légal à cette autorité, laquelle a ensuite dûment transmis son écriture à la Cour de céans (art. 30 LPGa). Le recours est en conséquence réputé avoir été 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]). Il respecte par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment).

2. a) L'objet du litige tel qu'il est circonscrit par la décision attaquée (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2) porte sur le droit aux prestations complémentaires à compter du 1^{er} janvier 2025, singulièrement sur le calcul de ce droit. La question litigieuse à éclaircir concerne en particulier le traitement des primes d'assurance-maladie dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle alors que la recourante se prévaut d'une dispense de l'obligation de s'affilier à une assurance de soins en Suisse, étant assurée à ce titre auprès d'une entité sise en E***.

b) Il sied de relever que la recourante s'est opposée, en date du 21 janvier 2023, à une décision du 30 décembre 2022 de la caisse, en contestant déjà la prise en compte de la participation au subventionnement des primes LAMal, dans sa situation particulière. Par décision sur opposition du 6 avril 2023, la caisse a rejeté cette opposition. Cette décision sur opposition n'ayant pas été contestée, elle est entrée en force. Partant, le principe de la prise en compte de la participation au subventionnement des primes LAMal dans le calcul de l'excédent de dépense ouvrant le droit aux PC de la recourante est au bénéfice de l'autorité de chose décidée, de sorte qu'il est douteux que l'intéressée puisse remettre en cause les mêmes faits dans le cadre de la présente procédure, quand bien même le bien-fondé de la décision sur opposition du 6 avril 2023 n'aurait pas été examiné par la Cour de céans. Quoi qu'il en soit, au vu de l'issue du litige, ce point peut souffrir de demeurer indécis.

3. a) Les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à des prestations complémentaires, dès lors qu'elles remplissent l'une des conditions de l'art. 4 al. 1 LPC. Selon l'art. 9 al. 1 LPC, le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants.

b) Les dépenses reconnues sont énumérées à l'art. 10 LPC. En fait notamment partie, le montant pour l'assurance obligatoire des soins, lequel consiste en un montant forfaitaire annuel qui correspond à 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 entrant dans les dépenses correspond à la réduction des primes au sens des art. 65 ss LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10 ; Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, Genève/Zurich/Bâle 2015, n° 61 *ad* art. 10 LPC et la référence citée).

A teneur du chiffre 2 let. a de l'annexe de l'ordonnance du DFI (Département fédéral de l'Intérieur) du 6 novembre 2024 relative aux primes moyennes de l'assurance obligatoire des soins pour le calcul des prestations complémentaires et des prestations transitoires pour les chômeurs âgés (RS 831.309.1), dans sa teneur au 1^{er} janvier 2025 (RO 2024 659), le montant de la prime annuelle moyenne des adultes pour l'année 2025 s'élevait à 8'052 fr. pour les assurés résidant dans une région de primes 1 du canton de Vaud, ce qui inclut la commune de B*** où vit la recourante (cf. annexe 1 de l'ordonnance du DFI du 15 mars 2022 sur les régions de primes ; RS 832.106).

c) L'art. 21a al. 1 LPC prévoit qu'en dérogation à l'art. 20 LPGa, le montant pour l'assurance obligatoire des soins visé à l'art. 10 al. 3 let. d LPC est versé directement à l'assureur-maladie. Si la prestation complémentaire annuelle est inférieure au montant pour l'assurance obligatoire des soins, le montant de la prestation complémentaire annuelle est versé à l'assureur-maladie (al. 2).

Avant le 1^{er} janvier 2014, les cantons avaient le choix de verser le montant de la réduction des primes, donc aussi le montant forfaitaire prévu par la LPC, soit à l'assuré, soit directement à l'assureur. Depuis lors

et afin d'éviter que ce montant soit utilisé à d'autres fins que le paiement des primes, l'art. 21a LPC prévoit que le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins est versé directement à l'assureur-maladie, lequel se charge de créditer l'ayant droit (Michel Valterio, *op. cit.*, n° 1 *ad art.* 21a LPC).

Le législateur n'a pas prévu d'exception pour les assurés bénéficiant d'une dispense de l'obligation de s'affilier à une assurance de soins en Suisse au sens de la LAMal.

4. Le principe de la réduction des primes par l'octroi de subsides des pouvoirs publics est arrêté dans la LAMal. Selon l'art. 65 LAMal, les cantons accordent une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste (al. 1, 1^{re} phrase).

Lors de l'introduction de l'assurance maladie obligatoire, le législateur a simultanément introduit dans la LAMal des réductions individuelles de primes pour les assurés se trouvant dans une situation économique modeste abandonnant ainsi l'ancien système de subvention sous forme de contributions fixes par personne assurée (TFA K112/98 du 10 février 2000 consid. 3a et référence citée in RAMA 2000 132). Compte tenu de cette conception légale, le droit à une réduction de primes prévu à l'art. 65 al. 1 LAMal présuppose la qualité d'assuré au sens de l'art. 3 al. 1 LAMal (ATF 122 I 343 consid. 3d) ce qui ressort sans équivoque du texte de l'art. 65 al. 1 LAMal («Versicherte», «assurés», «assicurati» ; TFA K 112/98 précité consid. 3a et référence citée). Excluant l'existence d'une lacune de la loi s'agissant des bénéficiaires des subsides au sens de l'art. 65 al. 1 LAMal, dans ce même arrêt, le Tribunal fédéral a admis qu'une personne affiliée auprès d'un assureur non reconnu et non autorisé au sens des art. 2 et 3 LSAMal (loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance maladie sociale ; art. 11 aLAMal) n'avait aucun droit à la réduction des primes (TFA K 112/98 précité consid. 3a et b).

5. a) L'assurance obligatoire des soins est fondée sur l'affiliation obligatoire : toute personne domiciliée en Suisse au sens des art. 23 à 26

CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210) est tenue de s'assurer pour les soins en cas de maladie (ou être assurée par son représentant légal) dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal et 1 al. 1 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102] ; cf. également l'art. 13 al. 1 LPGa).

b) L'art. 2 al. 1 let. e OAMal (en corrélation avec l'art. 3 al. 2 LAMal) spécifie quant à lui que sont notamment exceptés de l'obligation de s'assurer les personnes – et les membres de leur famille (let. f) – qui n'ont pas droit à une rente suisse, mais qui ont droit à une rente d'un Etat membre de l'Union européenne (ch. 1).

A teneur de l'art. 2 al. 7 OAMal, sont également exceptées sur requête les personnes qui disposent d'une autorisation de séjour pour personnes sans activité lucrative conformément à l'Accord sur la libre circulation des personnes et à l'Accord AELE, pour autant que, pendant toute la durée de validité de l'exception, elles bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse.

c) Les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer (art. 6 al. 1 LAMal). L'autorité désignée par le canton affilié d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (art. 6 al. 2 LAMal). L'OVAM est chargé du contrôle de l'obligation de s'assurer, en collaboration avec les agences d'assurances sociales, les assureurs, les employeurs, les assurés, les services administratifs cantonaux et communaux, en conformité aux dispositions légales, fédérales et cantonales (art. 3 al. 1 LVLAMal [loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 25 juin 1996 ; BLV 832.01]). L'OVAM est chargé notamment d'affilier d'office auprès d'un assureur les personnes soumises à l'obligation de s'assurer lorsque celles-ci, ou leurs représentants légaux, n'ont pas manifesté leur choix ou refusent toute affiliation (art. 8 al. 1 let. b RLVLAMal [règlement du 18 septembre 1996 concernant la loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ; BLV 832.01.1]). Il est également compétent pour décider des exceptions à l'obligation de s'assurer, sur requête des catégories de personnes qui

remplissent les conditions posées par l'OAMal (art. 8 al. 1 let. c RLVLAMal). L'OVAM ne peut être rendu responsable de la non affiliation d'une personne soumise à l'obligation de s'assurer (art. 8 al. 2 RLVLAMal).

Lorsque les conditions d'une dispense de l'obligation d'assurance en Suisse sont réalisées, l'OVAM délivre une dispense qui en précise la durée de validité (art. 15d al. 1 RLVLAMal). A l'échéance de la dispense, l'OVAM examine si les conditions d'octroi d'une nouvelle dispense sont remplies (art. 15d al. 3 RLVLAMal). Les personnes au bénéfice d'une dispense dont les conditions d'octroi ne sont plus remplies sont tenues de s'affilier sans délai conformément à la loi (art. 15e RLVLAMal).

6. Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; 144 V 210 consid. 4.3.1).

7. a) La recourante soutient que l'intimée ne devait pas déduire, dans le calcul de l'excédent de dépense déterminant son droit aux PC, la participation au subventionnement des primes LAMal. Indiquant être dispensée de l'obligation d'être affiliée à une assurance-maladie en Suisse, elle relève qu'elle ne bénéficie pas de subsides LAMal et que son assureur, situé en E***, ne perçoit aucun montant des prestations complémentaires suisses. Elle estime dès lors que l'art. 21a LPC n'est pas applicable dans sa situation et qu'il convient de lui verser directement le montant 8'052 fr. – montant qui n'est pas contesté et qui est conforme au droit (cf. consid. 3.b) – afin qu'elle paie ses primes d'assurance-maladie en E***.

L'intimée déclare, quant à elle, qu'au regard des travaux préparatoires ayant amené aux modifications légales entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2014, c'est à dessein que le législateur a modifié l'art. 21a LPC et qu'il lui est dès lors impossible de renoncer à déduire le

subventionnement des primes LAMal dans le calcul des prestations complémentaires. Elle soulève également que la situation de la recourante qui n'est pas assurée en Suisse mais à l'étranger n'a pas été évoquée lors de l'introduction de l'art. 21a LPC, ni lors de sa modification dans le cadre de la Réforme des PC (FF 2016 7249). L'intimée estime que la situation est claire et qu'il ne lui revient pas de reverser à la recourante un montant pour le paiement de son assurance maladie en E***.

b) Il sied en premier lieu de constater que, lorsque la décision sur opposition querellée a été prononcée le 9 mai 2025, la recourante ne bénéficiait plus d'une dispense de l'obligation d'être affiliée auprès d'une assurance-maladie en Suisse depuis le 12 juillet 2023. En effet, il ressort du dossier de l'OVAM que la dernière décision de dispense a été rendue par cette autorité en date du 11 février 2022 et ne déployait des effets que jusqu'au 11 juillet 2023. En conséquence, dès cette date, la recourante était légalement tenue de s'affilier auprès d'une assurance-maladie au sens de la LAMal, conformément aux art. 3 al. 1 LAMal, 1 al. 1 OAMal et 8 al. 2 et 15e RLVLAMal, ce qu'elle n'a pas fait. La recourante ne saurait dès lors se prévaloir d'une dispense devenue caduque et partant d'une affiliation auprès d'une assurance maladie à l'étranger non conforme au droit, pour obtenir une dérogation à l'art. 21a LPC. Si la recourante avait respecté les dispositions précédemment citées, elle serait affiliée auprès d'un assureur LAMal et percevrait les subsides qu'elle souhaite obtenir. Dans la mesure où la situation juridique et factuelle déterminante est celle qui prévalait au moment où la décision litigieuse a été rendue, il n'est pas nécessaire d'attendre une nouvelle hypothétique décision de l'OVAM qui délivrerait une dispense à la recourante.

c) A cet égard, il apparaît peu vraisemblable que la recourante puisse bénéficier à l'avenir d'une dispense de l'obligation d'être affiliée à une assurance maladie en Suisse. En effet, il ressort du dossier de l'OVAM que la recourante, ainsi que les membres de sa famille, avaient obtenu une dispense sur la base de l'art. 2 al. 7 OAMal lors de leur arrivée en Suisse. La recourante était alors de nationalité [...] et au bénéfice d'une autorisation de séjour pour personnes sans activité lucrative conformément à l'Accord

sur la libre circulation des personnes, outre le fait qu'elle était mineure. Dorénavant, la recourante, qui a obtenu la nationalité suisse le 8 mars 2017, est au bénéfice d'une rente extraordinaire d'invalidité de l'assurance-invalidité et de PC depuis le mois d'août 2017 et perçoit un revenu d'une activité salariée sur lequel elle paie des cotisations sociales. Partant, elle ne remplit manifestement plus les conditions de l'art. 2 al. 7 OAMal et ne saurait bénéficier d'une dispense à ce titre. Dans ces circonstances, le bien-fondé de la décision de l'OVAM du 11 février 2022 octroyant une dispense apparaît déjà douteux.

d) On relèvera encore que le législateur n'a pas prévu d'exception à l'art. 21a al. 1 LPC, car il n'est pas possible pour un bénéficiaire de prestations complémentaires suisses d'obtenir une dispense de l'obligation de s'affilier auprès d'une assurance-maladie au sens de la LAMal, en particulier s'agissant d'un ressortissant suisse. L'art. 2 al. 1 let. e ch. 1 OAMal ne prévoit d'exception à cette obligation que pour les personnes qui ont droit à une rente d'un Etat membre de l'Union européenne, à l'exclusion d'une rente suisse.

e) Cela étant, selon l'art. 10 al. 3 let d LPC, est reconnue comme dépense dans le calcul du montant de la prestation complémentaire, le montant pour l'assurance obligatoire des soins, lequel consiste en un montant forfaitaire annuel correspondant 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. Le texte de cette disposition est explicite : « prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins ». Il est exclusivement question du traitement des primes d'une assurance-maladie souscrite en territoire helvétique. Or la recourante ne s'acquitte d'aucune prime LAMal. De plus, ce montant forfaitaire représente en pratique la réduction aux primes LAMal dont ne peut bénéficier la recourante en tant qu'affiliée d'une assurance maladie à l'étranger (cf. consid. 4 *supra*). Ce faisant, l'application de l'art. 10 al. 3 let. d LPC présuppose également la qualité d'assuré auprès d'une assurance maladie suisse.

aa) En conséquence, dans le cadre du calcul de la prestation complémentaire, dès lors que la recourante est affiliée auprès d'un assureur [...], on ne saurait tenir compte d'un quelconque montant forfaitaire au titre de l'assurance obligatoire des soins ni en tant que dépenses reconnues puisqu'elle ne s'acquitte d'aucune prime LAMal, ni en tant que « participation PC au subventionnement des primes LAMal » étant donné qu'elle n'est pas en droit d'y prétendre.

Partant, le raisonnement de la caisse sur les postes du calcul des prestations complémentaires apparaît erroné. Nonobstant cela, le résultat dudit calcul et donc le montant de la prestation complémentaire demeure correct. En effet, sans tenir compte des montant fictifs pour les primes LAMal et pour leur réduction, soit de deux montants qui s'annulent, le résultat de l'excédent de dépenses reste inchangé.

bb) Au surplus, l'art. 21a LPC qui règle expressément le versement du montant des subsides pour l'assurance obligatoire des soins visé à l'art. 10 al. 3 let. d LPC ne saurait trouver application dans le cas d'espèce.

f) Il découle de ce que précède que la situation de la recourante du point de vue de l'obligation, respectivement de la dispense, d'être affiliée à l'assurance obligatoire de soins au sens de la LAMal n'est pas conforme au droit. Elle ne peut donc rien en tirer sous l'angle de son droit aux PC, une exception à l'art. 21a LPC dans ce contexte étant exclue. La recourante n'ignorait pas ce qui précède, puisqu'elle avait déjà été rendue attentive à cette problématique par l'intimée, dans sa décision du 30 décembre 2022, confirmée par décision sur opposition du 6 avril 2023. Pour bénéficier des réductions de primes pour l'assurance obligatoire des soins, la recourante doit s'affilier auprès d'un assureur LAMal en Suisse, comme elle en a l'obligation. L'OVAM pourrait également l'affilier d'office.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, pour autant que recevable, et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la recourante, qui 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, pour autant que recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 9 mai 2025 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 :

La greffière :

Du

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

- la recourante,
- la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS,
- l'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 :