

VD_GERICHTE ZH23.001092 vom 7. Dezember 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-12-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZH23.001092

FR: VD_GERICHTE ZH23.001092 du 7 décembre 2023

IT: VD_GERICHTE ZH23.001092 del 7 dicembre 2023

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL PC 3/23, 4/23, 6/23 & 13/23 - 47/2023 ZH23.001092 CO UR
DE S ASSURANCES S OCIALES

Arrêt du 7 décembre 2023

Composition : M. PIGUET, président Mmes Pasche et Berberat,
juges Greffière : Mme Chaboudez ***** Cause pendante entre : J. _____, à [...],
recourante, et CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS, à Vevey,
intimée. _____ Art. 14 LPC 402

- 2 - E n f a i t : A. J. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1951, a été victime le [...] 2010 d'une agression sur la voie publique qui lui a laissé de lourdes séquelles aussi bien sur le plan physique que psychique. Depuis le 1er mai 2015, elle est au bénéfice d'une rente de l'assurance-vieillesse et survivants ainsi que de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants allouées par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse). Au mois de septembre 2015, l'assurée a demandé à pouvoir bénéficier de la prise en charge des frais encourus en raison de l'aide apportée par un tiers dans la tenue de son ménage. Par décision du 15 octobre 2015, la Caisse a informé l'assurée qu'elle pourrait obtenir le remboursement de ses frais d'aide et d'assistance sur une base de 24 heures par mois (à 25 fr. au plus de l'heure) jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 4'800 fr. par année. Par décision du 24 novembre 2016, l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud a alloué à l'assurée une allocation pour impotent de degré moyen pour la période du 1er janvier au 30 avril 2015. Après réévaluation de la situation, la Caisse a, par décision du 19 janvier 2017, informé l'assurée qu'elle pourrait désormais obtenir le remboursement de ses frais d'aide et d'assistance sur une base de 75 heures par mois (à 25 fr. au plus de l'heure). Par courriel du 23 mars 2020, l'assurée a demandé une réévaluation de la prestation d'aide et d'assistance à domicile. Par décision du 27 mai 2020, confirmée sur opposition le 24 août 2020, la Caisse a informé l'assurée qu'elle pourrait obtenir à compter du 1er mars 2020 le remboursement de ses frais d'aide et d'assistance sur

- 3 - une base de 164 heures par mois (à 26 fr. au plus de l'heure) jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 25'000 fr. par année. Par arrêt du 7 juin 2022 (cause PC 27/20 – 17/2022), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a partiellement admis le recours formé par l'assurée et réformé la décision sur opposition rendue le 24 août 2020 en ce sens que l'assurée avait droit au remboursement de ses frais d'aide et d'assistance sur une base de 75 heures par mois du 1er mai 2015 au 29 février 2020 et de 164 heures par mois à compter du 1er mars 2020, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 60'000 fr. par année. B. Par décisions du 27 septembre 2022, confirmée sur opposition le 6 décembre 2022, du 18 octobre 2022, confirmée sur opposition le 6 décembre 2022, du 15 novembre 2022, confirmée sur opposition le 17 janvier 2023, et

du 22 décembre 2022, confirmée sur opposition le 17 janvier 2023, la Caisse a procédé au remboursement – sur une base de 164 heures par mois – des frais d’aide et d’assistance de J. _____ pour les mois de septembre, octobre, novembre et décembre 2022, à hauteur de 3'069 francs. Du montant auquel pouvait prétendre l’assurée était déduit le montant de l’allocation pour impotent dont elle était la bénéficiaire. C. a) Par actes du 9 janvier 2023, complétés le 17 février 2023 (causes PC 3/23 et PC 4/23), du 23 janvier 2023, complété le 14 février 2023 (cause PC 6/23), et du 14 février 2023 (cause PC 13/23), J. _____ a, avec l’assistance de Me Amandine Torrent, avocate à Lausanne, déféré auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud les décisions sur opposition rendues par la Caisse les 6 décembre 2022 et 17 janvier 2023, en concluant en substance, d’une part, à ce que la Cour constate que la Caisse n’est pas autorisée à déduire des frais d’aide et d’assistance l’allocation pour impotent qu’elle perçoit et, d’autre part, au remboursement, avec intérêts à 5 % l’an, des sommes indûment déduites. Elle estimait que la déduction opérée par la Caisse était contraire au droit fédéral et était contraire au principe de la bonne foi, dès

- 4 - lors que cela faisait plus de sept ans que la Caisse lui remboursait ses frais d’aide et d’assistance sans déduction de son allocation pour impotent b) Le 28 février 2023, le juge instructeur a ordonné la jonction des causes PC 3/23, PC 4/23, PC 6/23 et PC 13/23 pour faire l’objet d’une instruction commune et d’un jugement commun. c) Dans sa réponse du 24 mars 2023, la Caisse a conclu au rejet des recours et au maintien des décisions attaquées. Elle a expliqué que, de son point de vue, la déduction de l’allocation pour impotent dans le cadre du calcul du remboursement des frais d’aide et d’assistance était conforme au droit fédéral. S’agissant de la question de la bonne foi, elle a relevé que la question de la prise en compte de l’allocation pour impotent ne se posait que lorsque le montant maximal pour le remboursement des frais de maladie et d’invalidité était porté à 60'000 francs. Or, jusqu’à l’arrêt rendu le 7 juin 2022 par la Cour des assurances sociales où celle-ci avait considéré que le plafond de remboursement devait être porté à 60'000 fr., le montant maximal était fixé à 25'000 fr., raison pour laquelle aucune déduction n’avait été effectuée. d) Dans sa réplique du 25 mai 2023, J. _____ s’est référée à un arrêt du Tribunal fédéral du 22 juillet 2019 (cause 9C_110/2019), dont on pouvait déduire les principes suivants : l’allocation pour impotent est fixée indépendamment des coûts effectifs des prestations de tiers et de l’étendue réelle de ces prestations ; l’allocation pour impotent ne sert pas à la couverture des besoins vitaux ; et l’allocation pour impotent ne doit être prise en compte à titre de revenu dans le calcul des prestations complémentaires que dans le cas de double emploi, tel un séjour dans un home. A son avis, ces principes devaient s’appliquer par analogie à la présente cause. Or, dans la mesure où elle ne séjournait pas dans un home mais à domicile, elle ne se trouvait pas dans une situation de double emploi. e) Dans sa duplique du 16 juin 2023, la Caisse a indiqué ne pas comprendre en quoi l’arrêt cité par l’assurée était pertinent dans la

- 5 - présente cause, dès lors qu’il était question dans ledit arrêt du calcul des prestations complémentaires et non du remboursement des frais d’aide et d’assistance. f) Le 15 juin 2023, Me Amandine Torrent a demandé à être relevée de son mandat d’office au profit de Me Alexandre Bernel. Par décisions du 16 juin 2023, le juge instructeur a relevé Me Amandine Torrent de sa mission de conseil d’office et fixé son indemnité d’office. g) Par courrier du 14 août 2023, le juge instructeur a requis de la Caisse qu’elle produise la totalité des décomptes de remboursement des frais de maladie et d’invalidité relatifs à l’année 2022

concernant J._____. h) Les pièces requises ont été produites par la Caisse le 24 août 2023. i) Par courrier du 10 septembre 2023, J._____ a demandé que Me Alexandre Bernel soit relevé de sa mission et remplacé par un autre avocat. Me Alexandre Bernel en a fait de même par courrier du 21 novembre 2023. Par décisions du 24 novembre 2023, le juge instructeur a relevé Me Alexandre Bernel de sa mission de conseil d'office et fixé son indemnité d'office ; il a en revanche refusé de désigner un nouveau conseil d'office. j) Prié par J._____ de lui désigner un nouveau conseil, le juge instructeur a, par courrier du 4 décembre 2023, expliqué que l'assistance d'un avocat, à ce stade de la procédure, n'apparaissait plus nécessaire. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent aux prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et

- 6 - survivants et à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [LPC ; 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, les recours ont été interjetés 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 respectent pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'ils sont recevables. 2. Le litige a pour objet le droit de la recourante au remboursement, par le régime des prestations complémentaires, des frais d'aide, de soins et d'assistance pour les mois de septembre à décembre 2022. 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 (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

- 7 - remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Pour les personnes seules ou veuves, conjoints de personnes vivant dans un home ou un hôpital, vivant à domicile, ceux-ci ne peuvent toutefois être inférieurs au montant de 25'000 fr. par année. d) En vertu de l'art. 14 al. 4 LPC, pour les personnes vivant à domicile qui ont droit à une allocation pour impotent de l'AI ou de l'assurance-accidents, le montant minimal fixé à l'art. 14 al. 3 let. a ch. 1 LPC s'élève à 90'000 fr. lorsque l'impotence est grave, dans la mesure où les frais de soins et d'assistance ne sont pas couverts par l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI. Le Conseil fédéral règle l'augmentation de ce montant pour les personnes dont l'impotence est moyenne. Conformément à cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 19b al. 1 de l'ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC-AVS/AI ; RS 831.301) qui prévoit que, pour les personnes vivant à domicile qui ont droit à une allocation pour impotent de l'AI ou de

l'assurance-accidents, le montant fixé à l'art. 14 al. 3 let. a ch. 1 LPC est augmenté à 60'000 fr. en cas d'impotence moyenne dans la mesure où les frais de soins et d'assistance ne sont pas couverts par l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI. e) Selon l'art. 14 al. 5 LPC, l'augmentation prévue à l'art. 14 al. 4 LPC subsiste pour les personnes bénéficiant d'une allocation pour impotent de l'AVS qui percevaient auparavant une allocation pour impotent de l'AI. 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 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

- 8 - 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 règlement du 1er mai 2019 d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance- vieillesse et invalidité et sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires (RLVPC-RFM ; BLV 831.21.1), lequel est entré en vigueur le 1er janvier 2020 et 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. 22 Montants maximaux 1 Les montants totaux maximaux des frais de maladie et d'invalidité remboursés correspondent à ceux fixés à l'article 14, alinéas 3 à 5 LPC.

- 9 - 2 Des remboursement maximaux par catégorie de prestations sont en outre précisés dans la directive départementale, notamment en l'absence de conventions avec les fournisseurs. Art. 25 Rapport avec les prestations d'autres assurances 1 L'octroi d'une allocation pour impotent (ci-après API) 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 Dans les cas visés à l'article 14, alinéa 5 LPC, les alinéas 2 et 3 sont applicables par analogie. Art. 42 Frais se rapportant à des prestations d'aide au ménage et à des tâches d'assistance 1 Les

frais, dûment attestés, d'aide au ménage ou de tâches d'assistance rendus nécessaires en raison de l'âge, de l'invalidité, d'un accident ou de la maladie sont remboursés, sous réserve des frais à charge de l'assurance obligatoire des soins, lorsque ces prestations sont fournies à titre professionnel. 2 Sont également remboursés les frais de prestations mentionnées à l'alinéa 1 dispensées par des membres de la famille qui ne sont pas prise en compte dans le calcul de la prestations complémentaires annuelle et qui subissent, en raison de l'aide fournie, une perte de gain notable durant une période prolongée. 3 Les montants maximaux reconnus sont ceux fixés à l'article 14, alinéas 3 à 5 LPC. Par ailleurs, le montant maximal reconnu, par année et par personne, est de : a. CHF 4'800.- lorsque l'aide est fournie par des personnes privées ou par des organisations privées et que le bénéficiaire n'a pas d'API ou qu'il a une API faible ; b. CHF 2'400.- lorsque l'aide est fournie par un membre de la famille. Ce montant est de CHF 25'000.- lorsque le membre de la famille renonce à exercer son activité lucrative ou la réduit et subit ainsi une perte de gain. 4 La part patronale et salariale des cotisations dues aux assurances sociales fédérales et cantonales (AVS, AI, APG, AC, AF, AA, LPP et

- 10 - prestations complémentaires cantonales pour famille) est comprise dans les frais visés par l'article 42. 5 La directive départementale établit la liste des prestations remboursées ; elle fixe les modalités d'évaluation, les tarifs et les conditions des remboursements. 5. a) En l'occurrence, les parties ne contestent pas que la recourante, qui vit à domicile, a droit, pour les mois de septembre à décembre 2022, au remboursement de ses frais d'aide et d'assistance à raison de 164 heures par mois (à 26 fr. au plus de l'heure), compte tenu d'un seuil maximal de remboursement des frais de maladie et d'invalidité fixé à 60'000 francs. Est seul litigieux le point de savoir si l'allocation pour impotent perçue par la recourante peut être déduite des montants à rembourser. b) A cet égard, l'art. 19b al. 1 OPC-AVS/AI – dont la formulation est similaire à celle de l'art. 14 al. 4 LPC – précise que pour les personnes vivant à domicile qui ont droit à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-accidents – ainsi que pour les personnes qui peuvent se prévaloir du mécanisme prévu à l'art. 14 al. 5 LPC –, le montant maximal de remboursement des frais de maladie et d'invalidité est augmenté à 60'000 fr. en cas d'impotence moyenne dans la mesure où les frais de soins et d'assistance ne sont pas couverts par l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité. c) Les directives de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI précisent, à leur chiffre 5310.04, que l'augmentation intervient si, d'une part, les frais dûment établis de soins et d'assistance sont plus élevés que l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance de l'assurance- vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité et que, d'autre part, les montants prévus à l'art. 14 al. 3 let. a ch. 1 et 2 LPC, avant déduction de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance, ne suffisent pas à rembourser tous les frais de maladie et d'invalidité. L'augmentation n'est prévue que pour le remboursement des frais de soins et d'assistance.

- 11 - d) Autrement dit, une augmentation du montant minimal fixé à l'art. 14 al. 3 let. a ch. 1 LPC n'a lieu, lorsque ce montant est dépassé, que si les frais de soins et d'assistance ne sont pas couverts par l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance de l'assurance- vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité (voir également le message du 24 février 2010 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6e révision de l'AI, premier volet], FF 2010 1740). Il s'ensuit qu'un droit au

remboursement par les prestations complémentaires ne peut naître que si le besoin en soins et assistance n'est pas couvert par des prestations correspondantes d'autres branches d'assurance. Dans ce sens, le remboursement des frais de maladie et d'invalidité par les prestations complémentaires est subsidiaire (Ralph Jöhl/Patricia Usinger-Egger, Die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol XIV, Soziale Sicherheit, 3e éd. 2016, p. 1921 n° 234). Cette subordination fondamentale des prestations complémentaires dans le cadre de la coordination intersystème des prestations d'assurance sociale découle – même si elle n'est pas explicitement mentionnée dans les art. 64 et suivants de la LPGA – autant du but que des spécificités propres au régime des prestations complémentaires (cf. art. 112a al. 1 de la Constitution fédérale [Cst. ; RS 101] ; voir également Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, n° 39 ad art. 63 LPGA). En d'autres termes, l'allocation pour impotent reçue doit en principe être utilisée pour indemniser les prestations de soins et d'assistance, faute de quoi un droit complémentaire correspondant à des prestations complémentaires à hauteur des dépenses non couvertes ne peut pas naître (sur la question, cf. arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal administratif du canton de Berne du 22 novembre 2019 [200 19 359 AHV]). e) En l'occurrence, il n'est pas contestable que la recourante pouvait prétendre en 2022, en sus du remboursement de ses frais de traitement et de transport, au remboursement de ses frais d'aide et d'assistance à raison de 164 heures par mois (à 26 fr. de l'heure), soit un montant total de 51'168 francs. Ce montant est largement supérieur au - 12 - montant de 25'000 fr. prévu à l'art. 14 al. 3 let. a ch. 1 LPC, ainsi qu'au montant de 14'340 fr. correspondant à l'allocation pour impotent versée à la recourante. Dans ces conditions, force est de constater que la caisse intimée n'a pas violé le droit fédéral en portant en déduction, conformément aux art. 14 al. 4 LPC, 19b al. 1 OPC-AVS/AI et 25 al. 2 RLVPC-RFM, l'allocation pour impotent versée à la recourante. f) Pour le reste, la recourante ne peut rien tirer en sa faveur de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_110/2019 du 22 juillet 2019, dans la mesure où ledit arrêt traite spécifiquement de la question du calcul des prestations complémentaires, à l'exclusion de la question du remboursement des frais de maladie et d'invalidité. 6. La recourante estime également que le fait de déduire l'allocation pour impotent des montants à rembourser à compter du mois de septembre 2022 est contraire au principe de la bonne foi. Dans la mesure où la caisse intimée remboursait les frais de soins et d'assistance depuis 2015 sans déduire l'allocation pour impotent, elle pouvait raisonnablement croire qu'elle continuerait à procéder de la sorte. Si elle avait su que l'allocation pour impotent pouvait être déduite, elle aurait contesté la quotité des heures admises par la caisse intimée, respectivement par la Cour des assurances sociales dans son arrêt du 7 juin 2022, dès lors que la totalité de ses frais ne sont pas couverts. a) Conformément à l'art. 5 al. 3 Cst., tant les organes de l'Etat que les particuliers doivent s'abstenir d'adopter un comportement contradictoire ou abusif (ATF 144 II 49 consid. 2.2 ; 136 I 254 consid. 5.2). De ce principe général découle notamment le droit, consacré à l'art. 9 in fine Cst., du particulier d'exiger, à certaines conditions, que les autorités se conforment aux promesses ou assurances précises qu'elles lui ont faites et ne trompent pas la confiance qu'il a légitimement placée dans ces promesses et assurances (ATF 138 I 49 consid. 8.3.1 et les arrêts cités). Ainsi, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition (a) que l'autorité soit

- 13 - intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, (d) qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 143 V 95 consid. 3.6.2 ; 141 V 530 consid. 6.2 ; 137 II 182 consid. 3.6.2 et les arrêts cités). b) Le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence simplement d'un comportement de l'administration, pour autant que celui-ci soit susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (cf. ATF 129 II 361 consid. 7.1 ; 129 I 161 consid. 4.1). La précision que l'attente ou l'espérance doit être "légitime" est une autre façon de dire que l'administré doit avoir eu des raisons sérieuses d'interpréter comme il l'a fait le comportement de l'administration et d'en tirer les conséquences qu'il en a tirées. Tel n'est notamment pas le cas s'il apparaît, au vu des circonstances, qu'il devait raisonnablement avoir des doutes sur la signification du comportement en cause et se renseigner à ce sujet auprès de l'autorité (cf. ATF 134 I 199 consid. 1.3.1; TF 2C_1013/2015 du 28 avril 2016 consid. 3.1). c) En l'occurrence, la caisse intimée a, à juste titre, souligné, dans les explications qu'elle a produites à l'appui de sa réponse, que la question de la prise en compte de l'allocation pour impotent ne se posait que lorsque le montant maximal pour le remboursement des frais de maladie et d'invalidité était porté à 60'000 francs. Or, jusqu'à l'arrêt du 7 juin 2022 où la Cour de céans a considéré que le plafond de remboursement devait être porté à 60'000 fr., la caisse intimée était d'avis que le montant maximal pour le remboursement des frais de maladie et d'invalidité devait être fixé à 25'000 fr., raison pour laquelle aucune déduction de l'allocation pour impotent n'avait été effectuée. Cela étant, il n'apparaît pas que l'erreur de la caisse intimée a conduit la recourante à prendre des dispositions préjudiciables sur lesquelles elle ne

- 14 - peut pas revenir et rien au dossier ne permet d'admettre que tel a été le cas. Au contraire, la caisse intimée a informé la recourante, par courrier du 21 octobre 2022, qu'elle pouvait demander, moyennant la remise des quittances prévues à cet effet, le remboursement des frais engagés à compter du 1er mars 2020 qui n'auraient pas encore été indemnisés. Ce faisant, elle a entrepris les démarches afin de rétablir une situation conforme au droit, ce dont la recourante ne saurait se plaindre dans le cas d'espèce. Le grief de violation du principe de la bonne foi doit par conséquent être rejeté. 7. a) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que les recours doivent être rejetés et les décisions attaquées confirmées. b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 61 let. fbis LPGA). c) N'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Les recours sont rejetés. II. Les décisions sur opposition rendues les 6 décembre 2022 et 17 janvier 2023 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS sont confirmées. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. Le président : La greffière :

- 15 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Mme J. _____, - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.