

NE_GERICHTE CDP.2013.205 vom 8. November 2012

NE Tribunal cantonal, 2012-11-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2013.205_d20121108

FR: NE_GERICHTE CDP.2013.205 du 8 novembre 2012

IT: NE_GERICHTE CDP.2013.205 del 8 novembre 2012

Regeste

Prestations complémentaires à l'AVS/AI. Droit d'être entendu (constitution du dossier).
Frais supplémentaires d'un régime alimentaire particulier.

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

a) Garanti par l'article 29 al. 2 Cst, le droit d'être entendu est à la fois une institution servant à l'instruction de la cause et une faculté de la partie, en rapport avec sa personnalité, de participer au prononcé de décisions qui touchent à sa situation juridique (ATF 135 II 286 cons. 5.1). Il englobe donc tous les droits qui doivent être attribués à une partie pour qu'elle puisse faire valoir efficacement son point de vue dans une procédure (ATF 132 II 485 cons. 3.2). En tant que garantie constitutionnelle de nature formelle, sa violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès au fond (ATF 135 I 187 cons. 2.2). Le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de prendre connaissance du dossier, de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, de produire des preuves, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat (ATF 135 II 286 cons. 5.1). Les parties doivent en effet pouvoir consulter le dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir leurs arguments dans une procédure. Pour que cette consultation soit utile, le dossier doit être complet (ATF 129 I 85 cons. 4.1). Le respect du droit d'être entendu exige donc une tenue correcte des dossiers par l'autorité qui doit consigner tous les actes d'instruction menés dans le cadre de la procédure et qui peuvent avoir une influence sur la décision (ATF 130 II 473 cons. 4.1; arrêt du TF du 09.08.2010 [8C_322/2010] cons. 3). Partant, les moyens de preuve doivent être disponibles (nachvollziehbar, traçables) et les modalités de leur établissement décrites dans le dossier pour que les parties soient en mesure d'examiner s'ils ne présentent pas des vices relatifs à la forme ou au contenu et puissent soulever, cas échéant, une objection contre leur validité (ATF 129 I 85 cons. 4.1; arrêt du TF du 10.06.2013 [6B_123/2013] cons. 1.1). Ce principe, développé initialement en procédure pénale dans le cadre des droits de la défense (art. 32 al. 2 Cst), s'applique cependant à toutes les procédures (ATF 130 II 473 cons. 4.1). b) Selon la jurisprudence toutefois, la violation du droit d'être entendu peut être réparée durant la procédure de recours si la partie lésée a la possibilité de s'exprimer et de recevoir une décision motivée de la part de l'autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure (ATF 137 I 195 cons. 2.3.2, 134 I 331 cons. 3.1 et les références; arrêt du TF du 15.11.2012 [1B_524/2012] cons. 2.1). Lorsque

l'objet du litige ne porte pas sur le contrôle de l'opportunité, la réparation peut intervenir si l'autorité dispose d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit, ce qui est le cas dans les litiges en matière d'assurances sociales (ATF du TF du 01.10.2013 [9C_205/2013] cons.1.10 et les références citées). Une telle réparation dépend cependant de la gravité et de l'étendue de l'atteinte portée au droit d'être entendu et doit rester l'exception (ATF 126 I 68 cons. 2 et les références). Elle peut également se justifier en présence d'un vice grave lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et causerait un allongement de la procédure incompatible avec l'intérêt de la partie lésée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 137 I 195 cons. 2.3.2). c) La recourante reproche à l'intimée d'avoir "presque exclusivement" basé la décision querellée sur le rapport de la diététicienne B. du 19 février 2013 qui ne figurait pourtant pas au dossier. Il appert en effet que la CCNC, après avoir sollicité en janvier et mars 2013 des renseignements médicaux complémentaires, a reçu une copie de la lettre que l'avocate de l'assurée avait envoyée à celle-ci le 28 mars 2013 résumant deux nouveaux rapports médicaux, dont celui de la diététicienne B. Elle n'a en revanche pas eu en mains ni pris connaissance in extenso dudit rapport, qu'elle n'a obtenu que le 26 août 2013 après que la cause a été déférée à la Cour de céans. Or, il est exact qu'elle s'est expressément référée à ce moyen de preuve pour étayer sa motivation puisqu'elle a notamment retranscrit, dans sa décision initiale du 22 mai 2013, l'extrait du rapport tel que contenu dans la lettre du 28 mars 2013. Ayant appris, à une date indéterminée mais en tout cas avant le 22 mai 2013, l'existence de l'avis d'une professionnelle de la nutrition contenant des éléments pouvant s'avérer pertinents pour juger de la cause, l'intimée aurait pourtant dû en requérir une copie afin de pouvoir en prendre connaissance de manière complète, en contrôler par elle-même le contenu et la portée et surtout offrir la possibilité à l'assurée de s'exprimer à son propos. Au lieu de cela, elle s'est appuyée sur la seule connaissance indirecte de ce rapport pour rendre sa décision, sans que la recourante ait par ailleurs été invitée à se déterminer à son sujet. On ne peut que s'étonner de la légèreté avec laquelle la CCNC a administré les preuves et convenir qu'en agissant de la sorte, elle a contrevenu au devoir qui lui incombe de tenir à la disposition des parties un dossier complet dans lequel sont consignés tous les moyens de preuve utiles à la résolution du litige et, partant, violé le droit d'être entendu de la recourante. Cela étant, cette violation peut être réparée dans le cadre de la procédure de recours devant la Cour de céans. L'objet du litige porte en effet sur la question de savoir si l'intimée a contrevenu à la loi en constatant que le régime alimentaire prescrit à la recourante n'engendrait pas de surcoût particulier; cette question relève des faits et du droit, que le tribunal des assurances revoie avec un pouvoir d'examen entier (cf. cons. 2b ci-dessus). En outre, la gravité et la portée de l'atteinte au droit d'être entendu de la recourante sont très relatives et un renvoi à l'autorité intimée constituerait une vaine formalité et causerait un allongement de la procédure incompatible avec l'intérêt de l'intéressée à ce que sa cause soit traitée rapidement. Il faut principalement constater que la recourante a été pourvue du rapport du 19 février 2013 de la diététicienne B. à l'époque déjà où il a été établi. Elle en connaissait la teneur et était donc en mesure, avant même le prononcé de la décision du 22 mai 2013, de s'exprimer sur la forme et le contenu de celui-ci. A ce titre, on doit relever qu'elle ne pouvait ignorer que l'avis de la diététicienne B. serait pris en considération dans le processus décisionnel puisque c'est elle-même qui a attiré l'attention de l'intimée sur l'existence de ce rapport en lui remettant une copie du courrier qui lui avait été envoyé le 28 mars 2013 par son avocate de l'époque; il ressort en effet de la correspondance du 26 août 2013 de cette dernière à l'intimée que ledit courrier a été versé au dossier par l'assurée elle-même. Il appert ensuite

que la recourante a fait valoir ses objections sur le rapport de la diététicienne B. dans son opposition du 10 juin 2013. A cette occasion, elle a remis en cause ses conclusions et sa valeur probante, dénonçant la partialité de la praticienne à son encontre. Elle a également eu la possibilité de faire valoir l'ensemble de ses moyens à cet égard dans son mémoire de recours, une copie du rapport de la diététicienne étant au surplus déposé à l'appui de son recours. Finalement, on observera que le rapport litigieux n'est pas le seul avis médical sur lequel l'intimée a fondé sa décision mais qu'au contraire, les renseignements donnés par le Dr A. au sujet de la pathologie de la recourante et la nature du régime qui lui a été prescrit avaient déjà suffi à forger sa conviction. Compte tenu de tous ces éléments, la Cour de céans estime donc que le grief de la recourante est mal fondé sur ce point.

E. 3

a) A teneur de l'article 14 al. 1 let. d LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais de l'année civile en cours liés à un régime alimentaire particulier, s'ils sont dûment établis. En droit neuchâtelois, l'article 12 RFMPC précise que les frais supplémentaires, dûment établis, occasionnés par un régime alimentaire coûteux prescrit par un médecin et indispensable à la survie de la personne assurée sont considérés comme frais de maladie si ladite personne ne vit ni dans un EMS, ni dans un établissement spécialisé, ni dans un hôpital. Un montant annuel forfaitaire de 2'100 francs est remboursé. Cette disposition reprend la formulation de l'article 9 de l'ordonnance fédérale relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPC) abrogée le 31 décembre 2007. La jurisprudence rendue sous l'empire de l'article 9 aOMPC a eu l'occasion de préciser qu'il ne devait pas s'agir de n'importe quel régime alimentaire. Pour que l'on puisse admettre l'existence de frais de maladie au sens de la loi, on doit en effet être en présence d'un régime alimentaire qualifié, c'est-à-dire qui doit être "indispensable à la survie de la personne assurée" (arrêts du TFA du 18.09.2006 [P 20/06] cons. 2 et du 30.11.2004 [P 16/03] cons. 4.4). De plus, il doit engendrer des frais supplémentaires par rapport à une alimentation normale. Sur ce point, le Tribunal fédéral a rappelé qu'un régime ou une diète n'occasionnaient pas obligatoirement des frais plus élevés. Dans le cas d'un certain nombre de maladies, seuls quelques aliments doivent être évités; d'autres maladies réclament une alimentation différente par comparaison avec une nourriture variée normale (régime complet), sans pour autant que cela engendre des frais supplémentaires. En réalité, seules quelques rares maladies nécessitent une diète plus onéreuse qu'un régime complet. Tel est par exemple le cas d'un assuré présentant une intolérance absolue au lactose et qui, pour empêcher une dégénérescence de la rétine, devait consommer une nourriture sans levure (arrêt du TFA du 27.08.1991 [arrêt P 29/91]). En revanche, la condition de surcroît de coûts n'a pas été admise pour un cas de diabète (arrêt du TFA du 06.04.2006 [P 47/05] cons. 3.2). Dans un arrêt concernant un assuré ayant subi une cholécystectomie, la Haute Cour a jugé qu'un régime se limitant à exclure quelques denrées et certains modes de préparation des repas (aliments frits et riches en graisse, produits contenant du jaune d'œuf ainsi que certaines sortes de fromage) et à recommander la prise de petits repas réguliers n'était pas un régime alimentaire qualifié de nature à entraîner des coûts supplémentaires au sens de la jurisprudence en la matière, et ce en dépit des déclarations contraires du médecin traitant, dès lors qu'une très grande diversité d'aliments restait accessible au patient (arrêt du TF du 12.01.2009 [8C_553/2008] cons. 5). Le Tribunal de céans a aussi statué dans ce sens dans le cas d'une assurée souffrant d'obésité morbide et devant se soumettre à un régime hypocalorique (arrêt du 16.10.2009 [TA.2008.36]). b) Il est établi que la recourante souffre

d'une colopathie fonctionnelle avec une pancréatique chronique séquellaire suite à une cholécystectomie et à une pancréatite aiguë, et qu'elle doit se soumettre à un régime alimentaire particulier afin d'empêcher l'apparition chronique de symptômes tels que des douleurs abdominales ou des ballonnements. On peut se demander si le régime en question est réellement indispensable à la survie de la requérante mais cette question, au demeurant non discutée par les parties, peut rester ouverte en l'espèce dès lors qu'une autre des conditions cumulatives posées par l'article 12 RFMPC fait défaut. Il ressort en effet du certificat médical du Dr A. du 7 décembre 2012 et de ses annexes, ainsi que des différentes déclarations de la requérante que ce régime consiste en l'adoption d'une alimentation pauvre en graisses, prohibant entre autres l'alcool, les graisses crues et cuites, les plats préparés, la charcuterie, les mets gras (p. ex. raclette, fondue, frites, mayonnaise, sauces, etc.), les conserves à huile ou encore certaines pâtisseries. La requérante doit ainsi privilégier les viandes maigres, le poisson, les laitages au moins partiellement écrémés, les fromages maigres, les fruits et légumes cuits ainsi que les farineux (pâtes, riz, polenta, pommes de terre). Dans son rapport du 19 février 2013, la diététicienne B. a confirmé que la requérante avait besoin d'une alimentation équilibrée, suffisamment riche et avec des protéines de bonne qualité pour éviter les troubles digestifs. Si la nature du régime auquel est soumise la requérante ne fait l'objet d'aucune discussion, l'intéressée reproche à l'intimée d'avoir retenu que celui-ci n'engendrait pas de frais supplémentaires alors qu'il est notoire que les aliments pauvres en graisses coûtent plus cher dans le commerce que les aliments dits normaux. A l'appui de son allégué, la requérante se réfère aux avis donnés par le Dr A., selon lequel ce régime engendrait des dépenses supplémentaires importantes, et par la diététicienne B. qui précise qu'une telle alimentation nécessitait un "budget mensuel non négligeable extrêmement difficile à tenir" dans sa situation. Comme cela a été développé ci-dessus (cf. cons. 3a), un régime alimentaire aménagé requérant que certaines denrées soient évitées et d'autres privilégiées ne constitue pas un régime alimentaire qualifié entrant dans le champ d'application de l'article 12 RFMPC en tant qu'il n'occasionne pas de frais supplémentaires par rapport à l'alimentation normale qu'achèterait la personne si elle n'était pas malade. Une grande diversité d'aliments de base demeure en effet accessible à la requérante qui doit seulement suivre un régime sain et équilibré composé de produits de consommation usuels se trouvant aisément dans le commerce de détail, et non pas se nourrir de préparations ou de substituts alimentaires spécifiques fabriqués et vendus dans des commerces spécialisés. Il sied donc de s'écarter de l'avis du Dr A., médecin traitant de la requérante, lequel n'explique d'ailleurs pas en quoi et dans quelle mesure le régime en question nécessiterait des dépenses supplémentaires importantes. En outre et contrairement à ce qu'avance la requérante, la diététicienne B. a indiqué que le régime pauvre en graisses qui lui était prescrit, s'il représentait un budget non négligeable compte tenu de sa situation financière difficile, n'occasionnait toutefois pas de surcoût particulier, conseillant pour le surplus à sa patiente de solliciter une aide administrative pour gérer ses achats et planifier ses repas. Partant, au vu de ce qui précède, la décision sur opposition du 13 juin 2013 de la CCNC doit être en tout point confirmée.

E. 4

Il suit des considérants qui précèdent que le recours, mal fondé, est rejeté. Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA). Vu le sort de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA).

E. 5

Le requérant sollicite l'assistance judiciaire pour la présente procédure et la désignation de Me C. en qualité d'avocat d'office. A teneur de l'article 117 CPC auquel renvoie l'article 60i LPJA, l'assistance est accordée au requérant qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Selon la jurisprudence, ne dispose pas de ressources suffisantes celui qui n'est pas en mesure d'assumer les frais de la procédure sans devoir entamer les moyens qui lui sont nécessaires pour couvrir ses besoins personnels et ceux de sa famille (ATF 128 I 225). La jurisprudence neuchâteloise reconnaît en général que, en matière civile, le requérant n'est pas indigent lorsqu'il peut s'acquitter, sans entamer son minimum vital, d'un montant dépassant une limite supplémentaire de 200 francs par mois environ (RJN 1995, p. 151). Le requérant doit présenter sa situation financière de manière transparente (RJN 2002, p. 243 cons. 2b et la référence citée). De son côté, le juge s'appuiera sur les circonstances concrètes existant au moment où l'assistance est demandée (RJN 2002, p. 249 cons. 4b) mais pourra prendre en considération des éléments nouveaux jusqu'au moment de statuer (RJN 2003, p. 253 cons. 5). Pour établir l'indigence, le juge prendra en considération l'ensemble des revenus et des ressources du requérant, y compris la part au 13^e salaire et aux gratifications ainsi que tout autre revenu accessoire. D'un autre côté, il ne tiendra compte des dettes et des engagements financiers du requérant que si celui-ci les prouve, les honore et les respecte. Il ne saurait être question de retenir des charges que le requérant ne paie pas ou pas régulièrement (RJN 2002, p. 243 cons. 2b). b) Sur la base des justificatifs annexés à la requête d'assistance judiciaire datée du 16 juillet 2013, il apparaît que la recourante perçoit mensuellement une rente AVS de 1'972 francs y compris les prestations complémentaires et une pension alimentaire de 525 francs. Elle allègue des charges mensuelles de 1'148 francs (CHF 921.50 de loyer et CHF 226.60 [CHF 2'720/12] d'impôts cantonaux et communaux), auxquelles s'ajoutent 1'200 francs au titre de minimum vital pour une personne vivant seule (normes d'insaisissabilité en vigueur depuis le 01.01.2013). La condition de l'indigence paraît ainsi réalisée. De même, l'assistance d'un avocat était ici nécessaire ou, à tout le moins, indiquée et les conclusions du recours ne paraissent pas d'emblée vouées à l'échec. L'assistance judiciaire peut par conséquent être accordée à la recourante et Me C. peut être commise d'office.

E. 19

février 2013 qui ne figurait pourtant pas au dossier. Il appert en effet que la CCNC, après avoir sollicité en janvier et mars 2013 des renseignements médicaux complémentaires, a reçu une copie de la lettre que l'avocate de l'assurée avait envoyée à celle-ci le 28 mars 2013 résumant deux nouveaux rapports médicaux, dont celui de la diététicienne B. Elle n'a en revanche pas eu en mains ni pris connaissance in extenso dudit rapport, qu'elle n'a obtenu que le 26 août 2013 après que la cause a été déferée à la Cour de céans. Or, il est exact qu'elle s'est expressément référée à ce moyen de preuve pour étayer sa motivation puisqu'elle a notamment retranscrit, dans sa décision initiale du 22 mai 2013, l'extrait du rapport tel que contenu dans la lettre du 28 mars 2013. Ayant appris, à une date indéterminée mais en tout cas avant le 22 mai 2013, l'existence de l'avis d'une professionnelle de la nutrition contenant des éléments pouvant s'avérer pertinents pour juger de la cause, l'intimée aurait pourtant dû en requérir une copie afin de pouvoir en prendre connaissance de manière complète, en contrôler par elle-même le contenu et la portée et surtout offrir la possibilité à l'assurée de s'exprimer à son propos. Au lieu de cela, elle s'est appuyée sur la seule connaissance indirecte de ce rapport pour rendre sa décision, sans que la recourante ait par ailleurs été invitée à se déterminer à son sujet. On ne peut que s'étonner de la légèreté avec laquelle la CCNC a administré les preuves et convenir qu'en agissant de

la sorte, elle a contrevenu au devoir qui lui incombe de tenir à la disposition des parties un dossier complet dans lequel sont consignés tous les moyens de preuve utiles à la résolution du litige et, partant, violé le droit d'être entendu de la recourante.

Cela étant, cette violation peut être réparée dans le cadre de la procédure de recours devant la Cour de céans. L'objet du litige porte en effet sur la question de savoir si l'intimée a contrevenu à la loi en constatant que le régime alimentaire prescrit à la recourante n'engendrait pas de surcoût particulier; cette question relève des faits et du droit, que le tribunal des assurances revoie avec un pouvoir d'examen entier (cf. cons. 2b ci-dessus). En outre, la gravité et la portée de l'atteinte au droit d'être entendu de la recourante sont très relatives et un renvoi à l'autorité intimée constituerait une vaine formalité et causerait un allongement de la procédure incompatible avec l'intérêt de l'intéressée à ce que sa cause soit traitée rapidement. Il faut principalement constater que la recourante a été pourvue du rapport du 19 février 2013 de la diététicienne B. à l'époque déjà où il a été établi. Elle en connaissait la teneur et était donc en mesure, avant même le prononcé de la décision du 22 mai 2013, de s'exprimer sur la forme et le contenu de celui-ci. A ce titre, on doit relever qu'elle ne pouvait ignorer que l'avis de la diététicienne B. serait pris en considération dans le processus décisionnel puisque c'est elle-même qui a attiré l'attention de l'intimée sur l'existence de ce rapport en lui remettant une copie du courrier qui lui avait été envoyé le 28 mars 2013 par son avocate de l'époque; il ressort en effet de la correspondance du 26 août 2013 de cette dernière à l'intimée que ledit courrier a été versé au dossier par l'assurée elle-même. Il appert ensuite que la recourante a fait valoir ses objections sur le rapport de la diététicienne B. dans son opposition du 10 juin 2013. A cette occasion, elle a remis en cause ses conclusions et sa valeur probante, dénonçant la partialité de la praticienne à son encontre. Elle a également eu la possibilité de faire valoir l'ensemble de ses moyens à cet égard dans son mémoire de recours, une copie du rapport de la diététicienne étant au surplus déposé à l'appui de son recours. Finalement, on observera que le rapport litigieux n'est pas le seul avis médical sur lequel l'intimée a fondé sa décision mais qu'au contraire, les renseignements donnés par le Dr A. au sujet de la pathologie de la recourante et la nature du régime qui lui a été prescrit avaient déjà suffi à forger sa conviction. Compte tenu de tous ces éléments, la Cour de céans estime donc que le grief de la recourante est mal fondé sur ce point.

3.a) A teneur de l'article 14 al. 1 let. d LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais de l'année civile en cours liés à un régime alimentaire particulier, s'ils sont dûment établis. En droit neuchâtelois, l'article 12 RFMPC précise que les frais supplémentaires, dûment établis, occasionnés par un régime alimentaire coûteux prescrit par un médecin et indispensable à la survie de la personne assurée sont considérés comme frais de maladie si ladite personne ne vit ni dans un EMS, ni dans un établissement spécialisé, ni dans un hôpital. Un montant annuel forfaitaire de 2'100 francs est remboursé. Cette disposition reprend la formulation de l'article 9 de l'ordonnance fédérale relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPC) abrogée le 31 décembre 2007. La jurisprudence rendue sous l'empire de l'article 9 a OMPC a eu l'occasion de préciser qu'il ne devait pas s'agir de n'importe quel régime alimentaire. Pour que l'on puisse admettre l'existence de frais de maladie au sens de la loi, on doit en effet être en présence d'un régime alimentaire qualifié, c'est-à-dire qui doit être "indispensable à la survie de la personne assurée" (arrêts du TFA du 18.09.2006 [P 20/06] cons. 2 et du 30.11.2004 [P 16/03] cons.

4.4). De plus, il doit engendrer des frais supplémentaires par rapport à une alimentation normale. Sur ce point, le Tribunal fédéral a rappelé qu'un régime ou une diète n'occasionnaient pas obligatoirement des frais plus élevés. Dans le cas d'un certain nombre de maladies, seuls quelques aliments doivent être évités; d'autres maladies réclament une alimentation différente par comparaison avec une nourriture variée normale (régime complet), sans pour autant que cela engendre des frais supplémentaires. En réalité, seules quelques rares maladies nécessitent une diète plus onéreuse qu'un régime complet. Tel est par exemple le cas d'un assuré présentant une intolérance absolue au lactose et qui, pour empêcher une dégénérescence de la rétine, devait consommer une nourriture sans levure (arrêt du TFA du 27.08.1991 [arrêt P 29/91]). En revanche, la condition de surcroît de coûts n'a pas été admise pour un cas de diabète (arrêt du TFA du 06.04.2006 [P 47/05] cons. 3.2). Dans un arrêt concernant un assuré ayant subi une cholécystectomie, la Haute Cour a jugé qu'un régime se limitant à l'exclusion de quelques denrées et certains modes de préparation des repas (aliments frits et riches en graisse, produits contenant du jaune d'œuf ainsi que certaines sortes de fromage) et à recommander la prise de petits repas réguliers n'était pas un régime alimentaire qualifié de nature à entraîner des coûts supplémentaires au sens de la jurisprudence en la matière, et ce en dépit des déclarations contraires du médecin traitant, dès lors qu'une très grande diversité d'aliments restait accessible au patient (arrêt du TF du 12.01.2009 [8C_553/2008] cons. 5). Le Tribunal de cassation a aussi statué dans ce sens dans le cas d'une assurée souffrant d'obésité morbide et devant se soumettre à un régime hypocalorique (arrêt du 16.10.2009 [TA.2008.36]).

b) Il est établi que la recourante souffre d'une colopathie fonctionnelle avec une pancréatite chronique séquellaire suite à une cholécystectomie et à une pancréatite aiguë, et qu'elle doit se soumettre à un régime alimentaire particulier afin d'empêcher l'apparition chronique de symptômes tels que des douleurs abdominales ou des ballonnements. On peut se demander si le régime en question est réellement indispensable à la survie de la recourante mais cette question, au demeurant non discutée par les parties, peut rester ouverte en l'espèce dès lors qu'une autre des conditions cumulatives posées par l'article 12 RFMPC fait défaut. Il ressort en effet du certificat médical du Dr A. du 7 décembre 2012 et de ses annexes, ainsi que des différentes déclarations de la recourante que ce régime consiste en l'adoption d'une alimentation pauvre en graisses, prohibant entre autres l'alcool, les graisses crues et cuites, les plats préparés, la charcuterie, les mets gras (p. ex. raclette, fondue, frites, mayonnaise, sauces, etc.), les conserves à huile ou encore certaines pâtisseries. La recourante doit ainsi privilégier les viandes maigres, le poisson, les laitages au moins partiellement écrémés, les fromages maigres, les fruits et légumes cuits ainsi que les farineux (pâtes, riz, polenta, pommes de terre). Dans son rapport du 19 février 2013, la diététicienne B. a confirmé que la recourante avait besoin d'une alimentation équilibrée, suffisamment riche et avec des protéines de bonne qualité pour éviter les troubles digestifs. Si la nature du régime auquel est soumise la recourante ne fait l'objet d'aucune discussion, l'intéressée reproche à l'intimée d'avoir retenu que celui-ci n'engendrait pas de frais supplémentaires alors qu'il est notoire que les aliments pauvres en graisses coûtent plus cher dans le commerce que les aliments dits normaux. A l'appui de son allégué, la recourante se réfère aux avis donnés par le Dr A., selon lequel ce régime engendrait des dépenses supplémentaires importantes, et par la diététicienne B. qui précise qu'une telle alimentation nécessitait un "budget mensuel non négligeable extrêmement difficile à tenir" dans sa situation. Comme cela a été développé ci-dessus (cf. cons. 3a), un régime alimentaire aménagé requérant que certaines denrées soient évitées et d'autres privilégiées

ne constitue pas un régime alimentaire qualifié entrant dans le champ d'application de l'article 12 RFMPC en tant qu'il n'occasionne pas de frais supplémentaires par rapport à l'alimentation normale qu'achèterait la personne si elle n'était pas malade. Une grande diversité d'aliments de base demeure en effet accessible à la recourante qui doit seulement suivre un régime sain et équilibré composé de produits de consommation usuels se trouvant aisément dans le commerce de détail, et non pas se nourrir de préparations ou de substituts alimentaires spécifiques fabriqués et vendus dans des commerces spécialisés. Il sied donc de s'écarter de l'avis du Dr A., médecin traitant de la recourante, lequel n'explique d'ailleurs pas en quoi et dans quelle mesure le régime en question nécessiterait des dépenses supplémentaires importantes. En outre et contrairement à ce qu'avance la recourante, la diététicienne B. a indiqué que le régime pauvre en graisses qui lui était prescrit, s'il représentait un budget non négligeable compte tenu de sa situation financière difficile, n'occasionnait toutefois pas de surcoût particulier, conseillant pour le surplus à sa patiente de solliciter une aide administrative pour gérer ses achats et planifier ses repas. Partant, au vu de ce qui précède, la décision sur opposition du 13 juin 2013 de la CCNC doit être en tout point confirmée.

4. Il suit des considérants qui précèdent que le recours, mal fondé, est rejeté. Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA). Vu le sort de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA).

5. Le recourant sollicite l'assistance judiciaire pour la présente procédure et la désignation de Me C. en qualité d'avocat d'office. A teneur de l'article 117 CPC auquel renvoie l'article 60 LPJA, l'assistance est accordée au requérant qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Selon la jurisprudence, ne dispose pas de ressources suffisantes celui qui n'est pas en mesure d'assumer les frais de la procédure sans devoir entamer les moyens qui lui sont nécessaires pour couvrir ses besoins personnels et ceux de sa famille (ATF 128 I 225). La jurisprudence neuchâteloise reconnaît en général que, en matière civile, le requérant n'est pas indigent lorsqu'il peut s'acquitter, sans entamer son minimum vital, d'un montant dépassant une limite supplémentaire de 200 francs par mois environ (RJN 1995, p. 151). Le requérant doit présenter sa situation financière de manière transparente (RJN 2002, p. 243 cons. 2b et la référence citée). De son côté, le juge s'appuiera sur les circonstances concrètes existant au moment où l'assistance est demandée (RJN 2002, p. 249 cons. 4b) mais pourra prendre en considération des éléments nouveaux jusqu'au moment de statuer (RJN 2003, p. 253 cons. 5). Pour établir l'indigence, le juge prendra en considération l'ensemble des revenus et des ressources du requérant, y compris la part au 1^{er} salaire et aux gratifications ainsi que tout autre revenu accessoire. D'un autre côté, il ne tiendra compte des dettes et des engagements financiers du requérant que si celui-ci les prouve, les honore et les respecte. Il ne saurait être question de retenir des charges que le requérant ne paie pas ou pas régulièrement (RJN 2002, p. 243 cons. 2b).

b) Sur la base des justificatifs annexés à la requête d'assistance judiciaire datée du 16 juillet 2013, il apparaît que la recourante perçoit mensuellement une rente AVS de 1'972 francs y compris les prestations complémentaires et une pension alimentaire de 525 francs. Elle allègue des charges mensuelles de 1'148 francs (CHF 921.50 de loyer et CHF 226.60 [CHF 2'720/12] d'impôts cantonaux et communaux), auxquelles s'ajoutent 1'200 francs au titre de minimum vital pour une personne vivant seule (normes d'insaisissabilité en vigueur depuis le 01.01.2013). La condition de l'indigence paraît ainsi réalisée. De même, l'assistance d'un

avocat était ici nécessaire ou, à tout le moins, indiquée et les conclusions du recours ne paraissaient pas d'emblée vouées à l'échec. L'assistance judiciaire peut par conséquent être accordée à la recourante et Me C. peut être commise d'office.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.
2. Accorde l'assistance judiciaire à X. et désigne Me C. en qualité de mandataire d'office.
3. Statue sans frais.
4. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 10 décembre 2013

1 Les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais suivants de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis:

a.

frais de traitement dentaire;

b.

frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires;

c.

frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin;

d.

frais liés à un régime alimentaire particulier;

e.

frais de transport vers le centre de soins le plus proche;

f.

frais de moyens auxiliaires;

g.

frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal1.

2 Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations.

3 Les cantons peuvent fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Par année, ceux-ci ne peuvent toutefois être inférieurs aux montants suivants:

a.

pour les personnes vivant à domicile

1.

personnes seules ou veuves,

conjoints de personnes vivant dans un home ou un hôpital:

25 000 francs

2.

couples:

50 000 francs

3.

orphelins de père et de mère:

10 000 francs

b.

pour les personnes vivant dans un home ou un hôpital

6 000 francs

4 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'al. 3, let. a, ch. 1, s'élève à 90 000 francs 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. 2 Le Conseil fédéral règle l'augmentation de ce montant pour les personnes dont l'impotence est moyenne ainsi que l'augmentation du montant pour les couples.

5 L'augmentation prévue à l'al. 4 subsiste pour les personnes bénéficiant d'une allocation pour impotent de l'AVS qui percevaient auparavant une allocation pour impotent de l'AI.

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

7 Les cantons peuvent rembourser directement au fournisseur les frais facturés qui n'ont pas encore été acquittés.

1RS832.102 Nouvelle teneur selon le ch. 5 de l'annexe à la LF du 18 mars 2011 (6^{re} révision de l'AI, premier volet), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO20115659; FF20101647).

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