

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 354 vom 26. Mai 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-05-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__354

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 354 du 26 mai 2021

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 354 del 26 maggio 2021

Regeste

ALIMENTATION, OMPC, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, LOI FÉDÉRALE SUR LES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À L'AVS ET À L'AI, FORFAIT, MAXIMUM | 14 al. 1 let. d LPC, 3 al. 1 let. b LPC, 9 OMPC, 19 RLVPC

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 26.05.2021 Arrêt / 2021 / 354

ALIMENTATION, OMPC, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, LOI FÉDÉRALE SUR LES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À L'AVS ET À L'AI, FORFAIT, MAXIMUM | 14 al. 1 let. d LPC, 3 al. 1 let. b LPC, 9 OMPC, 19 RLVPC

TRIBUNAL CANTONAL PC 31/20 - 14/2021 ZH20.048608 COUR DES ASSURANC ES SOCIALES _____ Arrêt du 26 mai 2021

_____ Composition : Mme Brélaz Braillard , juge unique Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : P. _____ , à [...], recourante, et Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS , à Vevey, intimée. _____ Art. 3 al. 1 let. b et 14 al. 1 let. d LPC ; 19 al. 1 let. d, 45 al. 2 et 52 al. 2 let. b RLVPC-RFM E n f a i t : A. a) P. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice d'une rente d'invalidité, a droit à des prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité. Le 13 janvier 2015, l'assurée a déposé auprès de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse ou l'intimée) une demande d'indemnisation concernant ses frais de régime alimentaire. Par décision du 26 février 2015, la Caisse a accordé à l'intéressée une allocation mensuelle d'un montant de 619 fr. dès le 1 er janvier 2015. Par décision du 22 mars 2016, rendue au terme de la révision périodique du dossier, la Caisse a accordé à l'assurée un montant de 776 fr. par mois à compter du 1 er février 2016, au titre d'allocation pour frais de régime. b) Par communication du 20 décembre 2019, la Caisse a informé l'assurée que, dès le 1 er janvier 2020, les dispositions cantonales en matière de régime alimentaire limiteraient le montant de l'allocation pour frais de régime à 175 fr. par mois, respectivement 2'100 fr. par an. L'intéressée était par ailleurs rendue attentive au fait que la prochaine réévaluation du cas interviendrait durant le troisième trimestre de l'année 2020 et que, jusqu'à cette échéance, elle continuerait de percevoir le montant mensuel accordé de 776 francs. Son attention était en outre attirée sur le fait qu'à la suite de la révision en question l'allocation ne pourrait plus excéder le montant de 175 fr. par mois. Le 15 juillet 2020, le diététicien du CMS de [...] a adressé à la Caisse un formulaire d'évaluation des frais de régime alimentaire de l'assurée. Sur ce formulaire, il indiquait un surcoût mensuel pour régime alimentaire particulier de 175 fr. pour des intolérances au gluten et au lactose, ainsi qu'une dénutrition et des troubles digestifs. Le diététicien a également joint une formule signée le même jour par le médecin traitant attestant du fait que l'assurée devait suivre un régime alimentaire au motif de

maladie. Ce régime, de durée indéterminée, était indispensable à la survie de l'intéressée. La prochaine réévaluation du cas était prévue le 1^{er} août 2024. Par décision du 12 août 2020, la Caisse a réévalué le montant de l'allocation mensuelle accordée à l'assurée en le fixant à 175 fr. dès le 1^{er} septembre 2020. Par envoi du 25 août 2020, l'assurée s'est opposée à cette décision en estimant avoir droit au maintien du versement de l'allocation pour frais de régime d'un montant de 776 fr. par mois, au lieu de 175 francs. Elle faisait valoir qu'une prestation d'un montant plus élevé lui était indispensable pour financer son régime alimentaire spécial. Par décision sur opposition du 3 septembre 2020, la Caisse a rejeté l'opposition de l'assurée et a confirmé sa décision du 12 août 2020 de ne lui allouer qu'un montant de 175 fr. par mois correspondant au plafond du montant forfaitaire en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020 selon les nouvelles dispositions cantonales en matière de remboursement des frais diététiques dès le 1^{er} septembre 2020. B. Par recours déposé le 14 septembre 2020 (timbre postal) à l'encontre de la décision précitée, complété le 19 octobre 2020, devant la Caisse qui l'a transmis le 26 novembre 2020 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence, P._____ a contesté le bien-fondé du montant de 175 fr. retenu par le diététicien du CMS au titre de surcoût lié à son régime alimentaire particulier. Elle déplorait l'absence d'une évaluation concrète de sa situation, en s'étonnant du fait que cela n'ait pas été fait comme lors des décisions précédentes jusqu'en 2016. Dans sa réponse du 5 janvier 2021, la Caisse a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a observé que la recourante avait bénéficié, conformément aux dispositions transitoires, d'un remboursement mensuel de 776 fr. durant une période de huit mois après l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2020, des nouvelles dispositions (art. 45 al. 2 RLVPC-RFM [règlement 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 du 1^{er} mai 2019 ; BLV 831.21.1]). L'intimée a ajouté qu'une seconde évaluation n'était pas nécessaire, le diététicien ayant accordé le maximum légal. Le 22 janvier 2021, dans sa réplique, la recourante a persisté dans ses précédentes conclusions. Répertoriant ses multiples ennuis de santé, elle a produit diverses pièces médicales dont un rapport du 21 janvier 2021 de son médecin traitant ; elle rappelait à cet égard que son état de santé défaillant la contraignait à devoir suivre un régime alimentaire particulier à vie. Elle alléguait ne plus pouvoir assumer le financement de ses régimes sans gluten, sans lactose et la micro nutrition. Selon ses dires, même l'allocation précédente de 776 fr. par mois ne couvrait pas la totalité de ses frais alimentaires spécifiques. Le nouveau montant de 175 fr. était donc très largement insuffisant en comparaison des frais d'acquisition de nutrition spéciale. Enfin, la recourante a émis des critiques envers le juriste de l'intimée en déplorant des propos blessants tenus vis-à-vis d'elle dans le cadre du dépôt du recours. Par duplique du 2 février 2021, la Caisse intimée a maintenu sa position. Elle ne pouvait verser une allocation pour frais de régime d'un montant supérieur au plafond légal. Réfutant les accusations dirigées envers son juriste, elle renvoyait pour le surplus aux arguments présentés dans le cadre de sa réponse du 5 janvier 2021. E n d r o i t : 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 fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI ; RS 831.30). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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, 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]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit de la recourante au remboursement, à titre de prestations complémentaires, du surcoût lié au régime alimentaire particulier qu'elle doit suivre en raison de son intolérance au gluten et au lactose ainsi que de sa dénutrition et de ses troubles digestifs. Elle prétend en particulier à un montant supérieur au montant forfaitaire de 175 fr. par mois alloué par l'intimée dès le 1^{er} septembre 2020. 3. a) La LPC opère une distinction entre la prestation complémentaire annuelle et le remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 LPC). Ceux-ci ne sont pas pris en considération dans le cadre de la fixation du droit à la prestation complémentaire annuelle, mais font l'objet d'un remboursement séparé, en principe une fois par année. En vertu de l'art. 3 al. 1 let. b LPC, les prestations complémentaires comprennent le remboursement des frais de maladie et d'invalidité. Depuis l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 de la RPT (réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons), le financement des frais de maladie est entièrement passé aux cantons (art. 16 LPC). La LPC ne fait dès lors état que de conditions-cadres, laissant aux cantons le soin de régler les spécificités du remboursement. Ces changements ont abouti à la suppression de l'ordonnance relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires du 29 décembre 1997 édictée par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) qui réglait en détail l'étendue de la prise en charge des diverses prestations (OMPC). Par ailleurs, si des frais de maladie et d'invalidité ne peuvent pas être remboursés par le biais des prestations complémentaires, une demande peut être présentée pour une éventuelle aide à Pro Senectute (pour les assurés au bénéfice d'une rente de vieillesse) ou à Pro Infirmis (pour les assurés qui n'ont pas encore atteint l'âge de la retraite), pour autant que le bénéficiaire d'une prestation complémentaire ne soit pas en home. Cela étant précisé, conformément à l'art. 14 al. 1 let. d LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais liés à un régime alimentaire particulier s'ils sont dûment établis. Le canton compétent pour le remboursement des frais de maladie et d'invalidité est celui dans lequel le bénéficiaire de prestations complémentaires était domicilié lorsque le traitement ou l'achat a eu lieu. b) Dans le Canton de Vaud, s'agissant des compétences dévolues au canton par la législation fédérale, le Conseil d'Etat, dans le règlement, peut, conformément à l'article 14, alinéas 2, 3 et 7 LPC, fixer 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 (art. 3 al. 1 let. f LVPC [loi cantonale du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité ; BLV 831.21]). c) Le règlement 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 du 1^{er} mai 2019 (RLVPC-RFM ; BLV 831.21.1) est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2020 (art. 53 RLVPC-RFM). Conformément à l'article 3, alinéa 1, lettre f LVPC, le règlement fixe les limites du remboursement des frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, aux bénéficiaires de PC AVS/AI. Selon ce règlement, les frais liés à un régime alimentaire particulier 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 (art. 19 al. 1 let. d RLVPC-RFM). L'art. 45 al. 2 RLVPC-RFM prévoit que le montant maximal reconnu est de 175 fr. par mois et de 2'100 fr. par année. Selon l'art. 52 al. 2 let. b RLVPC-RFM, les décisions plus favorables rendues préalablement à l'entrée en vigueur de ce règlement continuent à s'appliquer jusqu'à la prochaine réévaluation quadriennale du dossier du bénéficiaire dans le domaine des frais liés à un régime alimentaire. d) Le règlement d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 9 janvier 2008 (RLVPC), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2019, renvoyait pour sa part à l'art. 9 aOMPC, laquelle ordonnance a été abrogée le 31 décembre 2007. Aux termes de l'art. 9 aOMPC, les frais supplémentaires, dûment établis, occasionnés par un régime alimentaire prescrit par un médecin et indispensables à la survie de la personne assurée, sont considérés comme frais de maladie si ladite personne ne vit ni dans un home, ni dans un hôpital. Un montant annuel forfaitaire de 2'100 fr. est remboursé. e) L'art. 14 al. 1 LPC définit un catalogue de prestations dont les frais sont remboursables afin de garantir une pratique uniforme dans toute la Suisse. Les cantons doivent ainsi respecter les exigences minimales de cette disposition. Depuis l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 de la RPT, il leur appartient toutefois de préciser la nature et l'ampleur des frais de maladie et d'invalidité pouvant être remboursés dans chaque catégorie prévue par ce catalogue (art. 14 al. 2 LPC). Ils sont également libres de prévoir d'autres prestations remboursables mais ils n'y sont pas obligés et rien ne les empêche aussi de s'en tenir à la définition des prestations qui étaient remboursées conformément à l'ancienne OMPC (TF 9C_470/2013 du 11 octobre 2013 consid. 2.1 et 3.1). Selon le Tribunal fédéral, la jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne OMPC reste applicable lorsque, suite à l'entrée en vigueur de la RPT, le canton a édicté une réglementation en tous points similaires (TF 9C_470/2013 du 11 octobre 2013 consid. 3.1 ; TF 9C_576/2013 du 15 avril 2014 consid. 3.3 ; Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [Loi sur les prestations complémentaires, LPC], Genève/Zurich/Bâle 2015, n. 5 ad art. 14). Enfin, quand bien même la limite annuelle de 2'100 fr. prévue par l'art. 9 aOMPC était jugée contraire à la loi par certains auteurs de doctrine (cf. RALPH J ö HL, in U. Meyer [édit.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 3e éd., Bâle 2016, n. 368 pp. 1894 – 1895), la Haute Cour l'a cependant admise (TF 8C_553/2008 du 12 janvier 2009 consid. 4.1 ; TFA P 67/04 du 21 février 2006 consid. 1 ; TFA P 20/06 du 18 septembre 2006 consid. 2). 4. a) En l'espèce, la recourante s'est vu réduire sa prestation complémentaire en remboursement des frais médicaux relatifs à son régime alimentaire, de 776 fr. à 175 fr. par mois, avec effet dès le 1^{er} septembre 2020. Elle conteste cette diminution. b) En l'occurrence, la procédure a correctement été suivie par l'intimée, laquelle a informé la recourante de la prochaine diminution de sa prestation en accord avec l'indemnisation des frais de régime instaurée depuis le 1^{er} janvier 2020 par la législation vaudoise en matière de remboursement de frais médicaux. L'application des dispositions transitoires ont permis à l'intéressée de continuer à pouvoir bénéficier du montant mensuel de 776 fr. accordé sur la base de la décision du 22 mars 2016, plus favorable, rendue préalablement à l'entrée en vigueur du règlement, et ceci jusqu'à la prochaine révision du dossier (art. 52 al. 2 let. b RLVPC-RFM). Dès lors que la nouvelle évaluation du cas a conduit au remboursement du montant maximal de 175 fr. reconnu (cf. art. 45 al. 2 RLVPC-RFM), une seconde évaluation du surcoût mensuel du régime spécifique ne se justifiait donc pas. La limitation réglementaire étant en tous points similaire à l'art. 9

aOMPC, la Haute Cour a, dans ce cas, admis que la jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne OMPC reste applicable (cf. consid. 3e supra). Le plafonnement du remboursement à un montant de 175 fr. par mois, ou 2'100 fr. par an prévu par l'art. 45 al. 2 RLVPC-RFM ne viole donc pas la législation fédérale. Au-delà du régime transitoire dont elle a bénéficié durant huit mois (pour rappel, du 1^{er} janvier au 31 août 2020), la recourante n'a aucun droit acquis à continuer de toucher une prestation complémentaire en remboursement des frais médicaux d'un régime alimentaire spécial supérieure au plafond de 175 fr. par mois. Les pièces médicales produites à l'appui de la réplique du 22 janvier 2021 dont un rapport du 21 janvier 2021 du médecin traitant ne sont d'aucun secours à la recourante. En effet, ces éléments attestent de son état de santé défaillant en lien avec ses pathologies chroniques, respectivement de la nécessité d'une alimentation spécifique à vie ce qui n'est au demeurant pas contesté. Du reste, le rapport du médecin traitant n'est pas susceptible de remettre en question le bien-fondé de l'évaluation du diététicien du CMS datant de la mi-juillet 2020. Enfin, la recourante déplore l'attitude du juriste de l'intimée au motif qu'il lui aurait tenu des propos blessants après avoir eu connaissance du dépôt du recours devant la Cour de céans ce que l'intimée conteste au demeurant. Ces critiques qui ne sont pas documentées doivent par conséquent être comprises comme de simples allégations de partie, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les prendre en considération. c) Sur le vu de ce qui précède, la recourante a, au titre de remboursement des frais médicaux liés à son régime alimentaire particulier, droit à l'allocation, par la caisse intimée, d'un montant de 175 fr. par mois dès le 1^{er} septembre 2020, soit en l'occurrence le montant maximal reconnu par le règlement cantonal en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2020 (art. 45 al. 2 RLVPC-RFM). 5. a) En définitive, le recours mal fondé doit être rejeté et la décision sur opposition confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'est pas assistée et n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 3 septembre 2020 par la Caisse cantonale vaudoise de compensations AVS est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens. La juge unique :
Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ P._____, ■ Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, - Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), 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). Le greffier :

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