

VD_GERICHTE ZH10.026684 vom 26. Januar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-01-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZH10.026684

FR: VD_GERICHTE ZH10.026684 du 26 janvier 2011

IT: VD_GERICHTE ZH10.026684 del 26 gennaio 2011

Erwägungen

E. 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 versées en vertu du chapitre 2 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 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 (art. 56 al. 1 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent (art. 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). Déposé dans le délai légal (art. 60 al. 1 LPGA) compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA,

- 8 - applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 al. 1 LPGA), le recours est recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA- VD).

E. 2

a) Saisi d'un recours contre une décision rendue par une autorité compétente en matière d'assurances sociales, le juge ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Il n'est pas contesté que le risque de dénutrition présenté par le recourant nécessite un régime alimentaire spécifique; le litige porte ainsi exclusivement sur l'évaluation des frais supplémentaires liés au régime alimentaire particulier qu'il suit.

E. 3

a) En vertu de l'art. 3 al. 1 let. b LPC, les prestations complémentaires se composent du remboursement des frais de maladie et d'invalidité. L'art. 14 al. 1 let. d LPC dispose que les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais liés à un régime alimentaire particulier de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis.

- 9 - L'art. 19 RLVPC (règlement cantonal du 9 janvier 2008 d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, RSV 831.21.1) prévoit que par exception à l'art. 9 OMPC, le montant annuel de 2'100 fr. n'est pas pris en compte de manière forfaitaire mais fait l'objet d'une évaluation et d'une fixation au cas par cas par l'OMSV. Ce montant est révisé périodiquement. b) Le Département fédéral de l'intérieur (ci-après: le département) a édicté l'ordonnance du 29 décembre 1997 relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPC), laquelle 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 indispensable 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. Les conditions de l'art. 9 aOMPC sont cumulatives (TF 8C_553/2008 du 12 janvier 2009 c. 4.1). La jurisprudence considère que l'art. 9 aOMPC ne concerne pas n'importe quel régime alimentaire. Cette disposition a sa base légale dans la norme régissant le remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3d aLPC). Pour que l'on puisse admettre l'existence de frais de maladie au sens de cette disposition légale, il doit s'agir d'un régime alimentaire qualifié, ce que le département a précisé par les termes "indispensable à la survie de la personne assurée" (TFA P 16/03 du 30 novembre 2004 c. 4.4). Dans un arrêt P 47/05 du 6 avril 2006, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'un régime ou une diète n'est pas nécessairement lié à des frais plus élevés. Dans le cas d'un certain nombre de maladies, seuls quelques aliments doivent être évités. D'autres maladies nécessitent, en comparaison avec une "nourriture variée normale" (régime complet) une alimentation différente, sans pour autant que cela engendre des frais supplémentaires. Seules quelques rares

- 10 - maladies nécessitent une diète plus onéreuse qu'un régime complet. Tel n'est par exemple pas le cas du diabète selon la jurisprudence la plus récente (consid. 3.2 de l'arrêt précité). En revanche, le Tribunal fédéral des assurances a admis que la condition de surcroît des coûts était remplie dans le cas d'un assuré qui présentait une intolérance absolue à la lactose et qui, pour empêcher une dégénérescence de la rétine, devait consommer une nourriture sans levure (TF 8C_553/2008 du 12 janvier 2009 c. 4.2 et la référence).

E. 4

En l'espèce, les coûts supplémentaires induits par le régime alimentaire du recourant ont fait l'objet d'une évaluation par une diététicienne diplômée. Sur mandat de l'agence, elle a procédé à une évaluation des besoins nutritionnels du recourant sur la base de critères professionnels et a effectué une analyse consciencieuse afin d'évaluer le coût supplémentaire de l'alimentation préconisée, par rapport à une alimentation ordinaire. En raison des pathologies dont souffre le recourant, la diététicienne est parvenue à la conclusion que les frais supplémentaires susceptibles d'être remboursés se décomposaient à raison de 96 fr. par mois pour les viandes et les protéines et à raison de 87 fr. 10 par mois pour les compléments alimentaires en vitamines, soit 183 fr. par mois (montant arrondi). Le recourant conteste ce chiffre, arguant de son état de santé fragile et de sa situation financière précaire. Il estime qu'un montant supérieur devrait être retenu. L'évaluation à laquelle a procédé la diététicienne en 2008 a certes conduit à retenir un montant de 360 fr. par mois, mais le recourant n'en a en réalité jamais bénéficié puisque les frais de régime étaient alors plafonnés à 175 fr. par mois (montant dont le recourant a bénéficié jusqu'au 28 février 2010). Pour autant, son état de santé était alors différent car le recourant sortait

d'hospitalisation et son besoin en boissons nutritives était alors supérieur à celui qui peut lui être reconnu aujourd'hui. Comme déjà relevé, il n'est pas contesté que l'état de santé du recourant nécessite à long terme un régime alimentaire spécifique, ordonné par un médecin. Cependant, il convient de rappeler

- 11 - que le montant pris en compte fait l'objet d'une réévaluation périodique (art. 19 RLVPC). Cela étant, le recourant n'établit nullement que ses frais de régime seraient supérieurs à ceux pris en considération. Il ne fournit à cet égard aucun élément propre à infirmer l'évaluation à laquelle a procédé la diététicienne. Celle-ci déplore par ailleurs le manque de coopération du recourant, ce qui l'a conduite à faire une exception en tenant compte des compléments alimentaires dans le calcul du coût du régime alimentaire alors que tel n'est normalement pas le cas. En l'absence d'éléments probants permettant de justifier des dépenses régulières pour des produits diététiques prescrits pour un montant supérieur à celui qui a été accordé, il y a lieu de confirmer l'évaluation à laquelle a procédé la diététicienne et de reconnaître que les besoins nutritionnels du recourant s'établissent à 183 fr. par mois, montant qu'il convient de prendre en considération dans le calcul de la prestation complémentaire servie au recourant. Quant aux autres griefs du recourant, tenant au sentiment d'injustice ressenti et au mépris dont il s'estime avoir été l'objet, ils ne sont pas pertinents pour l'issue du litige, de sorte qu'il ne convient pas de les examiner plus avant. Il en va de même des accusations portées contre l'Hôpital S. _____.

E. 5

a) Il découle de ce qui précède que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision querellée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). c) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens au recourant, au demeurant non assisté, qui succombe (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs,

- 12 - la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision attaquée est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. La juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - M. Y. _____, - 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). Le greffier :

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