

VD_GERICHTE ZH12.046271 vom 19. April 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-04-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZH12.046271

FR: VD_GERICHTE ZH12.046271 du 19 avril 2013

IT: VD_GERICHTE ZH12.046271 del 19 aprile 2013

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent aux prestations versées en vertu du chapitre 2 de la LPC (loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI à moins que cette loi ne déroge expressément à la LPGA, 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 de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA) devant le tribunal compétent (art. 58 al. 1 LPGA), le recours est recevable en la forme. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, 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).

- 4 -

E. 2

Est litigieuse la question de savoir si les frais liés à l'alimentation spécifique suivie par B.M. _____ en raison de son diabète doivent faire l'objet d'une prestation complémentaire versée par la Caisse. a) En vertu de l'art. 3 al. 1 let. b LPC, les prestations complémentaires comprennent le 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. 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 consid. 4.1). c) L'art. 16 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), en vigueur depuis le 1er janvier 2008, stipule que, conformément aux art. 14 et 34 de la LPC, les frais de maladie et d'invalidité remboursés sont définis par analogie aux

art. 3 à 18 OMPC. Les art. 17 à 19 RLVPC sont réservés. L'art. 19 RLVPC prévoit que, par exception à l'art. 9 OMPC, le montant annuel de 2'100 fr. n'est pas pris en compte de manière

- 5 - forfaitaire mais fait l'objet d'une évaluation et d'une fixation au cas par cas par l'OMSV (Organe médico-social vaudois). Ce montant est révisé périodiquement. Dans le cadre des dispositions transitoires prévues à l'art. 36 LPC, les cantons étaient autorisés à faire application des art. 3 à 18 OMPC pendant une durée maximale de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la LPC, soit trois ans dès le 1er janvier 2008, le temps pour eux de légiférer. L'intimée ne peut donc plus se référer à l'OMPC. Le canton a apparemment laissé passer ce délai sans prévoir de nouvelle réglementation cantonale. Il s'agit d'une lacune authentique, puisque l'art. 14 al. 2 LPC impose aux cantons de réglementer ce type de frais. Il convient en l'espèce de considérer que le législateur cantonal aurait maintenu la législation telle qu'elle prévalait pendant la période de droit transitoire. En effet, s'il avait voulu s'en écarter, il aurait probablement édicté une nouvelle réglementation déjà pendant la période de droit transitoire. En plus, cette ancienne réglementation répond aux critères de la jurisprudence fédérale en matière de régime alimentaire particulier. Le recours doit donc être examiné sur la base de l'art. 14 al. 1 let. d LPC et de la jurisprudence rendue en relation avec l'art. 9 aOMPC. d) Selon la jurisprudence, l'art. 9 aOMPC ne concerne pas n'importe quel régime alimentaire. Pour que l'on puisse admettre l'existence de frais de maladie, il doit s'agir d'un régime alimentaire qualifié, ce que le département avait précisé par les termes "indispensable à la survie de la personne assurée" (TFA P 16/03 du 30 novembre 2004 consid. 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'était 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 maladies nécessitent une diète plus onéreuse qu'un régime complet. Tel n'est par exemple pas le

- 6 - cas du diabète selon la jurisprudence la plus récente (TF P 47/05 du 6 avril 2006 consid. 3.2). En l'espèce, il n'est pas contesté que B.M._____ souffre de diabète et doit de ce fait suivre un régime alimentaire spécifique. Dans sa jurisprudence, le Tribunal fédéral ne nie pas la nécessité, pour les diabétiques, de suivre un régime particulier mais il conteste le coût extraordinaire lié à celui-ci. A cet égard, le recourant ne démontre pas en quoi le régime de son épouse permettrait d'émettre une appréciation différente et le certificat médical qu'il produit, rédigé en termes extrêmement généraux, n'apporte pas d'autres précisions utiles sur ce point. Cela étant, c'est à juste titre que la Caisse a considéré que l'indemnité forfaitaire allouée à ce titre à B.M._____ devait à terme être supprimée.

E. 3

En définitive, le recours doit donc être rejeté et la décision attaquée confirmée. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer des dépens au recourant, au demeurant non assisté, qui succombe (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA- VD). Par ces motifs, le juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté.

- 7 - II. La décision sur opposition rendue le 11 juin 2012 par Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens. Le

juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - M. A.M._____ (pour Mme B.M._____), - 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.