

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

E. _____, à Lausanne, recourant,

et

CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS, à Clarens,
intimée.

**Art. 3 al. 1 let. b; art. 14 al. 1 let. d LPC; art 9a OMPC; art. 16 et
19 RLVPC**

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après: l'assuré), né en 1944, bénéficiaire, depuis le 1^{er} juin 2009, de prestations complémentaires (PC) à l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après: AVS) versées par la Caisse cantonale vaudoise de compensation (ci-après: la CCVD ou la caisse), agence de Lausanne.

Le 1^{er} juillet 2009, le Dr Z._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a adressé à la CCVD un formulaire attestant que l'assuré devait suivre un régime alimentaire indispensable à sa survie, en raison d'une obésité morbide et d'allergies alimentaires.

La CCVD a alors mandaté le Centre médico-social d'Ouchy (CMS), afin qu'il procède à une évaluation professionnelle des besoins alimentaires de l'assuré. J._____, diététicienne diplômée ES, au service de l'Association lausannoise pour la santé et le maintien à domicile (ALSMAD), a été chargée de cette évaluation.

Dans un courrier du 3 septembre 2009, cette diététicienne a mentionné ce qui suit:

"J'ai rencontré M. E._____ qui doit perdre du poids et suivre une alimentation adaptée à son diabète. Il s'agit d'une alimentation saine et équilibrée qui n'engendre pas de surcoût alimentaire par rapport à une alimentation dite normale, recommandée pour la population en général."

Elle joignait à ce courrier un document intitulé "formulaire d'évaluation concernant les bénéficiaires PC pouvant faire valoir le remboursement des frais de régime alimentaire", dans lequel elle précisait que l'assuré souffrait d'allergies alimentaires relatives aux fraises, concombres, oignons, choux ainsi qu'aux poivrons, et qu'il devait suivre un régime hypocalorique, pauvre en graisse et adapté aux diabétiques. Ce régime n'engendrait toutefois pas, selon elle, de surcoût mensuel.

B. Par décision du 1^{er} décembre 2009, la CCVD a refusé de prendre en charge les frais du régime alimentaire de l'assuré dans le calcul des prestations complémentaires, au motif que ce régime n'engendrait pas, selon l'évaluation effectuée par la diététicienne de l'ALSMAD, de frais supplémentaires importants.

E._____ a formé opposition à cette décision par courrier du 24 décembre 2009, au motif que l'évaluation du coût de son régime alimentaire par la diététicienne de l'ALSMAD n'était, selon lui, pas sérieuse. Il expliquait qu'il aurait fallu calculer concrètement le nombre de kilos qu'il devait perdre et la quantité de calories qu'il devait absorber chaque jour à cet effet, afin d'évaluer pour chaque aliment de son régime son poids et son coût. Il ajoutait que c'était la seule manière de déterminer si son régime alimentaire entraînait ou non un surcoût. Il y avait également lieu de prendre en compte, selon lui, les coûts relatifs aux apports culturel (livres, journaux spécialisés), sportif (marche piscine, sauna), et psychologique (changement d'ambiance, de gens, de lieux de ville), qui constituaient les compléments nécessaires à son régime alimentaire. L'assuré demandait dès lors qu'un nouveau rapport circonstancié sur son cas d'obésité soit établi par la diététicienne de l'ALSMAD et joignait divers documents à cet effet, dont un programme alimentaire établi par une diététicienne de l'Hôpital du Lavaux.

Dans un rapport circonstancié sur l'évaluation des frais de régime de l'assuré, daté du 29 mars 2010, la diététicienne de l'ALSMAD a indiqué ce qui suit:

"Poids:

M. E._____ pesait 113 kg pour 168 cm, ce qui correspond à un BMI de 40.07kg/m². Cette valeur indique effectivement une obésité morbide. Monsieur E._____ est diabétique non-insulino-dépendant traité avec des anti-diabétiques oraux et souffre d'hypertension artérielle. Il émet le souhait de perdre du poids et de suivre une alimentation en adéquation avec son diabète. Il a fixé un objectif de poids à 95kg.

Evaluation des besoins nutritionnels et coûts:

Monsieur a consulté plusieurs diététiciennes dans sa vie pour ses problèmes de poids. Il montre un programme alimentaire à 2000 kcal qu'il a reçu en août 2008 à l'Hôpital de Lavaux. Il ne l'a pas mis en pratique à domicile sur un long terme.

Calcul des besoins caloriques en fonction du poids, de la taille et âge et obésité (Annexe 1): 2250-2580 Kcal/jour

Besoins caloriques pour la population générale adulte (Annexe 1): 2500-2700 kcal

Les besoins caloriques de M. E. _____ ne sont pas plus élevés que ceux de la population générale. Monsieur a besoin d'une alimentation saine et équilibrée que ce soit pour perdre du poids que pour équilibrer son diabète. Aucune autre prescription [n']est à signaler. En partant du principe que tout le monde devrait manger de manière équilibrée et saine (recommandation de l'OMS pour la population en général), ses besoins nutritionnels (caloriques, protéiques, glucidiques et lipidiques) sont donc les mêmes que pour la population générale. Aucun frais supplémentaire n'est donc engendré pour M. E. _____.

D'autre part, M. E. _____ a mentionné des épisodes de compulsions alimentaires. Dans ce cas, l'objectif thérapeutique est de réguler le comportement alimentaire, c'est-à-dire de diminuer, voire stopper les compulsions alimentaires. Cette démarche permet de diminuer aussi les frais d'alimentation en lien avec les compulsions. J'ai ainsi proposé à M. E. _____ d'entreprendre une prise en charge spécifique à la consultation obésité à la Poly-Clinique Médicale Universitaire (PMU) de Lausanne. M. E. _____ a souhaité continuer la prise en charge avec moi. Je l'ai rencontré à 4 reprises de septembre à décembre 2009."

Par décision du 21 mai 2010, la caisse a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision querellée. Elle considérait en substance

que le régime alimentaire de l'assuré n'engendrait pas de coût supplémentaire. Il ressortait en effet du rapport de la diététicienne de l'ALSMAD que l'assuré avait besoin d'une alimentation saine et équilibrée pour perdre son surplus de poids et pour équilibrer son diabète, mais qu'il n'y avait pas d'autre prescription spéciale à respecter. La caisse ajoutait que l'assuré avait également la possibilité de se faire suivre par la consultation de l'obésité de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne, afin de mieux contrôler les épisodes de troubles compulsifs alimentaires.

C. Par acte du 25 juin 2010, E. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud. Il conclut à la réforme de la décision attaquée, en ce sens que les frais de son régime alimentaire sont inclus dans les prestations complémentaires, à hauteur du montant maximal admis. Il reproche en substance à la CCVD de s'être fondée uniquement sur le rapport d'évaluation de la diététicienne de l'ALSMAD, qui ne serait guère probant puisqu'il ne qualifierait pas les conséquences financières de son régime alimentaire, mais qu'il se limiterait à constater le nombre de calories qu'il doit consommer par jour pour perdre son surplus de poids.

Dans sa réponse du 30 août 2010, la caisse intimée préavise au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle maintient que le régime alimentaire dont l'assuré a besoin est une alimentation saine et équilibrée, adaptée à son diabète, qui n'engendre aucun surcoût par rapport à une alimentation dite normale, recommandée pour l'ensemble de la population. Elle ajoute que seules les dépenses inhabituelles peuvent conduire à la prise en charge d'une participation aux frais de régime, comme par exemple la contrainte de se nourrir avec des aliments spéciaux, qui ne font pas partie des achats de nourriture courants; ce qui en l'espèce ne serait pas le cas du recourant.

Dans ses déterminations du 30 septembre 2010, le recourant soutient encore que les aliments qu'il doit consommer en raison de ses problèmes de santé, tels que les aliments contenant des édulcorants ou

ceux pauvres en graisse, coûtent en moyenne 50% plus cher que les aliments habituels et qu'ils doivent par conséquent être considérés comme des aliments spéciaux devant être pris en charge au titre de frais de régime.

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 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), devant le tribunal 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).

2. Le recourant se plaint d'une violation des dispositions fédérales et cantonales applicables aux prestations complémentaires de l'AVS. Il soutient en définitive que les frais de son régime alimentaire

doivent faire l'objet d'une participation au titre de frais supplémentaires de maladie.

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.

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 1^{er} janvier 2008, stipule que conformément aux articles 14 et 34 de la LPC, les frais de maladie et d'invalidité remboursés sont définis par analogie aux articles 3 à 18 de l'ordonnance relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPC), dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2007. Les articles 17 à 19 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 forfaitaire mais fait l'objet d'une évaluation et d'une fixation au cas par cas par l'OMSV. Ce montant est révisé périodiquement.

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 au sens de cette disposition, 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 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'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 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 (TF P 47/05 du 6 avril 2006, consid. 3.2). 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 consid. 4.2 et la référence).

4. a) En l'espèce, les coûts induits par le régime alimentaire du recourant ont fait l'objet d'une analyse sérieuse par une diététicienne diplômée. Celle-ci a procédé à une évaluation des besoins nutritionnels du recourant sur la base de critères professionnels afin d'évaluer le coût de l'alimentation préconisée, par rapport à une alimentation ordinaire. Sur la base des pathologies présentées par le recourant (diabète non-insulino-dépendant, obésité morbide et hypertension), cette diététicienne est parvenue à la conclusion que le recourant avait besoin d'une alimentation saine et équilibrée pour perdre du poids et pour équilibrer son diabète,

mais qu'il n'y avait pas d'autre prescription spéciale à respecter. Elle a précisé que les besoins nutritionnels (caloriques, protéiques, glucidiques et lipidiques) du recourant, qui se situaient entre 2250 à 2580 Kcal/jour, alors que le besoin calorique pour la population générale adulte se situe entre 2500 à 2700 Kcal/jour, n'engendraient pas de surcoût par rapport à une alimentation dite normale recommandée à l'ensemble de la population. Le recourant reproche à la diététicienne de l'ALSMAD de ne pas avoir pris en compte la nature et le prix des aliments qu'il doit consommer en raison de ses problèmes de diabète et d'obésité, lesquels coûtent, selon lui, en moyenne 50% plus cher qu'une alimentation normale. Contrairement toutefois à ce que pense le recourant, les frais d'un régime alimentaire pour les personnes souffrant de diabète n'engendrent pas, selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, de coûts supplémentaires par rapport à une nourriture variée normale. Il en va de même des autres aliments préconisés en cas d'obésité, notamment des aliments pauvres en graisse et des fruits frais (cf. consid. 3d supra). Il ne fait ainsi pas de doute que les frais du régime alimentaire préconisé au recourant n'engendrent pas de surcoût par rapport à une alimentation saine et équilibrée, recommandée à l'ensemble de la population.

b) Dès lors que la condition du surcoût d'un régime alimentaire — condition nécessaire à la prise en charge dans le cadre des prestations complémentaires à l'AVS (cf. consid. 3d supra) — n'est pas réalisée, c'est à juste titre que la caisse intimée a refusé de tenir compte des frais du régime alimentaire de l'assuré dans le calcul des prestations complémentaires.

5. Le recours se révèle ainsi mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 21 mai 2010 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- M. E. _____
- 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: