

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 janvier 2011

Présidence de Mme THALMANN, juge unique
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Y._____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 3 al. 1 let. b et 14 al. 1 let. d LPC; 19 RLVPC

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après: l'assuré), né en 1947, ressortissant éthiopien, est au bénéfice de prestations complémentaires à l'AVS/AI versées par la Caisse cantonale vaudoise de compensation, agence de Lausanne (ci-après: la caisse).

Atteint dans sa santé, l'assuré a fait l'objet d'une consultation spécialisée à l'Hôpital S._____ (Service de neurologie) le 14 janvier 2008 au cours de laquelle les diagnostics de myopathie aiguë des soins intensifs et de meralgies paresthésiantes bilatérales ont été posés. Dans un rapport médical du 1^{er} février 2008, une rééducation précoce avec nutrition contrôlée était recommandée.

L'assuré a séjourné à l'Hôpital F._____. Le 4 février 2008, le Dr M._____, médecin auprès de cet Hôpital, a adressé à la caisse une demande de garantie de prise en charge des coûts pour l'alimentation artificielle à domicile. Il a évoqué un risque de dénutrition et a prescrit deux boissons nutritives par jour (Clinutren Fruit), l'objectif étant que l'assuré reprenne du poids et acquiert davantage d'endurance.

Le 14 août 2008, B._____, diététicienne diplômée ES au service de l'Association lausannoise pour la santé et le maintien à domicile (ALSMAD), a écrit ce qui suit à la caisse:

"(...)

J'ai rencontré M. Y._____ pour une évaluation de frais de régime. Monsieur a besoin d'une alimentation riche en énergie et en protéines qui entraîne un surcoût alimentaire. En effet, pour atteindre ces recommandations nutritionnelles, il doit consommer 2 boissons protéiques par jour. Je vous envoie la demande SVK remplie par son médecin lors de son séjour hospitalier à l'Hôpital F._____. Une ré-évaluation dans 4 mois sera nécessaire."

A cette lettre était joint le formulaire d'évaluation duquel ressort un surcoût mensuel en raison des frais supplémentaires pour

régime alimentaire de 360 fr., soit 4'320 fr. par année. Une réévaluation était prévue pour le 15 décembre 2008.

D'une note interne du 1^{er} décembre 2008 établie à la suite d'un entretien téléphonique entre une collaboratrice de l'Agence communale d'assurances sociales de Lausanne et un collaborateur de la caisse, il ressort que les régimes alimentaires dépassant le forfait de 2'100 fr. doivent être plafonnés à ce montant et être répertoriés.

Par décision du 15 décembre 2008, la caisse a tenu compte d'un forfait de 2'100 fr. au titre des frais de régime dans le calcul de la prestation complémentaire dès le 1^{er} février 2008.

Le 4 mai 2010, la directrice de l'ALSMAD a adressé à l'assuré une lettre qui contient les passages suivants:

"(...)

Depuis janvier 2008, la diététicienne de l'ALSMAD, Madame B._____, a reçu le mandat par les Prestations Complémentaires AVS/AI de Lausanne d'évaluer toute demande de remboursement de frais de régime. L'objectif est de calculer le surcoût alimentaire qu'engendre le régime alimentaire par rapport à une alimentation normale.

Mme B._____ vous a rencontré en août 2008 pour évaluer le montant des frais engendrés par votre régime riche en énergie et en protéines. Elle a estimé un surcoût se montant à fr. 360.-/mois.

Les Prestations complémentaires ont envoyé, le 25 mars 2010, une demande de ré-évaluation de vos besoins, ce qui est dans leurs règles d'attribution des subsides. C'est pourquoi Mme B._____ doit vous rencontrer. Elle évaluera à nouveau vos frais liés au régime de manière à informer les Prestations Complémentaires d'un éventuel changement de situation. L'évaluation se déroulera comme il y a 2 ans. Vous l'informerez du régime que vous suivez actuellement et des frais qui en découlent.

Mme B._____ a été mandatée pour suivre cette procédure sans aucune intention de nuire à votre situation, ni de vous juger; elle regrette beaucoup que son téléphone vous ait perturbé. Madame B._____ est l'unique diététicienne de l'ALSMAD; elle est donc la seule à pouvoir répondre à ce mandat des PC et viendra à votre rendez-vous du 12 mai prochain, avec surtout l'objectif de répondre au mieux à vos besoins, liés à votre situation de santé."

Le 3 juin 2010, B._____ a informé la caisse qu'elle avait procédé à une réévaluation des frais de régime de l'assuré, celui-ci continuant à suivre une alimentation spécifique supervisée par son médecin traitant. Le surcoût mensuel s'élève à 183 fr. (soit 2'196 fr. par année), la prochaine révision devant intervenir au mois de juin 2014.

Par décision du 21 juin 2010, la caisse a tenu compte de la réévaluation des frais de régime alimentaire à hauteur de 2'196 fr. dès le 1^{er} mars 2010.

L'assuré s'est opposé à cette décision.

D'une communication de service du 13 juillet 2010, établie par une collaboratrice de l'Agence communale d'assurances sociales de Lausanne, il ressort ce qui suit:

"En date du 3 juin 2010, Mme B._____ de l'ALSMAD a réévalué les frais de régime de notre assuré en compagnie d'une infirmière du CMS, vu les divers entretiens et courriers qu'elle avait déjà eus avec M. Y._____.

Elle a eu beaucoup de peine à évaluer les besoins de notre assuré car elle n'arrivait pas à savoir avec quels aliments il se nourrissait.

Mme B._____ a retenu le montant de Fr. 183.-- mois [qui se divise comme suit: Fr. 96.-- pour viandes et protéines et Fr. 87.10 pour les compléments alimentaires en vitamines (qui normalement ne sont pas pris en considération dans le calcul du régime, mais vu le manque de coopération de M. Y._____, Mme B._____ a fait une exception)].

En date du 25 juin 2010, M. Y._____ est passé à nos bureaux pour former opposition (si ce terme n'est pas expressément formulé dans la lettre qu'il m'a remise lors de son passage, l'intéressé a toutefois clairement indiqué que cet écrit correspondait à une opposition) contre notre décision PC dans laquelle nous tenions compte de Fr. 183.-- pour frais de régime. Auparavant, nous tenions compte de Fr. 175.--, soit une augmentation de Fr. 8.--.

M. Y._____ n'est pas d'accord avec ce chiffre, car en date du 15 décembre 2008, Mme B._____ avait évalué ses besoins à Fr. 360.-- par mois, mais à l'époque les frais de régime étaient encore plafonnés à Fr. 175.--.

Lors de notre entretien téléphonique du 2 juillet 2010, Mme B._____ m'a expliqué que ce montant n'était plus d'actualité. A l'époque notre assuré sortait d'une hospitalisation et il avait besoin

de 2 boissons hyperprotéinées par jour (qu'il ne prenait pas, soit dit en passant).

Dans son opposition, M. Y. _____ souhaiterait une nouvelle réévaluation, mais ne veut pas de Mme B. _____. Au sujet de cette dernière, il va très loin dans ses propos, il la qualifie d'hostile, méprisante, haineuse voire raciste !

Je lui ai bien fait comprendre que Mme B. _____ était la seule diététicienne mandatée par l'ALSMAD (voir copie du courrier de ladite association daté du 04 mai 2010 au dossier) et que personne d'autre ne pourrait s'en charger (pour information, le Canton de Vaud est partagé en 7 régions et chaque région est représentée par une diététicienne).

(...)"

Par décision sur opposition du 22 juillet 2010, la caisse a rejeté l'opposition et confirmé la décision querellée. Elle a notamment considéré ce qui suit:

"(...)

Dans le cadre d'une révision de votre dossier, nous avons fait procéder à une nouvelle évaluation de vos frais de régime.

Dite évaluation, effectuée par la diététicienne mandatée, a révélé un surcoût de vos frais alimentaires pour un montant de Fr. 183.-- par mois, montant pris en compte annuellement dans notre décision de prestations complémentaires par Fr. 2'196.--.

Vous avez contesté la décision précitée, la qualifiant d'insultante, touchant votre dignité, attribuant à la diététicienne mandatée des qualificatifs irrévérencieux. Vous faites valoir que la somme attribuée ne correspond pas à la réalité des coûts de la vie.

(...)

Les pathologies dont vous souffrez ont fait l'objet d'une analyse détaillée par la diététicienne mandatée spécifiquement, afin d'évaluer le coût supplémentaire de l'alimentation préconisée, par rapport à une alimentation normale.

Dans son rapport, la diététicienne a évalué les frais supplémentaires que vous devez assumer en raison de vos problèmes de dénutrition à Fr. 183.-- par mois, représentant pour vous une légère augmentation de vos prestations mensuelles de Fr. 8.--.

Un nouvel examen approfondi de votre situation nous apprend que l'évaluation faite en 2008 aboutissait à un montant supérieur (Fr. 360.-- par mois) dont vous n'avez dans les faits jamais bénéficié car les frais de régime étaient alors plafonnés à Fr. 175.-- par mois (montant qui vous était alors attribué). Votre état de santé était

toutefois différent car vous sortiez d'hospitalisation et votre besoin en boissons hyperprotéinées était alors supérieur.

Accessoirement, nous regrettons la perception extrêmement négative que vous avez de notre diététicienne qui a toutes les compétences pour satisfaire au mandat qui lui est confié et qui bénéficie de notre pleine confiance. Son évaluation est professionnelle et nullement dépendante de critères autres que médicaux et économiques, comme malheureusement vous le ressentez. Etant la seule personne qualifiée au service de notre structure d'évaluation, il n'est pas possible d'attribuer ce travail à un autre spécialiste.

(...)"

B. Le 16 août 2010, Y. _____ a recouru devant la juridiction de céans contre cette décision, concluant implicitement à sa réforme et à une évaluation de ses frais supplémentaires de régime alimentaire supérieure au montant de 183 fr. retenu. Il rappelle pour l'essentiel le déroulement des faits depuis sa sortie de l'Hôpital F. _____ le 7 février 2008 et s'estime lésé par une réévaluation pénalisante de ses besoins diététiques. Il déclare par ailleurs maintenir sa contestation au motif que sa situation financière est précaire et que sa santé est fragile.

Dans sa réponse du 16 septembre 2010, la caisse a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Elle a relevé que le recourant n'apportait pas d'éléments probants justifiant des dépenses régulières pour des produits diététiques prescrits pour un montant supérieur à celui qui a été accordé. Elle réfute en outre avec vigueur les allégations du recourant, aux termes desquelles il aurait été traité avec mépris et aurait fait l'objet d'un traitement discriminant.

Le 5 octobre 2010, le recourant souligne derechef que son état de santé nécessite une alimentation équilibrée et riche en protéines. Il réitère éprouver un sentiment d'injustice et estime que le montant pris en considération au titre des frais supplémentaires dus à son régime alimentaire est insuffisant. Il est en outre d'avis que son état actuel de santé serait imputable aux traitements prodigués à l'Hôpital S. _____. Il produit un rapport de son médecin traitant daté du 30 septembre 2010, dans lequel celui-ci pose notamment les diagnostics d'asthme bronchitique sévère, de rhino-conjonctivite allergique, d'allergie aux

acariens, d'hypersensibilité aux téguments de chat et aux pollens de bouleau, d'hyperlipidémie mixte, de suspicion de colite ischémique du côlon droit, d'hémorroïdes internes de stade III, de dorsolombalgies chroniques et de status après probable tuberculose traitée en Ethiopie en 1979. Ce praticien confirme que le recourant présente à la suite de son opération de nombreux épisodes de surinfection respiratoire et qu'il conserve une faiblesse à la suite de complications neurologiques apparues lors de son séjour aux soins intensifs. Il relève par ailleurs que d'importants diagnostics médicaux fragilisent sa situation de vie et que, outre un traitement médicamenteux passablement lourd, l'intéressé a recours à une série de compléments alimentaires, lesquels ont un effet bénéfique subjectif sur son état de santé.

Dupliquant le 22 octobre 2010, l'intimée a confirmé les termes et conclusions de son mémoire de réponse du 16 septembre 2010.

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) compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA,

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).

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.

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.

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

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).

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

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._____.

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,

**la juge unique
prononce :**

- 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 :