

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 décembre 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, juge unique  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

V. \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS**, à Vevey,  
intimée.

---

**Art. 48 RLVPC-RFM**

**E n f a i t :**

**A.** V. \_\_\_\_\_ (ci-après : le recourant ou l'assuré), né en [...], a sollicité de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse ou l'intimée), le 11 août 2020, le remboursement de prestations au titre de l'assurance-maladie obligatoire des soins (AOS) et lui a remis une liasse de décomptes de participations 2020. Selon ces pièces, la franchise annuelle contractuelle de l'intéressé pour 2020 est de 1'500 francs. La participation aux coûts supportés par la caisse-maladie (ou quote-part) est fixée à 700 fr. par an.

Le 12 août 2020, la Caisse a adressé à l'assuré une décision de remboursement de frais de maladie (RFM) sur la base des documents transmis le 11 août 2020. Il en ressort le « décompte de prestation / détail des remboursements de frais de maladie (RFM) » suivant :

Décompte de prestation / Détail des remboursements de frais de maladie (RFM)	Montant demandé CHF	Montant non reconnu CHF	Montant admis CHF
<b>Assuré concerné :</b> Franchise et quote-parts Facture du : 10.08.2020 (Demande n°: 512382207) mutuel Traitement du : 01.04.2020 au 12.06.2020 - Nous prenons en compte, par personne, Fr. 1'000.- au maximum par année pour franchise et participations.	379.75	-38.20	
<b>Montant mis à charge des RFM</b>			341.55
<b>Assuré concerné :</b> Franchise et quote-parts Facture du : 11.05.2020 (Demande n°: 512382211) mutuel Traitement du : 01.01.2020 au 21.03.2020	262.45		
<b>Montant mis à charge des RFM</b>			262.45
<b>Assuré concerné :</b> Franchise et quote-parts Facture du : 20.04.2020 (Demande n°: 512382213) mutuel Traitement du : 07.02.2020 au 28.02.2020	396.00		
<b>Montant mis à charge des RFM</b>			396.00
<b>Assuré concerné :</b> Franchise et quote-parts Facture du : 22.06.2020 (Demande n°: 512382217) mutuel Traitement du : 15.04.2020 au 20.05.2020 - Nous prenons en compte, par personne, Fr. 1'000.- au maximum par année pour franchise et participations.	182.70	-182.70	
<b>Montant mis à charge des RFM</b>			0.00
<b>Assuré concerné :</b> Franchise et quote-parts Facture du : 20.07.2020 (Demande n°: 512382219) mutuel Traitement du : 11.06.2020 au 12.06.2020 - Nous prenons en compte, par personne, Fr. 1'000.- au maximum par année pour franchise et participations.	285.95	-285.95	
<b>Montant mis à charge des RFM</b>			0.00

\*Table d'activités complétée à posteriori

Montant total mis à charge des RFM			1'000.00
- Dépassement de la quotité disponible *			0.00
- Excédent de revenu selon calcul PC annuel			0.00
Compensation de l'avance			0.00
Montant à rembourser par les RFM			1'000.00
Montant à rembourser par la DSAS			0.00
Total à rembourser			1'000.00

Notre versement interviendra ces prochains jours à

Cette décision fait état du refus d'une somme de 506 fr. 85 (38 fr. 20 + 182 fr. 70 + 285 fr. 95) en remboursement des frais de maladie (RFM) par la Caisse. Le motif invoqué à la base de cette décision est l'épuisement de la quotité disponible, à savoir un montant de 1'000 fr. par année et par adulte.

Aux termes d'un échange de courriers électroniques des 13 et 14 août 2020 entre la Caisse et l'assuré, ce dernier a sollicité le remboursement intégral du montant de 506 fr. 85. La Caisse l'a alors informé de l'opportunité de baisser sa franchise à option de l'assurance-maladie obligatoire des soins à 300 fr. pour la prochaine échéance contractuelle.

Le 17 août 2020, l'assuré s'est opposé à la décision du 12 août 2020 en réclamant à la Caisse le paiement du solde de 506 fr. 85 au titre de remboursement de frais de maladie. Il déplorait la répercussion de la décision querellée sur sa situation économique précaire.

Par décision sur opposition du 2 septembre 2020, la Caisse a rejeté l'opposition au motif que la quotité disponible relative à la franchise et la quote-part était déjà épuisée, empêchant le remboursement du montant de 506 fr. 85. En annexe à cette décision figurait un document intitulé « Notice PC – RFM », valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020, et dont on extrait ce qui suit :

“Le remboursement des frais de maladie (RFM)

[...]

LES FRAIS QUI PEUVENT ÊTRE PRIS EN CONSIDÉRATION

- Franchise et quote-parts facturées par les caisses-maladie : le remboursement est limité à CHF 1'000.- par année et

n'intervient que dans le cadre des franchise et quote-parts inhérentes à l'assurance-maladie obligatoire des soins. Il s'agit donc des premiers frais qui ne sont pas pris en charge par la caisse-maladie. Pour obtenir leur remboursement : présenter les décomptes originaux reçus de la caisse-maladie (*le remboursement est fait au bénéficiaire qui doit payer lui-même ses factures*)."

**B.** Par acte du 10 septembre 2020 (timbre postal), V. \_\_\_\_\_ a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant implicitement à sa réforme dans le sens d'une prise en charge des frais litigieux par la Caisse. A l'appui de sa contestation, il rediscute le bienfondé de l'Etat de droit de manière générale en faisant valoir que « ces mesures, ces lois ont naturellement tendance à aller dans le sens des objectifs de la santé pas pour tous, elles ne luttent pas contre les causes des inégalités en santé ». Il réitère par ailleurs sa demande « d'envisager la prise en compte de [sa] situation financière difficile ».

Dans sa réponse du 6 octobre 2020, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a conclu au rejet du recours, maintenant que « la décision sur opposition du 2 septembre 2020 est conforme [...] aux dispositions relatives aux PC-RFM ». L'intimée a également produit son dossier consultable au greffe du tribunal.

Une copie de cette écriture a été transmise au recourant pour son information.

### **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.

**2.** Le litige porte sur le montant de la participation de la Caisse aux coûts de prestations remboursées par l'assurance-maladie obligatoire des soins.

**3. a)** Conformément à l'art. 14 al. 1 let. g LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10). Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'alinéa premier. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (art. 14 al. 2 LPC).

**b)** Une réforme du droit des prestations complémentaires impliquant la modification de nombreuses dispositions est actuellement en cours ; son entrée en vigueur est fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2021. Dans le canton de Vaud, la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LVPC ; BLV 831.21), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019, prévoit que les personnes qui ont leur domicile dans le canton et qui remplissent les conditions de la LPC ont droit aux prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (art. 1 LVPC). Selon l'art. 3 al. 1 let. f LVPC, dans le cadre des compétences dévolues au canton par la législation fédérale, le Conseil d'Etat peut, conformément à l'article 14, alinéas 2, 3 et 7 LPC, fixer dans le règlement 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. Le Conseil d'Etat peut déléguer au département en charge des affaires sociales les compétences énumérées à l'alinéa premier, lettre f (art. 3 al. 2 LVPC).

Conformément à l'article 3, alinéa 1, lettre f LVPC, 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<sup>er</sup> mai 2019 (RLVPC-RFM ; BLV 831.21.1), entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020 (art. 53 RLVPC-RFM), fixe les limites du remboursement des frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, aux bénéficiaires de prestations complémentaires AVS/AI (art. 18 al. 1 RLVPC-RFM). Le bénéficiaire d'une prestation complémentaire annuelle qui présente un excédent de revenu déterminant égal ou inférieur à la prime moyenne cantonale de l'assurance-maladie obligatoire des soins a droit à la prise en charge, au sens du présent règlement, des frais de maladie et d'invalidité (art. 18 al. 2 RLVPC-RFM). Conformément à l'art. 48 RLVPC-RFM portant le titre marginal « Assurance obligatoire des soins » :

<sup>1</sup> Sont remboursés :

- a. la participation prévue par l'article 64 LAMal aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins, soit la franchise et la quote-part, (sans le frais de séjour en cas d'hospitalisation) en vertu de l'article 24 LAMal;
- b. les coûts des soins répercutés sur le bénéficiaire en application de l'article 25a, alinéa 5, LAMal.

<sup>2</sup> Si une personne opte pour une assurance avec une franchise plus élevée au sens de l'article 93 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102], la participation aux coûts mentionnée à l'alinéa premier, lettre a), est remboursée à hauteur d'un montant annuel maximum fixé dans la directive départementale.

<sup>3</sup> Le Département fixe dans la directive départementale les montants maximaux des remboursements."

Le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) a édicté la Directive RLVPC-RFM intitulée « Catalogue vaudois de remboursement des frais de maladie et d'invalidité (RFM) par les prestations complémentaires AVS/AI (PC) » du 31 octobre 2019, entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2020. Au chiffre « 8. Assurances sociales » de cette directive, la rubrique intitulée « Franchise et quote-part d'assurance-maladie » prévoit en particulier ce qui suit :

“Bases règlementaire / juridique

Art. 48 RLVPC-RFM

Description

La participation aux coûts prévue par l'article 64 LAMal est remboursée pour les coûts de prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'article 24 LAMal. Le remboursement est limité à 1'000 CHF par année civile (soit CHF 300.- à titre de franchise et CHF 700.- à titre de quote-part). Les frais non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ne sont pas pris en charge par le service PC/RFM (p. ex. CHF 15.-/jour de contribution aux frais de séjour, médicaments hors-liste).

Processus

- 1) Le bénéficiaire présente les décomptes originaux de son assurance-maladie au service PC/RFM.
- 2) Le service PC/RFM déduit les frais non pris en compte. [...]"

**4. a)** En l'espèce, l'autorité intimée a refusé un montant de 506 fr. 85 au titre de remboursement de frais de maladie (RFM) en raison de l'épuisement de la quotité disponible, à savoir un montant de 1'000 fr. par année et par adulte.

De son côté, le recourant critique l'Etat de droit de manière générale en affirmant que les règles du système ne « luttent pas contre les causes des inégalités en santé ». De plus, et comme il l'a déjà fait valoir dans le cadre de son opposition précédente, il demande la prise en compte de sa situation financière en vue d'« apporter le correctif pour ne pas s'en tenir à la peine de la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS ».

**b)** En l'occurrence, il est établi - et non contesté au demeurant - que, selon les décomptes de participations 2020 qu'il a transmis à l'intimée, le recourant a souscrit une franchise à option annuelle de 1'500 francs. La quote-part étant, quant à elle, de 700 fr. par an.

**aa)** Suivant le système mis en place, le droit fédéral prévoit que les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais payés au titre de la participation aux

coûts selon l'art. 64 LAMal, avec la précision que les prestations prises en considération doivent être économiques et adéquates. Dans le cadre des compétences dévolues par la législation fédérale, il incombe aux cantons de régler les modalités de remboursement des PC-RFM en respectant les limites ainsi posées. Dans le canton de Vaud, le bénéficiaire d'une prestation complémentaire annuelle qui présente un excédent de revenu déterminant égal ou inférieur à la prime moyenne cantonale de l'assurance-maladie obligatoire des soins a droit à la prise en charge des frais de maladie et d'invalidité. Le Conseil d'Etat a notamment fixé les limites au remboursement des frais de maladie et d'invalidité en vue de garantir des prestations qui doivent être économiques et adéquates. Ainsi, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est-elle tenue de rembourser la participation prévue par l'article 64 LAMal aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins, soit la franchise et la quote-part, (sans les frais de séjour en cas d'hospitalisation) en vertu de l'article 24 LAMal et les coûts des soins répercutés sur le bénéficiaire en application de l'article 25a, alinéa 5, LAMal (art. 48 al. 1 RLVPC-RFM). Le remboursement de la participation aux coûts des assurés prévue par l'assurance-maladie obligatoire des soins (AOS) est assumé par la Caisse à hauteur d'un montant de 1'000 fr. par année civile (à savoir, 300 fr. à titre de franchise et 700 fr. à titre de quote-part ; cf. chiffre 8 de la Directive RLVPC-RFM du 31 octobre 2019 édictée par le Département de la santé et de l'action sociale [DSAS] par renvoi de l'art. 48 al. 3 RLVPC-RFM). Il est prévu en particulier que, si une personne opte pour une assurance avec une franchise plus élevée au sens de l'article 93 OAMal, la participation aux coûts mentionnée à l'alinéa premier, lettre a), est remboursée à hauteur d'un montant annuel maximum fixé dans la directive départementale (art. 48 al. 2 RLVPC-RFM).

**bb)** En l'occurrence, il convient de constater que les règles qui prévalent en la matière ont été appliquées à bon escient. La Caisse intimée a limité le remboursement de la participation prévue par l'article 64 LAMal aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins, soit la franchise et la quote-part, (sans les frais de séjour en cas d'hospitalisation) en vertu de l'article 24 LAMal, à un

montant de 1'000 fr. par année civile, montant déjà atteint. Cela étant, le refus de prise en charge du solde de 506 fr. 85 par la Caisse est le résultat de la franchise annuelle de 1'500 fr. pour laquelle le recourant a opté en 2020 qui est supérieure au montant annuel maximum (300 fr.) fixé au chiffre 8 de la Directive RLVPC-RFM.

Comme l'observe à juste titre l'intimée dans sa réponse, dans la décision du 12 août 2020 accompagnée de la notice idoine, puis dans celle sur opposition querellée, le recourant a dûment été informé des règles applicables. Il a en outre été rendu attentif aux démarches à entreprendre envers son assureur-maladie, soit opter pour la prochaine échéance contractuelle pour une franchise annuelle de l'assurance-maladie obligatoire des soins à 300 fr. afin d'éviter qu'une telle situation ne se reproduise dans l'indemnisation de ses dépenses de santé. De surcroît, il a été rendu attentif à la possibilité de solliciter un subventionnement de ses primes de l'assurance obligatoire des soins auprès de l'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM), jusqu'à concurrence de la prime moyenne cantonale conformément aux règles applicables dans ce domaine.

**cc)** Le recourant réclame la prise en compte de sa situation financière pour obtenir le règlement par la caisse intimée de la somme de 506 fr. 85 restante au titre de remboursement de frais de maladie. Or, c'est le lieu de rappeler que le système et les règles des prestations complémentaires tiennent déjà compte des difficultés financières des bénéficiaires et que l'autorité ne peut pas s'écarter des règles en vigueur, sauf à créer alors une inégalité de traitement envers d'autres bénéficiaires qui sont dans une situation comparable à celle du recourant.

**c)** En définitive, la quotité disponible relative à la franchise et la quote-part était déjà épuisée, empêchant ainsi le remboursement d'un montant supplémentaire de 506 fr. 85. Dans ces conditions, le point de vue défendu par la caisse intimée sur le montant de sa participation aux coûts de prestations remboursées par l'assurance-maladie ne peut qu'être confirmé.

**5. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours 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), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant 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 2 septembre 2020 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS 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 :

- V. \_\_\_\_\_,
- 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 :