

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mai 2021

Composition : Mme DURUSSEL, juge unique

Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante,

et

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

**Art. 14 al. 1 let. d LPC ; 3 al. 1 let. f LVPC ; 45 al. 2, 51 et 52
RLVPC-RFM**

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a droit à des prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité. A ce titre, elle a été mise au bénéfice d'une allocation pour frais de régime alimentaire, régulièrement réévaluée. Par décision du 21 novembre 2014, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse ou l'intimée) a fixé le montant de l'allocation à 296 fr. 50 par mois à compter du 1^{er} mars 2014. Le montant de 296 fr. 50 a été confirmé en dernier lieu par décision du 26 juillet 2019.

Le 20 décembre 2019, la Caisse a informé l'assurée du fait que de nouvelles dispositions légales seraient applicables dès le 1^{er} janvier 2020, plafonnant le montant de l'allocation pour frais de régime alimentaire à 175 fr. par mois, soit 2100 fr. par an. En tant qu'elle percevait un montant plus élevé avant l'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions, l'assurée bénéficierait du droit acquis jusqu'à la prochaine révision de sa situation, fixée au 3^e trimestre de l'année 2020.

La procédure de réévaluation a débuté le 6 juillet 2020. Répondant le 4 août 2020 à un questionnaire de la Caisse, le Dr I._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a indiqué que sa patiente devait suivre un régime alimentaire riche en protéines et en énergie, pauvre en lactose, sans gluten et riche en fibre. Indispensable à la survie de l'intéressée, ce régime était prescrit pour toute l'année 2020 en raison d'une maladie du système digestif et d'allergies alimentaires.

Le 4 septembre 2020, la diététicienne Y._____ a adressé à la Caisse le formulaire d'évaluation des frais de régime de l'assurée. Il ressort de ce document que l'intéressée subit un surcoût mensuel de 296 fr. 50 en lien avec une intolérance au gluten, une intolérance au lactose et des troubles digestifs.

Par décision du 1^{er} décembre 2020, la Caisse a constaté que le montant des frais de régime avait été évalué à 296 fr. 50 par une

diététicienne. Le montant de l'allocation étant toutefois plafonné à 175 fr. par mois, soit 2100 fr. par année, l'indemnisation mensuelle octroyée à l'assurée était fixée à ce montant à compter du 1^{er} janvier 2021.

L'assurée a formé opposition à cette décision par acte du 28 décembre 2020. Faisant valoir que son régime alimentaire spécial, prescrit de longue date, ainsi que d'autres thérapies non prises en charge par la caisse, étaient vitaux pour maintenir son état de santé tout en diminuant sa dépendance à des traitements lourds à la charge du système de santé, elle concluait au maintien du montant de l'allocation à 296 fr. 50.

Par décision sur opposition du 7 janvier 2021, la Caisse a rejeté le recours, au motif que l'assurée s'était vue octroyer, au terme du réexamen périodique de son droit et conformément aux dispositions légales transitoires, le montant maximal de l'allocation en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2020 pour le surcoût lié à son régime alimentaire.

B. Par acte du 5 février 2021, K. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition rendue le 7 janvier 2021, concluant au maintien de l'allocation pour frais de régime alimentaire au montant de 296 fr. 50. Insistant sur le caractère indispensable du régime qui lui était prescrit et d'autres thérapies qu'elle devait financer elle-même, elle faisait valoir qu'en raison de la baisse de son allocation, sa rente mensuelle totale ne lui permettait plus de couvrir les frais liés à son régime spécial en sus de ses autres frais indispensables pour vivre.

Dans sa réponse du 22 février 2021, la Caisse a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, en relevant qu'il s'agissait de se conformer à la volonté du législateur et ainsi de respecter l'égalité de traitement avec d'autres assurés dont la situation est comparable à celle de la recourante. Elle rappelait en outre que l'intéressée avait été informée à l'avance du changement de législation au 1^{er} janvier 2020 et qu'elle avait pu bénéficier de l'application du droit antérieur pendant toute une année.

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.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le montant des prestations complémentaires allouées à la recourante, plus précisément sur le montant de l'allocation pour ses frais de régime alimentaire.

3. a) Aux termes de l'art. 2 LPC, la Confédération et les cantons accordent aux personnes qui remplissent les conditions fixées aux art. 4 et 6 LPC, des prestations complémentaires destinées à la couverture des besoins vitaux (al. 1), les cantons pouvant allouer des prestations allant au-delà de celles qui sont prévues par la loi fédérale et fixer les conditions d'octroi de ces prestations (al. 2, 1^{re} phrase).

Selon l'art. 3 LPC, les prestations complémentaires se composent d'une prestation annuelle en espèce (al. 1, let. a, et al. 2), ainsi que du remboursement des frais de maladie et d'invalidité par une

prestation en nature (al. 1, let. b, et al. 2). Conformément à l'art. 14 LPC, le remboursement des frais de maladie et d'invalidité sont à la charge des cantons, et comprennent notamment les frais liés à un régime alimentaire particulier (al. 1, let. d). Les cantons précisent quels frais sont remboursés en vertu de l'art. 14 al. 1 LPC et sont autorisés à limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (art. 14 al. 2 LPC). Ils peuvent en outre fixer, dans la limites des seuils fixés par la loi fédérale, les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle (art. 14 al. 3 à 6 LPC).

b) L'actuelle LPC est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, abrogeant en même temps la loi du même nom du 19 mars 1965 (art. 35 LPC). L'OMPC (ordonnance fédérale du 29 décembre 1997 relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires ; RS 831.301.1) a également été abrogée au 1^{er} janvier 2008.

Cette modification s'inscrit dans le cadre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), avec pour conséquence qu'il appartient désormais aux cantons de préciser les frais remboursables, en respectant les exigences minimales de l'art. 14 LPC (ATF 142 V 349 consid. 6.2 ; TF 9C_470/2013 du 11 octobre 2013 consid. 2.1). Les art. 3 à 18 OMPC sont néanmoins restés applicables par analogie durant les trois ans qui ont suivi l'entrée en vigueur de la nouvelle LPC dans les cantons qui n'avaient pas encore pris de dispositions (art. 34 LPC). Par la suite, la jurisprudence a déterminé que les exigences minimales de l'art. 14 LPC étaient respectées notamment si la disposition cantonale était en tous points similaire à l'OMPC, considérant que législateur cantonal manifestait de cette manière l'intention de ne pas élargir le catalogue des prestations reconnues jusqu'alors par l'OMPC (cf. TF 9C_470/2013 du 11 octobre 2013 consid. 3.1).

c) Dans le Canton de Vaud, l'art. 3 al. 1 let. f LVPC (loi cantonale vaudoise du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité ; BLV 831.21) prévoit que la fixation des limites au remboursement des frais de maladie et d'invalidité, ainsi que la désignation des frais directement remboursés au fournisseur peuvent être fixés par le Conseil d'Etat dans un règlement, en précisant que les prestations prises en considération doivent être économiques et adéquates.

Le Conseil d'Etat a adopté, le 9 janvier 2008, le règlement d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (RLVPC ; BLV 831.21.1). L'art. 19 RLVPC, se référant au forfait annuel de 2100 fr. prévu à l'art. 9 OMPC, prévoyait que le remboursement ne se ferait pas de manière forfaitaire mais selon une évaluation et une fixation au cas par cas par l'office compétant, avec une révision périodique.

Le RLVPC a cependant été abrogé avec l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2020, du Règlement cantonal vaudois 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^{er} mai 2019 (RLVPC-RFM ; cf. art. 51), dont l'art. 45 al. 2 prévoit que le montant maximal reconnu à titre de frais de régime alimentaire est de 175 fr. par mois et de 2100 fr. par année. L'art. 52 RLVPC-RFM, intitulé dispositions transitoires concernant le remboursement de frais de maladie et d'invalidité, prévoit cependant que les décisions plus favorables rendues préalablement à l'entrée en vigueur du nouveau règlement, notamment en matière de frais liés à un régime alimentaire, continuent à s'appliquer jusqu'à la prochaine réévaluation quadriennale du dossier du bénéficiaire (al. 2 let. b).

d) La législation en matière d'assurances sociales ne reconnaît qu'exceptionnellement l'existence de droits acquis. Selon la jurisprudence en effet, les prétentions pécuniaires ne deviennent des droits acquis que si

la loi ou le règlement fixe une fois pour toutes les situations particulières et les soustrait aux effets des modifications légales ou réglementaires ou lorsqu'ont été données des assurances précises à l'occasion d'un engagement individuel (cf. ATF 124 V 271 consid. 2b ; TF 9C_140/2009 du 2 novembre 2009 consid. 4.3).

4. a) En l'espèce, la recourante a vu sa prestation complémentaire en remboursement de frais médicaux relatifs à son régime alimentaire passer de 296 fr. 50 par mois à 175 fr. par mois à compter du 1^{er} janvier 2021.

En octroyant un montant de 175 fr. par mois, la Caisse ne remet en cause ni la nécessité du régime alimentaire suivi par la recourante ni le surcoût qu'il engendre. Elle a en effet constaté que les conditions d'octroi de la prestation étaient remplies et que le surcoût était évalué à 296 fr. 50. Elle a simplement appliqué le montant maximal prévu par la réglementation en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020. Cette décision intervient à l'occasion d'une réévaluation périodique de la prestation octroyée et le nouveau montant alloué prend effet au 1^{er} janvier 2021, ce qui est conforme aux dispositions transitoires du nouveau règlement. De ce fait, la Caisse a correctement appliqué le droit en vigueur.

b) La recourante fait valoir qu'elle doit continuer à bénéficier du montant de 296 fr. 50 par mois, qu'elle percevait depuis plusieurs années.

A cet égard, il est constant que la recourante a bénéficié durant plusieurs années du versement de ce montant, qui correspondait à l'entier du surcoût lié à son régime alimentaire particulier, conformément à l'art. 19 RLVPC adopté le 9 janvier 2008. Cependant, l'intéressée ne peut pas se prévaloir de l'existence d'un droit acquis pour exiger le maintien de la prestation obtenue jusqu'au 31 décembre 2020. En effet, un tel droit n'est inscrit ni dans la LPC ni dans la LVPC, tandis que le nouveau RLVPC-RFM règle justement les modalités relatives à l'application du nouveau

droit aux personnes qui, comme la recourante, bénéficiaient déjà de la prestation avant le 1^{er} janvier 2020.

Par ailleurs, la recourante a été informée, dès la fin de l'année 2019, du changement législatif à intervenir, des conséquences de celui-ci sur la prestation qu'elle percevait, ainsi que du délai dans lequel il serait appliqué. Par conséquent, elle ne peut pas non plus se prévaloir d'un engagement de la Caisse à continuer de verser le même montant. Une exception à la législation en vigueur au nom de la protection de la bonne foi n'entre pas non plus en ligne de compte. Celle-ci n'est en effet protégée que lorsque cinq conditions cumulatives sont réunies, à savoir en particulier que la personne assurée a obtenu un renseignement ou une décision erronée, qu'elle a pris sur cette base des dispositions auxquelles elle ne saurait renoncer sans subir des préjudices et que la législation n'a pas changé entre-temps (cf. ATF131 II 627 consid. 6.1). Ces trois conditions ne sont manifestement pas remplies en l'occurrence, au contraire.

c) Enfin, il y a lieu de constater que le montant prévu par l'art. 45 al. 2 RLVPC-RFM correspond à celui qui figurait à l'art. 9 aOMPC, soit 175 fr. par mois ou 2100 fr. par année.

Certes, cette modification marque un retour en arrière du canton de Vaud sur une volonté affichée en 2008 de se montrer plus généreux que ce qui était exigé par la législation fédérale. C'est d'ailleurs, selon toute vraisemblance, ce qui a amené le Conseil d'Etat à prévoir une mise en vigueur échelonnée du nouveau montant, respectivement la Caisse à informer individuellement les assurés concernés plusieurs mois avant que la modification ne devienne effective. Ces derniers pouvaient ainsi prendre leurs dispositions pour faire face à la prochaine baisse de leurs prestations complémentaires, par exemple en sollicitant de l'aide auprès d'autres organismes. Il n'en demeure pas moins que le nouveau montant reste dans les limites fixées par la législation fédérale, de sorte que son application doit être admise quand bien même elle péjore la situation financière de la recourante.

5. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition confirmée.

b) La procédure en matière de prestation devant le tribunal cantonal des assurances n'est soumise à des frais que si la loi spéciale le prévoit (art. 61 let. f^{bis} LPGA). Tel n'étant pas le cas s'agissant de la LPC, il n'est dès lors pas perçu de frais judiciaires.

c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non assistée, n'obtenant 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 7 janvier 2021 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 :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- K. _____,
- 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 :