

## Urteilkopf

123 V 252

45. Arrêt du 3 novembre 1997 dans la cause Office fédéral des assurances sociales contre T. et Tribunal des assurances du canton de Vaud

**Regeste (de):**

Art. 3 Abs. 4 lit. e und Abs. 4bis ELG, Art. 19 ELV, Art. 5 lit. c (alt) und Art. 11 Abs. 1bis (neu) ELKV: Abzug von Psychotherapiekosten im Bereiche der Ergänzungsleistungen. Das Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes bildet keinen Grund für die Aufgabe der bisherigen Rechtsprechung (BGE 108 V 235; ZAK 1992 S. 439) bezüglich der EL-rechtlich möglichen Erstattung von Psychotherapiekosten, welche durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG nicht gedeckt sind.

Art. 3d ELG (neu). Auswirkungen des neuen Gesetzes über die Ergänzungsleistungen auf die Vergütung solcher Kosten durch Ergänzungsleistungen.

**Regeste (fr):**

Art. 3 al. 4 let. e et al. 4bis LPC, art. 19 OPC-AVS/AI, art. 5 let. c (ancien) et art. 11 al. 1bis (nouveau) OMPC: Déduction des frais de psychothérapie dans le domaine des prestations complémentaires. L'entrée en vigueur de la LAMal ne justifie pas l'abandon de la jurisprudence (ATF 108 V 235; RCC 1992 p. 463) relative au remboursement par le régime des prestations complémentaires des frais de psychothérapie non couverts par l'assurance obligatoire des soins régie par la LAMal.

Art. 3d nouveau LPC. Incidence du nouveau droit sur la prise en charge de tels frais par le régime des prestations complémentaires.

**Regesto (it):**

Art. 3 cpv. 4 lett. e e cpv. 4bis LPC, art. 19 OPC-AVS/AI, vecchio art. 5 lett. c e nuovo art. 11 cpv. 1bis OMPC: Deduzione delle spese di una psicoterapia nell'ambito delle prestazioni complementari. L'entrata in vigore della LAMal non giustifica l'abbandono della giurisprudenza (DTF 108 V 235; RCC 1992 pag. 463) in tema di rimborso a carico del regime delle prestazioni complementari dei costi di una psicoterapia non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie istituita dalla medesima legge.

Nuovo art. 3d LPC. Incidenza del nuovo diritto sull'assunzione di tali spese in regime di prestazioni complementari.

Sachverhalt ab Seite 253

BGE 123 V 252 S. 253

A.- T., née en 1962, est au bénéfice d'une prestation complémentaire à une rente d'invalidité. Elle suit des séances de psychothérapie auprès de J., psycho-pédagogue indépendant, à Y. Jusqu'à la fin de l'année 1995, les frais de ce traitement ont été pris en charge par le régime des prestations complémentaires. Au mois de juillet 1996, l'assurée a transmis à la Caisse cantonale vaudoise de compensation des notes d'honoraires, d'un montant total de 7730 francs, pour des prestations fournies par le même psychothérapeute de janvier à juin 1996. Le 23 juillet 1996, la caisse de compensation a notifié à l'assurée qu'elle ne lui rembourserait pas ces frais de traitement, au motif qu'ils n'étaient désormais plus déductibles du revenu déterminant pour le calcul des prestations complémentaires.

B.- T. a recouru contre cette décision. Par jugement du 25 octobre 1996, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a admis le recours. Il a annulé la décision attaquée et il a renvoyé la cause à l'administration pour qu'elle complète l'instruction sur la nécessité pour l'assurée de suivre un

traitement de psychothérapie et sur l'existence d'une prescription médicale, et pour qu'elle rende ensuite une nouvelle décision.

C.- L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) interjette un recours de droit administratif en concluant à l'annulation de ce jugement et au rétablissement de la décision administrative du 23 juillet 1996. T. n'a pas fait usage de la faculté qui lui a été donnée de répondre au recours. La caisse de compensation déclare pour sa part ne pas avoir d'observations à formuler.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. Selon l'art. 3 al. 4 let. e LPC, sont déduits du revenu déterminant pour le calcul des prestations complémentaires, les frais, intervenus  
BGE 123 V 252 S. 254

durant l'année en cours et dûment établis, de séjour dans un home, de médecin, de dentiste, de pharmacie, d'hospitalisation et de soins à domicile, ainsi que de moyens auxiliaires. Il appartient au Conseil fédéral de préciser quels sont ces frais qui peuvent être déduits (art. 3 al. 4bis LPC). A l'art. 19 OPC-AVS/AI, le Conseil fédéral a délégué son pouvoir réglementaire au Département fédéral de l'intérieur (DFI), lequel a édicté l'ordonnance relative à la déduction des frais de maladie et de frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires, du 20 janvier 1971 (OMPC; RS 831.301.1). Dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995, l'art. 5 let. c OMPC permettait une déduction des "frais pour soins donnés à des malades dans la mesure où ils ne sont pas déjà couverts par une allocation pour impotent de l'assurance-vieillesse et survivants, de l'assurance-invalidité, de l'assurance-accidents, ou par une contribution aux soins spéciaux, conformément à l'art. 20, 1er alinéa, de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité". Sous l'empire de la LAMA, le Tribunal fédéral des assurances a jugé, à propos de cette disposition réglementaire, en corrélation avec l'art. 3 al. 4 let. e LPC déjà cité, que la notion de soins médicaux, dont les frais pouvaient être déduits du revenu déterminant selon la LPC, ne se recouvrait pas avec celle de soins médicaux d'après l'art. 12 LAMA. Celui-ci, en effet, avait pour but de définir les prestations minimales obligatoirement à la charge des caisses-maladie, tandis que l'art. 3 al. 4 let. e LPC vise, dans le cadre du régime des prestations complémentaires, à assurer la garantie d'un revenu minimum régulier aux bénéficiaires de rentes de l'AVS ou de l'AI (cf. ATF 113 V 285 consid. 5b). Aussi bien fallait-il considérer comme frais de maladie déductibles du revenu déterminant selon le droit des prestations complémentaires, toutes les mesures qui, en l'état des connaissances médicales, étaient nécessaires pour guérir, apaiser ou stabiliser un mal et qui n'étaient pas des mesures déductibles au titre de frais de médecin, de dentiste, de pharmacie, d'hospitalisation ou encore de moyens auxiliaires. S'agissant des frais de psychothérapie, ils devaient également être pris en considération si le traitement était nécessité par une atteinte à la santé psychique (ou même physique) et qu'il était prodigué par un psychologue ou un psychothérapeute (non médecin) indépendant, auquel le patient était adressé par un médecin ayant lui-même prescrit le traitement (ATF 108 V 235; SVR 1997, EL no 35 p. 105; RCC 1992 p. 465 consid. 3b; voir aussi: Stefan Werlen, Der Anspruch auf BGE 123 V 252 S. 255

Ergänzungsleistungen und deren Berechnung, thèse Fribourg 1995, p. 207; Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, p. 57 sv.).

2. a) L'office recourant soutient que cette jurisprudence n'est plus applicable depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996. Rappelant que l'assurance-maladie est devenue, sauf exceptions, obligatoire pour toute personne domiciliée en Suisse, il relève que l'introduction de cette obligation nécessitait une claire séparation entre l'assurance obligatoire et les assurances complémentaires. Le nouveau droit a étendu le catalogue des prestations obligatoires et a ainsi permis de combler des lacunes qui existaient du temps de la LAMA en ce qui concerne les soins médicaux "de base". L'office en déduit, en substance, que le régime des prestations complémentaires n'assume plus, comme par le passé, le rôle d'une assurance complémentaire des frais de maladie. Par conséquent, ce régime n'a plus à rembourser, en principe tout au moins, des frais de traitement non couverts par l'assurance obligatoire des soins régie par la LAMal, notamment les frais de psychothérapie non dispensée par un médecin (voir également dans ce sens: François Huber, Conséquences de la LAMal sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, Sécurité sociale 1/1996, p. 29 ss.; Pratique VSI 1996, p. 66). b) Contrairement à l'opinion du recourant, l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire ne constitue pas en soi une justification pertinente d'un changement de pratique en matière de déduction des frais de maladie dans le domaine des prestations complémentaires. Aucune norme sur laquelle se fonde la jurisprudence susmentionnée

n'a été modifiée quant à son contenu avec l'entrée en vigueur de la LAMal. L'ancien art. 5 let. c OMPC correspond à l'actuel art. 11 al. 1bis OMPC. Quant aux art. 3 al. 4bis LPC et 19 OPC-AVS/AI, ils ont subi, dès le 1er janvier 1996, des modifications sans rapport avec le problème ici en discussion. Il n'y a dès lors pas de motif d'admettre que la notion de soins médicaux dans le cadre de la LPC soit devenue plus restrictive que par le passé. Il est vrai que l'entrée en vigueur de la LAMal a eu des incidences, en réalité indirectes, sur le remboursement des frais de soins, dans le sens d'un transfert de certains coûts vers l'assurance-maladie. C'est le cas tout d'abord en ce qui concerne les bénéficiaires de prestations complémentaires qui n'étaient jusqu'alors pas affiliés à une caisse-maladie: ceux-ci pouvaient prétendre au remboursement de leurs frais  
BGE 123 V 252 S. 256

de maladie dans les limites de la quotité disponible, c'est-à-dire jusqu'à concurrence de la différence entre la limite de revenu augmentée (art. 2 al. 1bis LPC) et le montant de la prestation complémentaire effectivement versée (cf. Carigiet, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, p. 155 ad chiffre 3); pour ces personnes, un remboursement n'intervient plus par ce biais, en raison de l'obligation d'assurance introduite par la LAMal (art. 3 LAMal). Ensuite, l'instauration d'un catalogue étendu des prestations assurées (cf. art. 24 ss LAMal) a réduit d'autant les cas de prise en charge, par le régime des prestations complémentaires, de traitements qui n'étaient pas couverts par l'assurance-maladie du temps de la LAMA. Mais on ne saurait en conclure que le législateur, par l'adoption de la LAMal, ait voulu en même temps supprimer le remboursement par ce régime des frais de traitements qui, aujourd'hui comme autrefois, n'incombent pas obligatoirement aux assureurs-maladie, bien qu'ils puissent apparaître médicalement indiqués. La psychothérapie, non dispensée par un médecin, est une mesure qui, précisément, n'est actuellement pas prise en charge par l'assurance-maladie (cf. art. 25 al. 2 let. a chiffre 1 LAMal et art. 2 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [OPAS; RS 832.112.31]; à propos de l'ancien droit, voir ATF 110 V 187, ATF 107 V 46; RAMA 1995 no K 971 p. 182 consid. 4a). L'argument tiré d'une extension du catalogue des prestations obligatoires n'est pas convaincant. Cette extension est inhérente à la nouvelle structure de l'assurance-maladie (assurance obligatoire financée en principe par des primes égales pour un même assureur; cf. art. 61 al. 1 LAMal). Elle a pour but de garantir l'accès à des prestations uniformes pour tous les assurés. Les assureurs ne peuvent désormais offrir d'autres prestations que dans le cadre d'assurances complémentaires dont l'éventail des prestations varie d'un assureur à l'autre (message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 132). Ce but n'est pas incompatible avec l'objectif, déjà cité, de la garantie d'un revenu minimum régulier, poursuivi par l'art. 3 al. 4 let. e LPC. c) Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de revenir sur la jurisprudence susmentionnée. Ce n'est pas au Tribunal fédéral des assurances, mais au législateur, qu'il appartient d'apporter les restrictions qu'il jugerait nécessaires en ce domaine. Du reste, la modification de la LPC du 20 juin 1997 (troisième révision de la LPC; FF 1997 III 840), qui entrera en vigueur le 1er janvier 1998, paraît aller dans le sens voulu par le recourant. Elle contient, à son art. 3d, l'énumération suivante des frais  
BGE 123 V 252 S. 257

de maladie et d'invalidité qui seront remboursés: les frais de dentiste (let. a), les frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (let. b), les frais liés à un régime alimentaire particulier (let. c), certains frais de transport (let. d), les frais de moyens auxiliaires (let. e) et, enfin, les frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (let. f). Si les frais de médecin et de pharmacie ne sont plus mentionnés, c'est parce, selon les explications du Conseil fédéral, ils sont pris en charge par l'assurance-maladie (message concernant la troisième révision de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI du 20 novembre 1996, FF 1997 I 1149 ad ch. 213.1). On peut donc, de prime abord, en inférer que des déductions ne seront plus possibles pour des traitements de psychothérapie non couverts par l'assurance obligatoire des soins. On ne saurait toutefois en tirer de conclusion pour l'interprétation des dispositions actuellement en vigueur. Le nouvel art. 3d LPC montre au contraire qu'une modification de la LPC était nécessaire pour que le remboursement de frais de traitement en matière de prestations complémentaires soit à l'avenir mieux calqué sur celui de l'assurance-maladie. C'était précisément l'un des buts de la troisième révision de la LPC (voir à ce sujet l'intervention de la conseillère fédérale Dreifuss devant le Conseil des Etats, BO 1997 CE p. 616).

3. C'est donc à bon droit que les premiers juges ont prescrit à la caisse de prendre en charge les frais du traitement de psychothérapie suivi par l'intimée, sous la réserve que ce traitement, conformément à la jurisprudence, apparaisse indiqué et qu'il ait été prescrit par un médecin. Le recours de droit administratif se révèle ainsi mal fondé.