RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1009/2022 **ATAS/725/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 août 2022

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE recourante

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES, sis route de Chêne 54, GENÈVE intimé

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1969, a déposé une demande pour une allocation-régime auprès du service des prestations complémentaires (ci-après SPC), en adressant un certificat établi le 13 juillet 2021 par la docteure B_____, spécialisée en médecine interne générale, aux termes duquel l'assurée souffre d'un surpoids et de troubles digestifs fonctionnels, de sorte qu'un régime riche en fibres, à l'origine de frais supplémentaires, devait être suivi.

b. Un mandat d'évaluation pour l'allocation-régime a été confié au docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et en gastro-entérologie. Le Dr C_____ a indiqué que le régime ne correspondait pas aux critères définis par les directives en matière de prestations complémentaires.

c. Par décision du 18 janvier 2022, le SPC a rejeté la demande de l'assurée, au motif que les aliments riches en fibres font partie de l'alimentation courante que l'on trouve dans les commerces de détails.

d. L'assurée s'est opposée à cette décision le 9 février 2022.

e. Par décision du 4 mars 2022, le SPC a rejeté l'opposition de l'assurée et a confirmé sa décision, précisant que la législation en vigueur exigeait que le régime alimentaire soit indispensable au maintien de la vie et entraîne des dépenses supplémentaires par rapport à une alimentation courante, ce qui n'était pas son cas.

B. **a.** L'assurée a interjeté recours le 30 mars 2022 contre la décision sur opposition du 4 mars 2022 par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans), en concluant à son annulation. Elle devait acheter des aliments spécifiques qui ne se trouvaient pas dans les commerces usuels, mais dans les commerces spéciaux ou diététiques. Ce régime spécial était le seul qui lui permettait d'avoir un transit normal et donc un état de santé acceptable. Il était question de sa survie. Elle sollicitait une expertise neutre vu les avis divergents des médecins (le sien et le Dr C_____) et produisait une attestation de la Dre B_____ qui rappelait que sa patiente souffrait de troubles digestifs fonctionnels qui nécessitaient absolument un régime riche en fibres.

b. Le 27 avril 2022, le SPC a conclu au rejet du recours.

c. Le 12 mai 2022, l'assurée a réitéré sa demande de prestations.

d. Par ordonnance du 8 juin 2022, la chambre de céans a sollicité le dossier AI de l'assurée, dont il ressort que les diagnostics incapacitants sont un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen F33.1, et un état de stress post-traumatique F43.1. Sa capacité de travail dans une activité adaptée est de 50% et son droit à une demi-rente est reconnu. Le dossier ne mentionne en outre pas de trouble somatique qui nécessiterait un régime alimentaire spécial.

e. Après que les parties ont été invitées à consulter le dossier et à se déterminer si elles le souhaitaient, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC - RS 831.30). Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 En matière de prestations complémentaires fédérales, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de trente jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1er LPGA; art. 9 de la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité [LPFC - J 4 20]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA).

S'agissant des prestations complémentaires cantonales, l'art. 43 LPCC ouvre les mêmes voies de droit.

1.3 Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. La législation sur les prestations complémentaires a connu des modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2021. Cette novelle n'est pas applicable en l'espèce, dès lors qu'est litigieux le droit au remboursement des frais de maladie avant qu'elle ne soit promulguée. Ce droit doit ainsi être examiné à l'aune des dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, qui seront citées dans leur teneur à cette date.

3. En l'espèce, le litige porte sur le refus de l'intimé de prendre en charge les frais liés au régime alimentaire de la recourante.

3.1 Les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui remplissent les conditions (personnelles) prévues aux art. 4, 6 et 8 LPC ont droit à des prestations complémentaires. Ont ainsi droit aux prestations complémentaires notamment les personnes qui perçoivent une rente de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), conformément à l'art. 4 al. 1 let. a LPC.

3.2 En vertu de l'art. 14 al. 1 let. d LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais lié à un régime

alimentaire particulier. Selon le deuxième alinéa de cette disposition, les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Ils peuvent limiter le remboursement des dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations. Les cantons peuvent fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Ceux-ci ne peuvent toutefois être inférieurs à CHF 25'000.- par année pour une personne seule (cf. art. 14 al. 3 LPC).

3.3 L'art. 14 al. 1 let. d LPC a remplacé l'art. 3d let. c aLPC qui avait la même teneur.

3.4 L'art. 11 du règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (RFMPC –RS/GE J 4 20.04) stipule que les frais supplémentaires dûment établis, occasionnés par un régime alimentaire prescrit par un médecin et indispensable à la survie de la personne concernée, sont considérés comme des frais de maladie si la personne concernée ne vit ni dans un home, ni dans un hôpital. Un montant annuel de CHF 2'100.- au maximum est remboursé.

3.5 Le Tribunal fédéral des assurances a admis, s'agissant de la notion de régime alimentaire indispensable à la survie de la personne concernée, que cette condition était réalisée notamment dans le cas d'un assuré qui présentait une intolérance absolue au lactose et qui, pour empêcher une dégénérescence de la rétine, devait consommer une nourriture sans levure (ATFA non publié P 29/91 du 27 août 1991).

3.6 En revanche, le Tribunal fédéral des assurances, dans un arrêt non publié P 16/03 du 30 novembre 2004, a estimé que le régime pour lutter contre l'excès de cholestérol ne remplissait pas ces conditions, dans la mesure où un tel régime - impliquant moins de viande, de produits laitiers et plus de fruits, salades et légumes - n'entraînait pas de coût fondamentalement plus élevé.

3.7 Dans un arrêt P 46/04 du 8 novembre 2005, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que, dans le cas d'un assuré auquel le médecin avait seulement conseillé de s'abstenir de certains aliments (soit le gluten, les produits laitiers et les aliments acidifiants), il n'était pas établi que l'assuré devait suivre un régime nécessaire à sa survie.

3.8 En l'espèce, l'assurée souffre de surpoids et de trouble du transit fonctionnel. Son médecin traitant a attesté qu'elle devait de ce fait suivre un régime riche en fibres. Le SPC a soumis le cas au Dr C_____ qui a considéré, d'une part, que le régime alimentaire n'était pas indispensable au maintien de la vie et, d'autre part, qu'il n'entraînait pas de dépenses supplémentaires par rapport à une alimentation courante.

Contrairement au cas de la personne souffrant d'une intolérance au lactose dont le régime devait être exempt de levure pour éviter qu'elle ne souffre d'une dégénérescence de la rétine, le régime riche en fibres recommandé pour la recourante vise à éviter des troubles du transit, de sorte qu'il ne peut être comparé à un régime indispensable au maintien de la vie de la recourante.

Une alimentation riche en fibres est par ailleurs accessible à chacun dans les commerces ordinaires. Le coût d'un régime riche en fibres ne saurait être considéré comme plus élevé que le coût d'une alimentation ordinaire. En outre, ordonner une expertise ne serait pas justifié, dès lors que le Dr C_____, spécialiste en nutrition, remplit toutes les qualités pour donner un avis autorisé en la matière, étant rappelé que la médecin de la recourante n'a fait qu'indiquer que sa patiente devait suivre un régime riche en fibres. Il ne ressort en outre pas du dossier de l'OAI que la recourante souffrirait d'atteinte à la santé l'obligeant à suivre un régime alimentaire particulier indispensable au maintien de sa vie.

Au vu de ce qui précède, force est de confirmer le refus de l'allocation régime et de rejeter le recours.

3.9 La procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF - RS 173.110). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le