

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1297/2007

ATAS/1237/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 8 novembre 2007

En la cause

Monsieur W _____, domicilié GENEVE

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DES PERSONNES ÂGÉES, sis route de
Chêne 54, GENEVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPPEL et Olivier LEVY,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur W_____, né en 1952, est bénéficiaire des prestations complémentaires fédérales et cantonales.
2. Le 2 février 2006, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne et gastro-entérologie, a attesté que l'intéressé devait suivre un régime alimentaire sévère en raison d'un diabète (pièce 8 OCPA).
3. Par courrier du 8 mars 2006, l'Office cantonal des personnes âgées (ci-après l'OCPA) a transmis à l'assuré un formulaire à remplir par son médecin traitant afin d'évaluer si une allocation régime pouvait lui être octroyée.
4. Le Dr B_____, médecin expert pour l'OCPA, a estimé, sur la base des renseignements qui lui avaient ainsi été fournis, que le régime ne correspondait pas aux critères définis par les directives en matière de prestations complémentaires et que l'allocation régime devait par conséquent être refusée.
5. Sur la base de cet avis, l'OCPA, le 14 juin 2006, a rendu une décision aux termes de laquelle il a expliqué à l'assuré que la législation désormais 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. L'OCPA a constaté que ces conditions n'étaient pas remplies dans le cas de l'assuré. En conséquence, il a supprimé avec effet immédiat le versement mensuel de 175 fr. en précisant que la restitution des montants précédemment accordés à l'assuré au titre de l'allocation régime ne lui serait pas demandée.
6. Par courrier du 28 juin 2006, l'assuré a formé opposition à cette décision en alléguant qu'il était nécessaire pour lui de suivre un régime diététique approprié en raison du diabète de type 2 dont il souffre. A l'appui de ses dires, il a produit une attestation médicale du Dr A_____ datée du 20 juin 2006 dont il ressort qu'il souffre effectivement d'un diabète de type 2 nécessitant un régime diététique approprié.
7. Le dossier a été une nouvelle fois soumis au Dr B_____ qui, le 1^{er} février 2007, a fait remarquer que la caractéristique principale du régime diabétique est de répartir les prises alimentaires durant les heures d'éveil afin d'éviter les pics glycémiques et de réduire la fraction lipidique de type saturé (graisses animales). Il a ajouté que d'autres mesures diététiques sont optionnelles mais que leur fondement scientifique n'est pas établi. Il en a tiré la conclusion que le régime alimentaire n'est pas indispensable au maintien de la vie. Enfin, il a estimé que dans ce contexte, il n'y avait pas d'augmentation du coût alimentaire par rapport à une alimentation courante.

8. Le 22 février 2007, l'OCPA a rendu une décision sur opposition confirmant le refus d'octroi de l'allocation régime.
9. Par courrier du 28 mars 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il se réfère aux certificats médicaux déjà produits et allègue qu'il doit suivre un régime alimentaire strict et sévère car sa vie en dépend, qu'à défaut, il risque un coma diabétique pouvant entraîner son décès.

A l'appui de ses dires, il produit un certificat médical établi le 29 mars 2007 par le Dr Jean-Marie ROSSI, spécialiste FMH en pneumologie, dans lequel ce médecin atteste que son patient présente un diabète sucré de type 2 traité par trois ADO et qu'il doit impérativement suivre un régime alimentaire très strict et sévère afin de le mettre à l'abri d'une décompensation diabétique. Le médecin en tire la conclusion qu'il est légitime que son patient puisse bénéficier d'une allocation régime.

10. Invité à se prononcer, l'OCPA a d'abord indiqué au Tribunal de céans que sa décision avait été notifiée à l'assuré en date du 2 mars 2007. Quant au fond, il a conclu au rejet du recours. Il indique avoir soumis le nouveau certificat médical produit par l'assuré au Dr B _____ qui, par courrier du 22 mai 2007, a indiqué que ce document ne modifiait en rien sa prise de position du 1^{er} février 2007, car il n'en demeure pas moins que la prise en charge du diabète requiert de répartir les prises alimentaires durant les heures d'éveil afin de prévenir au maximum les pics d'hyperglycémie et qu'il s'agit donc avant tout de répartir les prises alimentaires et non de consommer des produits spécifiques qui pourraient entraîner un surcoût alimentaire.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 3 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 19 mars 1965 (LPCF) ainsi que des contestations prévues à l'article 43 de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Le recours, interjeté en temps utile est recevable à la forme (art. 56 à 60 LPGA et art. 43 LPCC).
3. Aux termes de la loi, tant fédérale que cantonale, le bénéficiaire de prestations complémentaires a droit au remboursement des frais liés à un régime alimentaire

particulier (art. 3d al. 1 let. c LPCF, 19 al. 1 let. c OPCF, 6 al. du règlement cantonal - RPCC).

Au niveau fédéral, c'est le département fédéral de l'intérieur qui détermine les frais qui peuvent être remboursés à titre de frais liés à un régime alimentaire en particulier (art. 19 al. 1 let. c de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité [OPC-AVS/AI]).

L'art. 9 de l'ordonnance fédérale relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPC) prévoit que 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 et qu'un montant annuel forfaitaire de 2'100 fr. est remboursé.

La jurisprudence considère que l'art. 9 OMPC 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 LPC). 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 "indispensables à la survie de la personne assurée" (cf. ATFA P 16/03 du 30 novembre 2004; ATFA P 67/04 du 21 février 2004 consid. 1). Le Tribunal fédéral des assurances a admis que cette condition était réalisée notamment 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 (ATFA non publié P 29/91 du 27 août 1991). Ainsi, 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.

Dans un arrêt non publié du 21 février 2006 (ATFA P 67/04), le Tribunal fédéral des assurances a jugé que l'avis du médecin conseil de l'office devait à tout le moins être motivé et que la nature du régime alimentaire prescrit devait être connue, de manière à trancher le point de savoir si celui-ci entraînait des frais supplémentaires pour l'intéressé (consid. 2.2).

4. En l'espèce, le recourant souffre de diabète. Son médecin traitant a attesté qu'il devait suivre un régime spécifique. L'OCPA a soumis le cas au Dr B_____ qui considère, d'une part, que le régime alimentaire n'est pas indispensable au maintien de la vie et, d'autre part, qu'il n'entraîne pas de dépenses supplémentaires par rapport à une alimentation courante.

5. Le Tribunal de céans constate que les conditions du versement d'un forfait pour régime spécial ne sont pas remplies. L'alimentation du recourant, qui n'allègue d'ailleurs pas le contraire, n'est pas différente de ce que devrait être celle de tout un chacun au point d'entraîner un surcoût. En effet, ainsi que le fait remarquer le Dr B _____, le traitement du diabète s'est modifié au cours du temps et les personnes atteintes de cette pathologie ne doivent plus suivre de régime strict mais gérer différemment la prise d'aliments. Le Tribunal de céans rejoint donc l'avis du Tribunal de Saint-Gall (arrêt du 6 février 2003 en la cause P, EL 2002/81) selon lequel ce régime alimentaire ne provoque pas de frais supplémentaires comparé à ceux d'une alimentation équilibrée. On ne voit pas en quoi le fait de devoir contrôler précisément son taux de glycémie et son apport journalier en grammes d'hydrates de carbone engendrerait des frais supplémentaires.
6. Force est ainsi de confirmer le refus de l'allocation-régime et de rejeter le recours.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Dit que pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, les parties 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, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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

Janine BOFFI

Karine STECK

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