

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1910/2018

ATAS/1160/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 décembre 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÂTELAINE

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1960, a déposé une demande pour une allocation-régime sur la base d'un certificat établi par la doctoresse B_____, rhumatologue, le 20 octobre 2017, auprès du service des prestations complémentaires (ci-après SPC), aux termes duquel « l'assurée est atteinte de diabète de type 2, obésité, hyperlipidémie. Elle a été opérée de polypectomie au colon en 2011 et en 2014. Pour toutes ces pathologies, elle bénéficie d'un régime alimentaire spécial générant des frais supplémentaires pour les prochains douze mois ».
2. 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 et a préconisé, le 19 janvier 2018, de refuser l'allocation.
3. Par décision du 26 mars 2018, le SPC a informé l'assurée que sa demande était rejetée, au motif que la législation actuellement 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.
4. Le 16 avril 2018, l'assurée a contesté ce refus, rappelant qu'elle avait fondé sa demande sur ses problèmes de santé, soit notamment obésité, diabète et problèmes cardio-vasculaires. Elle considère qu'en rejetant sa demande, le SPC se rend coupable de non-assistance à personne en danger, de sorte qu'elle sollicite une réparation pour tort moral à hauteur de CHF 5'000.-. Elle reproche au médecin-conseil de n'avoir pas pris la peine de requérir des informations supplémentaires auprès de la Dresse B_____.
5. Par décision du 2 mai 2018, le SPC a confirmé sa décision. Il précise que la caractéristique principale de l'alimentation en cas de diabète est de :
 - répartir les prises alimentaires durant les heures d'éveil afin d'éviter les pics glycémiques ;
 - réduire la fraction lipidique de type saturée (graisses animales) ;
 - éviter une prise calorique excessive entraînant une prise de poids ;
 - éviter la consommation d'alcool.Il ajoute que d'autres mesures diététiques sont optionnelles, mais que leurs fondements scientifiques ne sont pas établis. Il en conclut que l'alimentation en cas de diabète est une réorganisation des prises alimentaires et non pas le recours à des aliments ou boissons spéciaux. Dès lors, il n'y a pas de régime alimentaire spécial lors de diabète et, par conséquent, un régime spécial n'est pas indispensable au maintien de la vie. Il n'y a ainsi pas d'augmentation du coût alimentaire non plus.
6. L'assurée a interjeté recours le 3 juin 2018 contre la décision sur opposition du 2 mai 2018. Elle ne comprend pas pour quelle raison le SPC a rejeté sa demande,

« alors que je suis une femme de 89 kilos, des problèmes de cœur, diabète, opérée deux fois d'un polype précancéreux ». Elle reproche au SPC de n'avoir considéré que son diabète et indique que la Dresse B_____ s'est dite choquée par la décision du SPC.

7. Dans sa réponse du 2 juillet 2018, le SPC a conclu au rejet du recours.
8. Interrogée par la chambre de céans les 13 septembre et 16 octobre 2018, sur le « régime alimentaire spécial » que devait suivre sa patiente, la Dresse B_____ a indiqué le 24 octobre 2018 que
« l'assurée est atteinte de diabète de type 2, d'obésité morbide et d'une hyperlipidémie. Elle est en traitement médical avec plusieurs médicaments pour mieux gérer ses problèmes métaboliques. La patiente présente des signes de cytolyse hépatique en liaison avec le traitement proposé pour les diabète, raison pour laquelle elle doit suivre un régime strict ».
9. Invité à se déterminer, le SPC a déclaré le 14 novembre 2018 persister dans sa position.
10. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger.

EN DROIT

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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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.

La demande de l'assurée visant à obtenir une réparation pour tort moral ne relève en revanche pas de la compétence matérielle de la chambre de céans, mais de celle du juge civil.

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 LPC, 19 al. 1 let. c de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité OPC-AVS/AI et 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 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 CHF 2'100.- 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 (ATF P 67/04), le Tribunal fédéral 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. a. En l'espèce, l'assurée souffre de diabète de type 2, d'obésité et d'hyperlipidémie. Son médecin traitant a attesté qu'elle devait de ce fait suivre un régime spécifique. 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.
- b. Dans un arrêt du 8 novembre 2007 (ATAS/1237/2007), la chambre de céans a déjà eu l'occasion de considérer que le traitement du diabète s'est modifié au cours du temps, de sorte que les personnes atteintes de diabète ne doivent plus suivre de régime strict, mais gérer différemment la prise d'aliments. Elles n'ont pas à recourir

à des aliments ou boissons spéciaux. Elle a ainsi jugé que le régime alimentaire pour les personnes atteintes de diabète, consistant à contrôler son taux de glycémie et son apport journalier en grammes d'hydrates de carbone, ne provoquait pas de frais supplémentaires comparé à ceux d'une alimentation équilibrée (cf. également ATAS/612/2007 du 31 mai 2007 et ATAS/956/2006 du 18 octobre 2006).

c. Force est de constater que l'alimentation que doit suivre l'assurée, n'est pas différente de ce que devrait être celle de tout un chacun au point d'entraîner un surcoût.

L'assurée n'établit du reste pas en quoi le fait de devoir répartir les prises alimentaires durant la journée et d'éviter les graisses animales engendrerait des frais supplémentaires. Par ailleurs, ordonner une expertise confiée à un diabétologue 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 Dresse B_____ est rhumatologue.

d. L'assurée fait valoir qu'elle souffre également de problèmes de cœur, sans toutefois donner de précision quant à l'atteinte concernée. La Dresse B_____ n'en fait pas état.

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

**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

Doris GALEAZZI

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