

## **GE\_GERICHTE A/1297/2007 vom 8. November 2007**

GE Cour de justice, 2007-11-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1297\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1297_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/1297/2007 du 8 novembre 2007

IT: GE\_GERICHTE A/1297/2007 del 8 novembre 2007

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.11.2007  
A/1297/2007

A/1297/2007 ATAS/1237/2007 du 08.11.2007 ( PC ), REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE 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 EN FAIT Monsieur W \_\_\_\_\_, né en 1952,  
est bénéficiaire des prestations complémentaires fédérales et cantonales. 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). 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. 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.  
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.  
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. Le dossier a été une nouvelle fois  
soumis au Dr B \_\_\_\_\_ qui, le 1<sup>er</sup> 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. Le 22 février 2007, l'OCPA a rendu une décision sur opposition confirmant le  
refus d'octroi de l'allocation régime. 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. 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<sup>er</sup> 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 La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> 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. Le recours, interjeté en temps utile est recevable à la forme (art. 56 à 60 LPGA et art. 43 LPCC). 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). 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. 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. 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 : Déclare le recours recevable Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 Janine BOFFI La présidente 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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.