

## **GE\_GERICHTE A/540/2013 vom 7. Mai 2013**

GE Cour de justice, 2013-05-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_540\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_540_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/540/2013 du 7 mai 2013

IT: GE\_GERICHTE A/540/2013 del 7 maggio 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

ème Chambre En la cause Monsieur B \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE recourant contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route de Chêne 54, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur B \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1968, est établi en Suisse depuis 2000. Il est au bénéfice d'une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 100% depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009 selon décision de l'office cantonal de l'assurance-invalidité du 20 mars 2012. Par décision du 25 mai 2012, le SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES (ci-après le SPC ou l'intimé) a alloué à l'assuré des prestations complémentaires cantonales et fédérales, ainsi que la couverture de la prime d'assurance-maladie dès le 1<sup>er</sup> novembre 2010. L'assuré a adressé au SPC un certificat médical du Dr L \_\_\_\_\_, neurologue, indiquant qu'il avait toujours besoin d'un régime spécial en relation avec son diabète, pour une durée de trois mois. Le Dr L \_\_\_\_\_ a été prié de remplir un formulaire qui précise "le régime alimentaire doit être indispensable au maintien de la vie et doit entraîner des dépenses supplémentaires pour qu'une allocation puisse être accordée" et de répondre à la question de savoir quel était le type de pathologie, la date probable des premiers symptômes et la durée probable du régime alimentaire. Sur la base des données communiquées par ce médecin au Prof. M \_\_\_\_\_, médecin-conseil pour le SPC (données qui ne sont pas au dossier), le Prof. M \_\_\_\_\_ a établi que "le régime ne correspond pas aux critères définis par les directives en matière de prestations complémentaires". Par décision du 27 juillet 2012, le SPC a refusé l'allocation pour régime sur la base de l'avis du Prof. M \_\_\_\_\_. L'assuré a formé opposition le 10 août 2012, faisant valoir que l'Hospice général avait toujours pris en compte son besoin d'un régime alimentaire spécial et qu'il pensait que le certificat du Dr L \_\_\_\_\_ était suffisant pour le SPC, comme c'était le cas pour l'Hospice général. Il a produit une attestation du Dr N \_\_\_\_\_, médecin auprès du service d'endocrinologie et de diabétologie de l'hôpital cantonal, du 8 août 2012, qui indique que l'assuré est diabétique, doit effectuer des contrôles médicaux réguliers, suivre un régime spécial, ainsi qu'un traitement continu, pour une durée indéterminée. Invité à se déterminer à nouveau, le Prof. M \_\_\_\_\_, du service d'endocrinologie et diabétologie des HUG, a confirmé, le 15 novembre 2012, que l'attestation du Dr N \_\_\_\_\_ n'était pas de nature à modifier son évaluation de la situation. Il est établi que l'alimentation pour les patients diabétiques est avant tout celle préconisée à tous les sujets bien portants, mais avec une répartition des aliments de l'éveil jusqu'au coucher, afin de favoriser le contrôle de la glycémie et des lipides sanguins. Il s'agit donc, avant tout, d'organiser l'alimentation afin d'éviter des repas trop abondants, ce qui n'entraîne donc pas de modification significative des coûts liés à l'alimentation. Après avoir été informé, le 10 janvier 2013, que le SPC maintenait sa décision, l'assuré a fait valoir, le 15 janvier 2013, qu'il avait tenté le régime alimentaire préconisé par le Prof. M \_\_\_\_\_ depuis 2002, mais que cela n'avait pas stabilisé la glycémie, raison pour

laquelle ses médecins lui ont ordonné de prendre un maximum de produits pour diabétiques. Il produit une attestation de la Dresse O \_\_\_\_\_, du même service que précédemment, qui indique que le patient est diabétique, doit effectuer des contrôles médicaux réguliers, suivre un régime précis, ainsi qu'un traitement continu, précisant qu'il a bénéficié de nombreux changements de son traitement en raison d'un contrôle glycémique instable. Par décision sur opposition du 1<sup>er</sup> février 2013, le SPC a rejeté l'opposition, sur la base de l'avis du Prof. M \_\_\_\_\_, estimant que les certificats médicaux produits ne modifient pas la situation. L'assuré a formé recours le 11 février 2013. Il rappelle qu'il bénéficiait déjà d'une allocation auprès de l'Hospice général, avant d'être bénéficiaire de l'assurance-invalidité, qui l'aidait à payer des produits pour diabétiques qui sont plus chers que les produits normaux, cette alimentation étant nécessaire du fait que son taux de glycémie n'est pas stable bien qu'il ait essayé différents médicaments. Les explications données par le Prof. M \_\_\_\_\_ sont juridiques et non pas médicales. Le SPC et le Prof. M \_\_\_\_\_ campent sur leurs positions, alors que trois médecins ont confirmé la nécessité d'un régime particulier. Par pli du 11 mars 2012, le SPC conclut au rejet du recours et produit son dossier. Dans le délai fixé à l'assuré pour produire un certificat médical précisant en quoi consiste le régime particulier lié au diabète, l'assuré a produit une attestation de la Dresse O \_\_\_\_\_, qui confirme que le patient doit effectuer des contrôles médicaux, suivre un régime précis, qui consiste en des produits allégés en sucres et en matières grasses, ainsi qu'un traitement continu. L'assuré précise qu'il est obligé de prendre des produits qui répondent aux critères du médecin, surtout pour des raisons de calories, de poids et de variété, ainsi que de sucres et de matières grasses. Il utilise, parmi d'autres produits, principalement, les plats pré-cuisinés "Weight Watchers", car il ne sait pas cuisiner. Il a besoin de trois repas par jour, équilibrés et variés, et le prix de ces plats est le double des plats normaux, ce que son budget ne lui permet pas d'assumer. Cette alimentation lui permet de stabiliser son taux de glycémie, d'éviter de changer de médicaments et de ne pas passer au stade de l'insuline. Le fait d'avoir un taux de glycémie stable évite la progression des problèmes neurologiques. Les parties ont été informées que la cause serait gardée à juger le 22 avril 2013 et qu'elles pouvaient, d'ici là, se déterminer. Le SPC a persisté le 15 avril 2013. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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 cantonales complémentaires du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 4 25). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. À teneur de l'art. 1<sup>er</sup> de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC), la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'applique aux prestations versées en vertu des dispositions figurant à son chapitre 2, à moins qu'elle ne déroge expressément à la LPGA (al. 1<sup>er</sup>). Les art. 32 et 33 LPGA s'appliquent aux prestations des institutions d'utilité publique visées au chapitre 3 (al. 2). Selon l'art. 3 LPC, les prestations complémentaires se composent de la prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité. La prestation complémentaire annuelle est une prestation en espèces (art. 15 LPGA) et le remboursement des frais de

maladie et d'invalidité est une prestation en nature (art. 14 LPGA). L'art. 14 LPC prévoit que les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle divers frais de maladie, s'ils sont dûment établis, et notamment : les frais liés à un régime alimentaire particulier (let. d). Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de la disposition. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations. Aux termes de l'art. 9 OMPC, 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. Un montant annuel forfaitaire de 2'100 fr. est remboursé. L'art 11 du règlement cantonal 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 du 15 décembre 2010 (FFMPC; J 4 20.04) prévoit 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 frais de maladie si la personne concernée ne vit ni dans un home, ni dans un hôpital. Un montant annuel forfaitaire de 2'100 fr. au maximum est remboursé. La jurisprudence considère que l'art. 9 OMPC ne concerne pas n'importe quel régime alimentaire. Pour que l'on puisse admettre l'existence de frais de maladie au sens de l'art 3d al. 1 let. c LPC, il doit s'agir d'un régime alimentaire qualifié, ce que le département a précisé par les termes " indispensable à la survie de la personne assurée" (ATFA non publié du 30 novembre 2004, P 16/03, consid. 4.4 résumé dans RDT 60/2005 p. 127). Le Tribunal fédéral des assurances avait admis que cette condition était réalisée notamment dans le cas de diabétiques, ainsi que dans celui 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 du 27 août 1991, P 29/91). A propos d'un cas de diabétique, les pièces versées au dossier ne permettant pas de connaître la nature du régime alimentaire prescrit, le Tribunal fédéral n'a pas tranché le point de savoir si celui-ci entraînait des frais supplémentaires (ATFA non publié du 21 février 2006, P 67/04, consid. 1). Dans un arrêt P 47/05 du 6 avril 2006, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'un régime ou une diète n'est pas nécessairement lié à des frais plus élevés. Dans le cas d'un certain nombre de maladies, seuls quelques aliments doivent être évités. D'autres maladies nécessitent, en comparaison avec une «nourriture variée normale» (régime complet) une alimentation différente, sans pour autant que cela engendre des frais supplémentaires. Seules quelques rares maladies nécessitent une diète plus onéreuse qu'un régime complet. Tel n'est par exemple pas le cas du diabète selon la jurisprudence la plus récente. Il est précisé que, dans le temps, on estimait que l'alimentation en cas de diabète impliquait des coûts supplémentaires. Les connaissances scientifiques concernant le régime en cas de diabète se sont fondamentalement modifiées ces dernières années. Alors que l'on estimait dans le passé que le diabétique devait utiliser des produits spéciaux "sans sucre", des diabétologues estiment aujourd'hui qu'un apport équilibré de protéines, gras, hydrates de carbone, selon des proportions précises, tout en conservant un poids corporel normal, est le meilleur moyen de régler le diabète. Certains diabétologues estiment même que l'utilisation de produits diététiques spéciaux, contenant du "sucre artificiel" ne serait pas adéquate, en raison de leurs effets secondaires. Il suffit donc d'adopter une alimentation saine, ce qui n'implique pas de coût supplémentaire (consid. 3.2 de l'arrêt précité). En l'espèce, l'avis du Prof. M \_\_\_\_\_, bien que succinctement motivé, est convaincant et permet de retenir que

l'assuré n'a pas besoin de suivre un régime alimentaire qualifié. En effet, le diabète dont il souffre exige uniquement qu'il suive une alimentation saine, variée et régulièrement répartie sur la journée. Si, en effet, il doit limiter les aliments riches en matières grasses ou contenant du sucre, cela n'implique pas pour autant qu'il soit contraint d'acheter des produits spéciaux, plus onéreux, que les aliments composant un régime alimentaire équilibré. D'ailleurs, de l'aveu de l'assuré lui-même, le coût supplémentaire qu'il doit assumer en lien avec son alimentation est dû au fait qu'il ne sait pas cuisiner et qu'il achète des produits pré-cuisinés. Or, lesdits produits, qu'ils soient "Weight Watchers", soit allégés en sucres et en matières grasses, ou ordinaires, sont, quoi qu'il en soit, plus chers que des repas cuisinés à domicile, à l'aide de produits frais. Les coûts que fait valoir l'assuré ne sont donc pas liés à un régime nécessité par sa maladie, mais par le fait qu'il ne sait pas cuisiner, ce qui ne relève pas du remboursement des frais de maladie à la charge du SPC. Il s'avère ainsi que, conformément à la jurisprudence actuelle du Tribunal fédéral en matière de diabète, l'assuré n'a pas besoin de suivre un régime ou une diète impliquant des frais plus élevés qu'une alimentation régulière, saine et équilibrée, limitée en sucres et en matières grasses. Le recours, mal fondé, est rejeté. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires cantonales. 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 Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO 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.