

# **GE\_GERICHTE ATAS/1017/2018 vom 1. November 2018**

GE Cour de justice, 2018-11-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1017\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1017_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1017/2018 du 1 novembre 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1017/2018 del 1 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 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).

A/1863/2018 - 4/7 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

### **E. 3**

Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante a droit à la prise en charge du traitement d'orthodontie de sa fille.

### **E. 4**

a. Aux termes de l'art. 14 al. 1 let. a LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais de traitement dentaire de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis. Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (al. 2). Les cantons peuvent fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Par année, ceux-ci ne peuvent toutefois être inférieurs à CHF 25'000.- pour les personnes seules ou les conjoints de personnes vivant dans un home ou un hôpital. L'art. 2 al. 1 let. c de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (J 4 20; LPFC) délègue au Conseil d'État la compétence de déterminer les frais de maladie et d'invalidité qui peuvent être remboursés, en application de l'art. 14 al. 1 et 2 LPC, qui répondent aux règles suivantes : les montants maximaux remboursés correspondent aux montants figurant à l'art. 14 al. 3 LPC (ch. 1), et les remboursements sont limités aux dépenses nécessaires dans le cadre d'une fourniture économique et adéquate des prestations (ch. 2). b. Il sied de relever que la LPC a été totalement révisée dans le cadre de la loi concernant l'adoption et la modification d'actes dans le cadre de la réforme de la

péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) et que c'est à cette occasion que la compétence de définir les frais de maladie et d'invalidité qui, dans les limites du droit fédéral, peuvent être remboursés, a été transférée aux cantons (Message du Conseil fédéral du 7 septembre 2005 sur la législation d'exécution concernant la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) [FF 2005 5641 p. 5839]). Ces frais étaient jusqu'alors déterminés par les dispositions de l'ordonnance du Conseil fédéral du 29 décembre 1997 relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPC), abrogée par la RPT. Cependant, selon les dispositions transitoires de la LPC (art. 34), les art. 3 à 18 de l'OMPC dans sa version en vigueur au 31 décembre 2007 restaient applicables par analogie, pour une durée maximale de trois ans dès le 1er janvier 2008, tant que les cantons n'avaient pas défini les frais susceptibles d'être remboursés au sens de l'art. 14. al. 1 LPC.

A/1863/2018 - 5/7 -

## **E. 5**

a. Le Conseil d'État a fait usage de la compétence lui étant déléguée par l'art. 2 al. 1 let. c LPFC en édictant le 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; J 4 20.04), entré en vigueur le 1er janvier 2011. Aux termes de l'art. 10 al. 1 RFMPC, les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. Le tarif de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité (tarif AA/AM/AI) est déterminant pour le remboursement des honoraires des prestations dentaires et le tarif AA/AM/AI pour le remboursement des travaux de technique dentaire (al. 2). Si le coût d'un traitement dentaire dépasse CHF 1'500.-, un devis doit être adressé au SPC avant le début du traitement (al. 3). Si le coût d'un traitement dentaire s'est élevé à plus de CHF 1'500.- sans approbation préalable du devis, le montant maximal du remboursement se limite en principe à ce montant. Il peut exceptionnellement le dépasser si le bénéficiaire démontre a posteriori que le remboursement sollicité correspond à un traitement simple, économique et adéquat (al. 4). Les devis et factures à présenter doivent être conformes aux positions tarifaires du tarif AA/AM/AI (al. 5). b. D'après le Tribunal fédéral, « si plusieurs traitements entrent en considération, il convient, dans le domaine des prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse survivants et invalidité, comme dans celui de l'assurance-maladie, de comparer les coûts et bénéfices respectifs des traitements envisagés. Si l'un d'entre eux permet d'arriver au but recherché – le rétablissement de la fonction masticatoire – en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais du traitement le plus onéreux (cf. ATF 124 V 200 consid. 3 et les références) » (arrêt non publié du Tribunal fédéral P 22/02 du 5 août 2002, consid. 2). À l'occasion d'un arrêt rendu sous l'empire de l'OMPC et de la troisième révision de la LPC, le Tribunal fédéral a précisé que la notion de "frais de dentiste" au sens de l'art. 3d al. 1 let. a LPC – l'actuel art. 14 al. 1 let. a LPC parle désormais de "frais de traitement dentaire" – comprend en principe les coûts occasionnés par tous les traitements dentaires, lesquels doivent être remboursés, pour autant que les conditions posées par l'art. 8 OMPC – remplacé désormais dans le canton de Genève par l'art. 10 RFMPC, d'une teneur quasi identique – soient remplies (ATF 130 V 185 du 6 mai 2004, consid. 4.3.6). Aucune base légale ou jurisprudentielle n'exclut d'emblée la prise en charge d'un traitement

dentaire orthodontique. Au contraire, la LPC permet en principe la prise en charge de tous les traitements dentaires, sous réserve qu'ils aient pour but le rétablissement de la fonction masticatoire et qu'il s'agisse d'un traitement simple, économique et adéquat (ATF 130 V 185, consid. 4.3.6 et arrêt non publié du Tribunal fédéral P 22/02 du 5 août 2002, consid. 2).

A/1863/2018 - 6/7 -

#### **E. 6**

Concernant la prise en charge des traitements dentaires des bénéficiaires des prestations complémentaires, l'Association des médecins-dentistes cantonaux de Suisse (AMDCS) a émis la recommandation F, selon laquelle seules les malocclusions de degré 3 (traitement indispensable) ou 4 (traitement nécessaire) donnent droit au remboursement, pour autant que la situation dentaire ne donne pas droit aux prestations prévues par l'assurance-invalidité ou ne relève pas des prestations obligatoires de l'assurance obligatoire des soins. Sur cette base, le SPC a adressé une information à tous les cabinets et cliniques dentaires du canton de Genève, en reprenant cette recommandation (Information à tous les cabinets et cliniques dentaires de Genève, édition juin 2018). Il est à relever que les autres cantons suisses ont également repris cette même recommandation. Par ailleurs, le formulaire relatif au devis d'orthodontie adressé aux médecins par le SPC mentionne les conditions élaborées par l'AMDCS pour la prise en charge d'un tel traitement.

#### **E. 7**

En l'occurrence, le médecin-dentiste de l'enfant de la recourante indique qu'aucune des conditions de la recommandation F de l'AMDCS n'est remplie, raison pour laquelle l'intimé a refusé la prise en charge du traitement en cause. Certes, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la notion de frais de dentiste, aujourd'hui frais de traitement dentaire, au sens de la LPC comprend en principe les coûts occasionnés par tous les traitements dentaires. Toutefois, ceux-ci peuvent être remboursés seulement pour autant qu'il s'agisse d'un traitement simple, économique et adéquat. Par conséquent, il n'est pas d'emblée exclu que les traitements d'orthodontie soient pris en charge dans le cadre des prestations complémentaires. Toutefois, selon l'art. 14 al. 2 LPC, les cantons peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations. Ni la LPCF ni le RFMPC ne prévoient dans quels cas précis le remboursement d'un traitement orthodontique est limité. Néanmoins, il sied de considérer que l'AMDCS a défini pour tous les cantons quel traitement orthodontique remplit les conditions d'un traitement simple, économique et adéquat. Sa recommandation doit être considérée comme une présomption que seuls les traitements orthodontiques mentionnés dans leur recommandation constituent un traitement simple, économique et adéquat au sens de la loi et de son règlement. Dès lors que la recourante n'avance aucun élément permettant de renverser cette présomption et ne conteste pas non plus que les conditions de prise en charge définies par l'AMDCS ne soient pas réalisées, il y a lieu de constater que le traitement orthodontique en cause ne remplit pas les conditions légales pour être remboursé par l'intimé.

#### **E. 8**

Cela étant, le recours sera rejeté.

#### **E. 9**

La procédure est gratuite. \*\*\*

A/1863/2018 - 7/7 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

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