

GE_GERICHTE ATAS/1057/2013 vom 30. Oktober 2013

GE Cour de justice, 2013-10-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1057_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/1057/2013 du 30 octobre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/1057/2013 del 30 ottobre 2013

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; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1er 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; RSG J 4 25).

A/655/2013 - 6/10 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 9 de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité [LPFC; RSG J 4 20], art. 43 LPCC).

E. 3

Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPCC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). Il en va de même en matière de prestations complémentaires cantonales (cf. art. 1A let. b LPCC).

E. 4

Le litige porte sur la prise en charge du traitement dentaire des enfants du recourant.

E. 5

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 25'000 fr. pour les personnes seules ou les conjoints de personnes vivant dans un home ou un hôpital (al. 3 let. a). Selon le chiffre 5220.01 des directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC) publiées par l'OFAS, les frais de maladie et d'invalidité doivent avoir été générés par l'ayant droit aux PC lui-même ou des assurés pris en compte dans le calcul de la PC annuelle. Les frais de maladie ou d'invalidité

de membres de la famille qui n'interviennent pas dans le calcul de la PC annuelle sont ignorés. L'art. 2 al. 1 let. c 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'article 14, alinéa 3, de la loi fédérale (ch. 1), et les remboursements sont limités aux dépenses nécessaires dans le cadre d'une fourniture économique et adéquate des prestations (ch. 2). Le Conseil d'État a fait usage de cette compétence 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

A/655/2013 - 7/10 - l'assurance-invalidité (RFMPC; RSG J 4 20.04), entré en vigueur le 1er janvier 2011. L'art. 10 al. 1 RFMPC dispose que les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. Les alinéas 3 et 4 sont réservés. Selon l'art. 10 al. 3 RFMPC, si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire de technique dentaire inclus) risque, selon toute vraisemblance, de dépasser 3 000 F, un devis doit être adressé au service avant le début du traitement. Aux termes de l'art. 10 al. 4 RFMPC, si le coût d'un traitement dentaire s'est élevé à plus de 3 000 F sans approbation préalable du devis, le montant maximal du remboursement se limite en principe à ce montant. Il peut exceptionnellement dépasser ce montant si le bénéficiaire démontre a posteriori que le remboursement sollicité correspond à un traitement simple, économique et adéquat.

E. 6

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; ATFA non publié I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2).

E. 7

a) En l'espèce, la décision de refus de l'intimé se fonde en premier lieu sur le fait que les traitements dentaires litigieux auraient été prodigués avant la naissance du droit aux prestations complémentaires du recourant. Les décomptes fournis par la CLINIQUE DENTAIRE DE LA JEUNESSE à la Cour de céans en date du 27 mai 2013 démontrent cependant que tel n'est pas le cas. S'il est vrai que les soins ont débuté avant le 1er novembre 2011, date dès laquelle le recourant a obtenu des prestations complémentaires, il s'agit de traitements s'échelonnant sur une longue période, qui n'étaient pas achevés en novembre 2011. Contrairement à ce qu'affirme l'intimé, il ne fait aucun doute que les traitements mentionnés dans les décomptes du 27 mai 2013 sont les mêmes que ceux qui ont fait l'objet de la demande de prise en charge du 1er mars 2012. Les libellés des devis et factures sont en effet identiques. Il est question pour la fille du recourant de HG et monobloc avec plusieurs rubriques afférentes aux bagues tant dans le plan de traitement du

1er mars 2012 que dans les décomptes du 27 mai 2013, et pour le fils du recourant d'un plan de traitement comprenant «2x4 et monobloc

A/655/2013 - 8/10 - avec contention», les décomptes du 27 mai 2013 étant intitulés « arcades 2x4 et monobloc et contention». Les factures que le recourant a transmises à l'intimé en date du 27 juin 2012 mentionnent certes que les traitements dentaires de ses enfants auraient été dispensés le 18 octobre 2010 et le 3 février 2011 respectivement, soit avant le début du droit aux prestations complémentaires du recourant. Cela étant, il s'agit-là uniquement de la date de début du traitement, comme cela ressort d'ailleurs expressément des documents adressés par le recourant au SPC le 1er mars 2012 et des explications de la CLINIQUE DENTAIRE DE LA JEUNESSE du 27 mai 2013. Quant au fait que le coût des soins prodigués depuis novembre 2011 jusqu'à la fin prévue du traitement et le solde dû par le recourant ne se recouvrent pas, il s'explique par le fait que le plan de paiement prévoit le versement de mensualités de montants identiques tout au long du traitement, sans variation en fonction du prix effectif des prestations fournies durant les différentes périodes du traitement de sorte que ces montants ne concordent pas forcément. Eu égard à ce qui précède, il y a lieu d'admettre que les traitements dentaires des enfants du recourant se sont en partie déroulés alors que ce dernier avait droit à des prestations complémentaires. b) Dans un deuxième moyen, l'intimé allègue que la prise en charge doit être refusée dès lors que le recourant ne lui a pas soumis de devis avant que ne débutent les soins. Cet argument tombe cependant manifestement à faux. En premier lieu, on relèvera que le solde des traitements dont la prise en charge est requise ne dépasse pas 3'000 fr. par enfant puisqu'il s'agit selon les décomptes du 27 mai 2013 de 1'472 fr. pour KB _____ et de 1'459 fr. pour KA _____. On peut donc se demander si l'art. 10 al. 1 RFMPC est applicable. De plus, le recourant n'était pas au bénéfice de prestations complémentaires lorsque les plans de traitement ont été établis et que les soins ont débuté, si bien qu'on ne peut lui reprocher de ne pas les avoir soumis à l'intimé pour approbation. Le recourant a d'ailleurs procédé à cette démarche immédiatement après s'être vu reconnaître un droit aux prestations complémentaires. Enfin, comme cela ressort des dispositions réglementaires précitées, la soumission d'un devis avant le début de soins dentaires n'est pas une condition incontournable pour leur prise en charge puisque les traitements simples, économiques et adéquats peuvent être remboursés nonobstant l'absence d'approbation préalable. Or, en l'espèce, la Dresse A _____ a admis que les traitements répondaient à ces conditions dans ses avis du 2 mai 2012. Dans ces circonstances, un refus de prise en charge des soins dentaires au motif que le recourant n'a pas requis leur prise en charge avant qu'ils ne débutent se heurte à

A/655/2013 - 9/10 - l'interdiction du formalisme excessif. Il faut rappeler qu'il y a formalisme excessif, constitutif d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 1 de la Constitution (Cst ; RS 101), lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi et complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux. L'excès de formalisme peut résider soit dans la règle de comportement imposée au justiciable par le droit cantonal, soit dans la sanction qui lui est attachée (ATF non publié 1C_549/2009 du 1er mars 2010, consid. 3.1). En l'espèce, la stricte application des conditions formelles au remboursement d'un traitement dentaire prévues à l'art. 10 RFMPC n'est pas justifiée par des motifs d'intérêt public ou de sécurité du droit. Par conséquent, leur non-respect ne saurait entraîner la déchéance du droit du recourant au remboursement

des traitements. Partant, dans les limites du montant maximal destiné au remboursement des frais pour maladie, le recourant a droit au remboursement des traitements dentaires prodigués à ses enfants dès le 1er novembre 2011 tels qu'ils ressortent des décomptes de la CLINIQUE DENTAIRE DE LA JEUNESSE. Il s'agit de montants de 1'472 fr. pour KB_____ et de 1'459 fr. pour KA_____. Dans la mesure où certaines des prestations qui font l'objet de ces décomptes n'ont pas encore été fournies, le recourant n'aura droit à leur remboursement que si son droit aux prestations complémentaires perdue au moment où ces différents soins sont administrés.

E. 8

Eu égard à ce qui précède, le recours est admis au sens des considérants. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA, art. 89H al. 1 de la loi sur la procédure administrative [LPA ; RSG E 5 10]).

A/655/2013 - 10/10 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet. 3. Annule les décisions de l'intimé du 15 août 2012 et du 30 janvier 2013. 4. Dit que le recourant a droit au remboursement des soins dentaires de ses enfants au sens des considérants. 5. Dit que la procédure est gratuite. 6. 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

Isabelle CASTILLO

La présidente

Juliana BALDE 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.