

GE_GERICHTE ATAS/1102/2019 vom 27. November 2019

GE Cour de justice, 2019-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1102_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/1102/2019 du 27 novembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/1102/2019 del 27 novembre 2019

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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). En matière de prestations complémentaires cantonales, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie en cas de silence de la législation cantonale (art. 1A LPCC).

E. 3

Les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans le délai de trente jours suivant la notification auprès du tribunal des assurances compétent (art. 60 et 61 let. b LPGA ; art. 9 de la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité [LPFC ; J 4 20] ; art. 43 LPCC). Déposé dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable.

E. 4

a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours

ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont

A/686/2019 - 9/16 - certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). b. En l'occurrence, dans la décision sur opposition attaquée, l'intimé a accepté de prendre en charge partiellement – à hauteur de CHF 2'348.90, soit CHF 880.90 pour la dent n°35 et CHF 1'468.- pour la dent n°15 – les traitements figurant dans le devis établi en février 2018 par B_____. Ce devis chiffrait à CHF 5'471.- la réalisation, en faveur du bénéficiaire, d'un implant et d'une couronne au niveau la dent n°35, ainsi que d'une couronne sur la dent n°15. Dans son recours, le bénéficiaire ne conteste que le remboursement partiel accordé dans la décision sur opposition pour les traitements concernant la dent n°35. En revanche, il accepte le montant de CHF 1'468.- qui lui a été accordé pour la dent n°15. Partant, le litige ne porte que sur le remboursement par le SPC des traitements devisés pour la dent n°35. c. Contrairement à ce que semble considérer l'intimé dans sa réplique, le litige ne porte pas sur la question d'un éventuel remboursement par l'assurance-maladie des traitements énoncés dans le devis de février 2018. En effet, cette question ne fait pas l'objet de la décision sur opposition attaquée et partant, excède l'objet du litige, ce qui exclut le prononcé d'un jugement sur ce point.

E. 5

Selon l'art. 14 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle certains frais de maladie et d'invalidité de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis, notamment les frais de traitement dentaire (al. 1 let. a). 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 être toutefois être inférieurs à 25'000 fr. pour les personnes seules ou veuves et les conjoints de personnes vivant dans un home ou un hôpital et 50'000 fr. pour un couple (al. 3 let. a. ch. 1 et 2). Sur le plan cantonal, 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 du 14 octobre 1965 (LPFC - J 4 20) 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

A/686/2019 - 10/16 - matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 15 décembre 2010 (RFMPC; J 4 20.04). L'art. 10 RFMPC dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 - ici déterminante - 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 (al. 1). Si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire de technique dentaire inclus) risque, selon toute vraisemblance, de dépasser CHF 3'000.-, un devis doit être adressé au service avant le début du traitement (al. 3). Si le coût d'un traitement dentaire s'est élevé à plus de CHF

3'000.- 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 (al. 4). Selon le ch. 7.15 des directives cantonales sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'AVS/AI (DFM), entrées en vigueur le 1er janvier 2011, les frais de traitement dentaire ne peuvent être pris en compte dans le cadre des prestations complémentaires que s'ils correspondent à un traitement simple, économique et adéquat. Les frais de couronnes, de ponts ou de prothèses dentaires ne peuvent être pris en compte que si les traitements correspondants ont été effectués par un médecin-dentiste ou par un technicien-dentiste (dans cette dernière hypothèse, uniquement prothèses totales ou partielles, sans ponts, ni couronnes) habilité à exercer en qualité d'indépendant.

E. 6

Selon la jurisprudence, l'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2; ATF 125 V 95 consid. 4a). Par ailleurs, 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 (ATF 124 V 196 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_621/2012 du 3 avril 2013 consid. 5.1).

A/686/2019 - 11/16 - La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 95 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 279; arrêt du Tribunal fédéral 9C_912/2010 du 31 octobre 2011 consid. 3.2). Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3; ATF 124 V 196 consid. 4).

E. 7

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le

juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme A/686/2019 - 12/16 - objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

E. 8

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 (ATF 126 V 319 consid. 5a). Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à

l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

E. 9

En l'espèce, il convient préalablement de rappeler que dans un arrêt rendu le 17 décembre 2008 en matière d'assurance-maladie (ATAS/1487/2008), confirmé en bonne partie par le Tribunal fédéral (arrêt 9C_97/2009 du 14 octobre 2009), le TCAS avait retenu que le bénéficiaire souffrait de plusieurs maladies psychiques graves – nécessitant la prise de médicaments psychotropes – et de lésions dentaires consécutives à sa médication. Le TCAS avait considéré que la pose d'une prothèse amovible était contre-indiquée et dangereuse, étant donné que le recourant avait failli s'étouffer avec une prothèse lors d'une crise d'épilepsie. À cela s'ajoutait que

A/686/2019 - 13/16 - la prise de certains médicaments comportait un risque de sécheresse buccale, ce qui diminuait l'adhérence d'une prothèse totale. Dans la mesure où seul un traitement implantaire paraissait efficace et adéquat, il n'y avait pas lieu d'examiner plus avant la question de son économicité. Dans un autre arrêt rendu le 3 décembre 2015 (ATAS/929/2015), la CJCAS a jugé qu'une prothèse amovible bilatérale, préconisée par le médecin-dentiste conseil de l'assureur-maladie, constituait un traitement approprié et efficace, permettant de rétablir la fonction masticatoire. Le bénéficiaire ne pouvait donc pas exiger de son assureur-maladie qu'il prenne en charge la réalisation d'un traitement par implants endo-osseux, dont les coûts étaient plus de quatre fois supérieurs à la prothèse amovible bilatérale. À ce propos, le médecin-conseil de l'assureur-maladie avait relevé que si des prothèses amovibles partielles devaient être proscrites en raison d'un risque plus élevé d'absorption, des prothèses conçues pour les patients présentant un édentement bilatéral constituaient un traitement acceptable. Comme la prothèse amovible supérieure préconisée en 2014 par le médecin-conseil était plus volumineuse que ne l'était la prothèse amovible inférieure installée en 2004, la CJCAS a estimé qu'il était invraisemblable qu'une telle prothèse puisse glisser dans la gorge du bénéficiaire et l'exposer à un risque d'étouffement.

E. 10

Dans la décision sur opposition attaquée, l'intimé, sur la base d'un avis émis par son dentiste-conseil, n'a accepté de prendre en charge que partiellement – à hauteur de CHF 880.90 pour la dent n°35 et CHF 1'468.- pour la dent n°15 – les traitements figurant dans un devis du 23 février 2018, lequel concernait la réalisation d'un implant et d'une couronne au niveau la dent n°35, respectivement d'une couronne sur la dent n°15. L'intimé a notamment fait valoir que « les reconstructions prothétiques (couronnes, ponts, implants etc.) [n'étaient] pas considérées comme des traitements simples, économiques et adéquats au sens de la législation applicable en matière de prestations complémentaires ». À l'appui de

sa réponse, puis de sa duplique, l'intimé a produit deux nouveaux avis émis par son dentiste-conseil, proposant successivement de fixer à CHF 3'476.80, puis à CHF 2'850.-, le montant des traitements à rembourser par les prestations complémentaires. De son côté, le recourant soutient que la prothèse provisoire que semble préconiser le dentiste-conseil pour la dent n°35 – en lieu et place de l'implant et de la couronne devisés – ne correspond qu'à une solution temporaire, qui est inadéquate. Il souligne qu'une telle prothèse présente un fort risque de désintégration si elle est utilisée de manière définitive, voire un risque de perte osseuse et de nécrose de la muqueuse. Par ailleurs, il relève qu'en 2004, il s'est pratiquement étouffé avec une prothèse dentaire amovible partielle, en raison de convulsions liées à son épilepsie tonico-clonique.

E. 11

À titre liminaire, la chambre de céans rappelle que, dans le cadre des prestations complémentaires, les implants ne peuvent être pris en charge que s'il n'existe aucune autre thérapie possible (ATAS/370/2013 du 16 avril 2013). Lorsqu'il y a le

A/686/2019 - 14/16 - choix entre deux mesures thérapeutiques, il faut opter pour celle qui sera la moins coûteuse. Si plusieurs traitements entrent en considération, il convient, dans le domaine des prestations complémentaires, 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 (ATF 124 V 200 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 22/02 du 5 août 2002 consid. 2). Par ailleurs, pour permettre au juge de vérifier si les critères d'adéquation, d'économie et de simplicité sont réalisés, le rapport du dentiste-conseil doit indiquer les coûts et bénéfices respectifs des traitements envisagés, en tenant compte des risques qui leur sont liés (ATAS/290/2018 du 3 avril 2018). En l'occurrence, les rapports successifs du Dr C_____, qui préconisent une prise en charge partielle du devis à hauteur de divers montants contradictoires, ne sont pas motivés de manière intelligible et n'expliquent pas clairement quel traitement plus économique permettrait de rétablir, selon lui, la fonction masticatoire sans risques supplémentaires par rapport aux traitements – un implant et une couronne – devisés pour la dent n°35. Le Dr C_____ ne procède pas à une balance détaillée entre les coûts, les bénéfices et les risques des alternatives thérapeutiques, qui permettrait à la chambre de céans de vérifier si des traitements adéquats et potentiellement plus économiques que ceux proposés dans le devis seraient propres à garantir le rétablissement de la fonction dentaire. De surcroît, le Dr C_____, qui déclare que « [...] les propos de [la curatrice du recourant] [...] sont très particuliers et comportent bien des erreurs, il est inutile d'en parler », ne répond pas aux critiques formulées par le recourant en ce qui concerne les risques de désintégration, voire d'étouffement, que pourrait entraîner l'utilisation de certains types de prothèses, compte tenu des problèmes d'épilepsie qui l'affectent. On ne sait donc pas, en définitive, si le dentiste-conseil préconise un traitement adéquat en guise d'alternative aux traitements devisés pour la dent n°35. Ces risques d'étouffement avaient d'ailleurs été discutés dans le cadre des procédures antérieures déjà mentionnées, à l'issue desquelles la juridiction cantonale avait considéré qu'une prothèse amovible inférieure exposait effectivement le recourant à un tel risque, contrairement à une prothèse amovible supérieure bilatérale, dont le volume était tel qu'elle ne risquait pas de glisser dans la gorge pour s'y coincer (cf. ATAS/1487/2008 consid. 13c et ATAS/929/2015 consid. 9). Au vu de ce qui précède, les

rapports établis par le Dr C_____ revêtent une valeur probante insuffisante pour permettre à la chambre de céans de statuer en connaissance de cause sur le droit du recourant à la prise en charge du traitement dentaire devisé pour la dent n°35. Dans ces conditions, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il complète l'instruction sur ces questions et, si nécessaire, mette en œuvre une expertise dentaire auprès d'un expert indépendant,

A/686/2019 - 15/16 - désigné en respectant la procédure prévue par l'art. 44 LPGA. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision portant sur la prise en charge des frais du traitement dentaire devisé pour la dent n°35.

E. 12

Partant, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). *****

A/686/2019 - 16/16 - 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.