

GE_GERICHTE ATAS/1190/2018 vom 19. Dezember 2018

GE Cour de justice, 2018-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1190_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1190/2018 du 19 décembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1190/2018 del 19 dicembre 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 60 al. 1 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] et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 3

Le litige porte sur la prise en charge du traitement dentaire ayant fait l'objet du devis du 10 mars 2017.

E. 4

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. 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). Aux termes de l'art. 3 al. 1 LPCF, le SPC est l'organe d'exécution de cette loi. Il rend des décisions écrites et motivées et mentionne expressément dans quels délais, sous quelle forme et auprès de quelle autorité, il peut être formé opposition.

A/1996/2018 - 5/7 - 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 RFMPC. Selon l'art. 10 RFMPC, dans sa teneur en vigueur au 1er janvier 2018, les frais de traitement dentaire sont remboursés par le service dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. Les alinéas 2 à 6

sont réservés (al. 1). Les honoraires des prestations dentaires et des travaux de technique dentaire sont remboursés par le service sur la base du catalogue de prestations reconnu par les assurances AA/AM/AI et à une valeur fixe du point arrêtée à 85 centimes, soit 85% du tarif dentaire AA/AM/AI. Les frais de traitement dentaire qui ne sont pas pris en charge par le service ne peuvent être répercutés sur le bénéficiaire des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (al. 2). Si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire de technique dentaire inclus) dépasse 1 500 francs, 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 1 500 francs 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). Les devis et factures à présenter doivent être conformes aux prescriptions de l'alinéa 2 (al. 5). Les frais inhérents à l'établissement du devis sont imputés au montant destiné au remboursement des frais de maladie et d'invalidité (al. 6). 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), entrée en vigueur le 1er janvier 2011, 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. Les implants ne peuvent être pris en charge dans le cadre des prestations complémentaires que s'il n'existe aucune autre thérapie possible (ATAS/370/2013 du 16 avril 2013). Lorsqu'il y a le 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 (cf. ATF 124 V 200 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 22/02). Dans l'arrêt précité du 16 avril 2013, la chambre de céans a considéré que la réglementation applicable en la matière commandait de considérer que la pose d'un implant dentaire en remplacement d'une dent ne satisfaisait pas aux exigences

A/1996/2018 - 6/7 - légales d'économicité, dès lors que le coût d'une prothèse amovible conventionnelle était, dans les mêmes circonstances, sensiblement moindre (ATAS/370/2013).

E. 5

Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 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).

E. 7

En l'espèce, le Dr C_____ a estimé que le montant de CHF 1'350.- correspondait à un traitement dentaire simple, adéquat et économique pour le recourant, selon son bref rapport du 7 juin 2017, précisé le 5 novembre 2018. Bien que ce médecin ne se soit pas exprimé très clairement dans ce dernier rapport, il en ressort qu'il existe pour le recourant une alternative à la pose d'un implant et d'une couronne répondant aux critères d'un traitement simple, adéquat et économique. Cet avis médical n'est pas remis en cause par un autre avis médical, étant relevé que le devis établi par le médecin-dentiste du recourant n'avait pas pour but de proposer un traitement répondant aux critères précités. La chambre de céans a, en outre, déjà jugé que la pose d'un implant dentaire en remplacement d'une dent ne satisfaisait pas aux exigences légales d'économicité, dès lors que le coût d'une prothèse amovible conventionnelle était, dans les mêmes circonstances, sensiblement moindre. Les considérations du recourant tendant à démontrer qu'il ne pourrait pas supporter un appareil dans la bouche – expérience qu'il n'a pas encore vécue – ne permettent pas de retenir que la solution préconisée par le médecin-conseil de l'intimé ne serait pas adéquate. Il n'est pas contesté que la pose d'un implant constituerait probablement une meilleure solution pour le recourant, mais il faut rappeler, à cet égard, que l'intimé n'a pas à prendre en charge la meilleure solution, mais la moins coûteuse.

E. 8

Il y a ainsi lieu de confirmer la décision querellée et de rejeter le recours. La procédure est gratuite.

A/1996/2018 - 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.