

GE_GERICHTE ATAS/44/2026 vom 23. Januar 2026

GE Cour de justice, 2026-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_44_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/44/2026 du 23 janvier 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/44/2026 del 23 gennaio 2026

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10] et art. 43 LPCC). Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 al. 1 et 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] ; art. 43 LPCC). 2. Est litigieuse la question de savoir si le recourant a droit au remboursement de ses frais dentaires. 2.1 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

A/3647/2024 - 7/13 - de personnes vivant dans un home ou un hôpital, respectivement CHF 90'000.- pour les personnes vivant à domicile qui ont droit à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-accident lorsque l'impotence est grave, dans la mesure où les frais de soins et d'assistance ne sont pas couverts par l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI (al. 3 let. a ch. 1 et al. 4). 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, lesquels doivent répondre aux règles suivantes : les montants maximaux remboursés doivent correspondre 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). Le Conseil d'État a fait usage de la

compétence lui étant déléguée par l'article précité 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 du 15 décembre 2010 (RFMPC - J 4 20.04), entré en vigueur le 1er janvier 2011. Aux termes de l'art. 10 RFMPC, dans sa version en vigueur depuis le 1er juin 2024, les frais de traitement dentaire et les frais d'orthodontie au sens de l'al. 4 sont remboursés par le service dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat (al. 1). Les frais de traitement dentaire font l'objet d'une procédure d'estimation et de remboursement fixée par directive départementale. Si ces frais (frais de laboratoire de technique dentaire inclus) dépassent un montant de CHF 1'500.-, ils font l'objet d'un devis qui est soumis, par le biais de l'application informatique Medident, à une ou un médecin-dentiste conseil, dont les déterminations fondent les décisions du service. Lorsque ces frais sont inférieurs à la limite précitée, le service statue en principe seul (al. 3).

2.2 Comme l'y autorise l'art. 1 al. 3 RFMPC, le département compétent a en outre émis 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. Ces directives énoncent qu'en principe les frais de traitement dentaire (frais de dentiste, travaux de technique dentaire, matériel, médicaments) ne peuvent être pris en compte dans le cadre des prestations complémentaires que s'il s'agit d'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 (ch. 7.15).

2.3 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

A/3647/2024 - 8/13 - 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. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_621/2012 du 3 avril 2013 consid. 5.1 et les références). L'économie du traitement peut prêter à discussion en matière de traitements prothétiques, étant donné l'éventail des prestations – plus ou moins onéreuses – qu'offre en ce domaine la médecine dentaire. Si plusieurs traitements sont donc envisageables, il y a lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices du traitement. Si l'un d'entre eux permet d'arriver au but recherché, tel par exemple 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 et les références ; ATF 139 V 135 consid. 4.4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral P 22/02 du 8 août 2022 consid. 2). Une balance entre coûts et bénéfices n'apparaît légitime en matière d'assurances sociales que si plusieurs traitements sont envisageables et que l'un permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres (François-X. DESCHENAUX, Le précepte de l'économie de traitement dans

l'assurance-maladie sociale, in *Le droit des assurances sociales en mutation*, 1992, p. 536 ; Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherungsrechtliche Aspekte der zahnärztlichen Behandlung nach Artikel 31 Abs. 1 KVG*, in *LAMal - KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances*, 1997, p. 248). En principe, les coûts occasionnés par tous les traitements dentaires doivent être remboursés pour autant que les conditions de simplicité, d'économicité et d'adéquation de la mesure soient remplies. Il n'existe aucune base légale pour une exclusion générale des mesures dentaires visant à traiter une maladie (ATF 130 V 185 consid. 4.3). La chambre de céans a jugé que des 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).

2.4 Concernant la prise en charge des traitements dentaires des bénéficiaires des prestations complémentaires, l'AMDCS a émis la recommandation G « Couronnes, ponts, implantologie », état au mois de janvier 2018, selon laquelle les prothèses dentaires fixes et les couronnes implanto-portées apportent du confort, mais coûtent très cher et ne respectent bien souvent pas les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. En principe, les prothèses fixes ne sont prises en charge que dans des cas exceptionnels, uniquement dans le cadre d'une bonne collaboration et d'une hygiène bucco-dentaire satisfaisante de la part du patient ainsi que d'un pronostic

A/3647/2024 - 9/13 - favorable à long terme sur plus de dix ans. Cependant, lorsque la denture du patient est saine et exempte de caries, on rencontre de plus en plus de cas dans lesquels il n'était pas raisonnable de recourir à un traitement sans prothèse fixe. Ce dernier occasionnerait trop de dommages supplémentaires au système masticatoire. À long terme, avoir recours à une prothèse fixe pouvait permettre de réaliser d'importantes économies. En vertu de l'arrêt P 59/05 du Tribunal fédéral des assurances, les prestations complémentaires ne sont pas tenues de prendre en charge une couronne céramo-métallique. Certes, une couronne peut être considérée comme une solution efficace, voire appropriée, mais pas économique. Il convient donc de définir les exceptions de manière très précise. L'offre prothétique est très diversifiée et beaucoup de produits présents sur le marché ne sont pas testés sur le long terme. Les résultats de ces traitements modernes et peu éprouvés dépendent beaucoup du praticien : s'il est chevronné, les résultats sur le long terme peuvent être très bons, mais s'il ne l'est pas, les résultats ne sont pas optimaux. Il convient donc de privilégier, dans les cas normaux, des traitements qui ont été testés sur le long terme dans le cadre d'une indication reconnue et avec lesquels on peut toujours obtenir de bons résultats.

2.5 Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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. À 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

A/3647/2024 - 10/13 - 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 objectivement fondés. Étant 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 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 3. Dans le cas particulier, le traitement effectué par les médecins traitants du recourant consiste en la pose d'une prothèse fixe sur plusieurs implants. L'intimé a refusé de prendre en charge ce traitement, au motif qu'il n'était ni simple, ni économique. Le recourant conteste ce point de vue, estimant que le traitement préconisé par ses médecins traitants était le seul adapté à sa situation médicale, en particulier au syndrome sévère d'apnée du sommeil. La question se pose donc de savoir si le traitement proposé par les médecins traitants de la recourante répond aux critères de la simplicité, de l'économicité et de l'adéquation. En l'occurrence, l'ensemble des médecins qui se sont prononcés sur la

question s'accordent à dire que le critère de l'adéquation est réalisé dans le cas du recourant. L'intimé conteste toutefois le caractère simple et économique du traitement réalisé

A/3647/2024 - 11/13 - par les médecins traitants de l'intéressé. Il se fonde, en cela, sur les avis de deux médecins-dentistes conseils, qu'il convient d'examiner. Le rapport d'expertise dentaire du 7 juin 2024 du Dr C_____ est très succinct. Il se limite à relever que la procédure préconisée par les médecins traitants est « hors norme », sans discuter de la question – pertinente en l'occurrence – du type de traitement pouvant être entrepris par le recourant, compte tenu de son état de santé. Le représentant de l'intimé a toutefois expliqué en audience qu'à ce moment-là, le médecin ne connaissait pas la situation médicale du recourant. L'intimé l'a dès lors à nouveau questionné sur le caractère simple et économique du traitement dentaire du recourant, ce à quoi le médecin a répondu, dans une prise de position du 1er décembre 2024, qu'il ne l'était pas, « et ceci indépendamment de la situation du bénéficiaire ». On comprend ainsi qu'il a, cette fois, tenu compte de la situation médicale du recourant, en particulier du syndrome d'apnée du sommeil, mais que cet élément ne changeait rien à sa conclusion. Le médecin a également précisé qu'un traitement simple et économique aurait été l'extraction des dents restantes à la mandibule de l'intéressé et la pose d'une prothèse complète stabilisée par deux implants. Cette appréciation est confirmée par le Dr H_____, qui, dans son appréciation du 31 octobre 2025, relève que « le fait de devoir porter un CPAP ne justifiait a priori pas un traitement de cette envergure ». Il est également d'avis que le traitement effectué par les médecins du recourant n'était ni simple ni économique. Un traitement plus simple aurait consisté en une prothèse totale soutenue par deux implants, ce qui aurait été plus en adéquation avec les critères légaux de prise en charge pour les bénéficiaires de prestations complémentaires. Il appert ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, que la situation médicale de l'intéressé a été prise en compte, mais que, selon les médecins précités, celle-ci ne justifiait pas le traitement, plus onéreux, consistant en la pose d'une prothèse fixe sur plusieurs implants. Cette appréciation – convergente – des deux médecins-conseil de l'intimé n'est pas remise en cause in casu. Entendu en audience, le médecin traitant du recourant a certes indiqué que la condition d'apnée du sommeil de son patient l'avait orienté vers le choix de poser une prothèse fixe. Il a toutefois précisé qu'il n'était pas spécialiste en la matière et qu'il s'était fondé sur les seules déclarations de son patient. Il a ajouté qu'il ignorait que l'intéressé était au bénéfice de prestations complémentaires et qu'il ne s'était pas posé la question du caractère économique du traitement, compte tenu de sa situation médicale. Quant à la Dre E_____, elle a relevé, dans son avis du 3 octobre 2025, que le traitement avait permis un meilleur confort dans le port du masque et des nuits de meilleure qualité. Il appert ainsi que les médecins traitants du recourant se limitent à se prononcer sur le caractère adéquat – qui n'est pas contesté – sans se prononcer sur le caractère simple et économique du traitement effectué. Or, s'il n'est

A/3647/2024 - 12/13 - pas contesté que la pose d'une prothèse fixe constitue une solution optimale pour le recourant, apportant notamment un meilleur confort et une meilleure qualité de nuit, l'intimé n'a pas à prendre en charge la meilleure solution, mais la moins coûteuse (cf. notamment ATAS/453/2021 du 11 mai 2021 ; ATAS/1190/2018 du 19

décembre 2018 consid. 7). Enfin, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il soutient, dans ses dernières observations du 19 décembre 2025, que les apnées du sommeil n'étaient qu'une partie de la problématique, l'état antérieur du maxillaire inférieur étant prédominant dans le choix du traitement dentaire. Cet élément ne ressort d'aucune pièce médicale, ni déclarations de son médecin traitant. Au contraire, dans son rapport médical du 29 octobre 2024, après avoir constaté qu'une radiographie panoramique avait révélé une atteinte parodontale sévère généralisée, le Dr D_____ a indiqué que deux possibilités lui étaient offertes afin de réhabiliter sa mâchoire inférieure : soit une prothèse fixée sur six implants, soit une prothèse amovible stabilisée sur deux implants. En audience, il a précisé que c'était la condition de l'apnée du sommeil qui l'avait orienté vers la première option (prothèse fixe). Ainsi, à aucun moment, le médecin n'a-t-il indiqué que le traitement de la prothèse fixe sur plusieurs implants était la seule option envisageable en raison de la position du maxillaire inférieur du recourant. Il s'ensuit que le traitement dentaire réalisé par les médecins du recourant n'était ni simple ni économique, si bien qu'il n'avait pas à être remboursé par l'intimé. La décision de l'intimé est ainsi conforme au droit. 4. Le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario et art. 89H al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

A/3647/2024 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

E. 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.

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