

GE_GERICHTE ATAS/618/2016 vom 10. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_618_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/618/2016 du 10 août 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/618/2016 del 10 agosto 2016

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) 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

A/4303/2015 - 5/10 - 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

a. En matière de prestations complémentaires fédérales, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1er 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; RSG J 7 10]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA). b. S'agissant des prestations complémentaires cantonales, l'art. 43 de la loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 25 octobre 1968 (LPCC ; RSG J 7 15) ouvre les mêmes voies de droit. c. En l'espèce, le recours a été adressé dans les forme et délai légaux (art. 56ss LPGA), de sorte qu'il est recevable.

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 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [LPC; 831.30]).

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 de deux factures de soins dentaires datées des 25 juillet et 19 décembre 2013, d'un montant de CHF 4'061.40, respectivement CHF 4'077.25.

E. 5

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 être 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

A/4303/2015 - 6/10 - 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).

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

E. 7

L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise présentée par une partie peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis

A/4303/2015 - 8/10 - quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b p. 352 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_773/2007 du 23 juin 2008 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, 126 V

353 consid. 5b, 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. 9

En l'espèce, la décision de refus de l'intimé se fonde sur le fait que les traitements dentaires litigieux ne correspondraient pas à un traitement simple, économique et adéquat.

Pour sa part, la recourante soutient en substance que si un voyage urgent en Italie ne l'avait pas empêchée de se rendre chez le Dr B_____ le 5 mai 2015, elle aurait pu établir son droit au remboursement intégral des frais litigieux qui s'élevaient à CHF 8'138.65 « sans devis préalable ». Elle avait donc droit à une participation d'au moins CHF 3'000.- en toute hypothèse et même à une prise en charge intégrale au vu des circonstances particulières du cas d'espèce. Ce raisonnement repose sur des prémisses erronées. Premièrement, il ressort des explications données par le Dr B_____ et des renseignements que celui-ci a pris auprès de la SMD que les deux factures litigieuses faisaient partie d'un traitement devisé à CHF 30'000.- « pour une prise en charge personnelle par le patient et ne [correspondant] pas aux modalités de prise en charge par une assurance sociale ». Il existait donc bel et bien un devis qui, de l'avis de la SMD et de l'expert B_____, ne remplissait pas les critères de simplicité, d'économicité et d'adéquation posés par l'art. 10 al. 1 RFMPC. De plus, quoi qu'en dise la recourante, l'art. 10 al. 4 RFMPC ne consacre nullement une dérogation aux critères évoqués pour les devis n'excédant pas CHF 3'000.-, il fonde simplement une présomption que le traitement d'un coût supérieur à CHF 3'000.-, pour lequel aucun devis n'a été adressé à l'organe d'exécution, ne constitue pas un traitement simple, économique et adéquat (cf. ci-dessus : consid. 6d). Dans la mesure où dans le cas particulier, la recourante n'était pas au bénéfice de prestations complémentaires entre le 1er février 2012 et le 31 août 2014, il paraît certes malaisé de lui reprocher de ne pas avoir soumis au SPC le devis de la SMD, daté du 10 janvier 2013, pour approbation préalable. Il n'empêche : de telles circonstances particulières ne changent rien au fait que le remboursement de frais déjà encourus demeure, quoi qu'il en soit, subordonné à l'existence d'un traitement simple, économique et adéquat (cf. ATAS/1057/2013 consid. 7b). Du reste, l'intimé

A/4303/2015 - 9/10 - ne s'est pas contenté de renvoyer la recourante à la présomption de l'art. 10 al. 4 RFMPC en lui laissant le soin d'apporter la preuve du contraire. Il a ouvert d'office une instruction portant sur les points pertinents en confiant un mandat d'expertise au Dr B_____ puis en posant des questions complémentaires à cet expert. Enfin, la recourante a beau soutenir qu'elle aurait pu démontrer à l'expert que les conditions de simplicité, d'économicité et d'adéquation étaient remplies si son voyage en Italie ne l'en avait pas empêchée, elle n'a toutefois pas mis à profit son opposition du 6 juillet 2015, ni son recours du 27 novembre 2015, ni une quelconque réplique pour produire un rapport médical et/ou d'expertise qui mettrait en doute les prises de position claires et concordantes de son médecin traitant – soit la SMD – et de l'expert B_____ sur la non réalisation des critères posés par l'art.

E. 10

Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA).

A/4303/2015 - 10/10 - 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.