

GE_GERICHTE ATAS/742/2015 vom 6. Oktober 2015

GE Cour de justice, 2015-10-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_742_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/742/2015 du 6 octobre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/742/2015 del 6 ottobre 2015

Erwägungen

E. 1

a. 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 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC - RS 831.30 ; cf. aussi art. 9 de la loi genevoise sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 14 octobre 1965 [LPFC - J 4 20]). 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). Le présent recours porte sur la décision sur opposition du SPC du 17 mars 2015 refusant la prise en charge des frais d'un traitement dentaire du recourant, en application de la législation fédérale et cantonale sur les prestations complémentaires. La chambre de céans est donc compétente pour en connaître. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LPCC contient le cas échéant sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LPC). Le présent recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). L'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

E. 2

Il sied de préciser préliminairement qu'il ne saurait être opposé au recourant qu'il n'a pas formé d'opposition à l'encontre du courrier du 22 octobre 2014 par lequel l'intimé lui a indiqué qu'il refusait de prendre en charge la facture des soins dentaires considérés. D'une part, cette lettre, présentée comme un document valable sans signature, n'était pas signée, et d'autre part elle ne comportait pas l'indication, pour la contester, du délai et de la voie de l'opposition, alors qu'il s'agit là de deux conditions auxquelles les décisions doivent satisfaire (art. 49 al. 1 LPGA, étant précisé que la forme écrite requiert la signature, et art. 49 al. 3 phr. 1 LPGA), et qu'une notification irrégulière ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 phr. 3 LPGA). Même une décision rendue en procédure simplifiée, selon l'art. 51 al. 1 LPGA, exige la forme écrite et l'indication que le destinataire peut demander une décision formelle (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY/ Bettina KAHIL-WOLFF/ Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 529).

E. 3

a. Les personnes qui - comme le recourant - ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à des prestations complémentaires fédérales dès lors qu'elles remplissent les conditions fixées aux art. 4 à 6 LPC, en particulier ont droit à certaines prestations d'assurances sociales, dont une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants ou une rente d'invalidité (art. 4 al. 1 let. a et d LPC). Les prestations complémentaires fédérales se composent de la prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 LPC). Le remboursement des frais de maladie et d'invalidité (venant s'ajouter à la prestation complémentaire annuelle) incombe aux cantons, aux conditions minimales fixées par l'art. 14 al. 1 LPC, comportant les frais dentaires (let. a). Selon l'art. 14 al. 2 LPC, 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. L'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI - RS 831.301), ne comporte pas de précisions qui seraient pertinentes dans le cas d'espèce. b. Selon l'art. 2 al. 1 let. c phr. 1 LPFC, le Conseil d'État détermine les frais de maladie et d'invalidité qui peuvent être remboursés, en application de l'art. 14 al. 1 et 2 LPC. Intitulé « Lieu de survenance des frais », l'art. 7 du 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), pose le principe que sont remboursés les frais de maladie et d'invalidité ainsi que les dépenses pour moyens auxiliaires qui sont survenus en Suisse (al. 1), et prévoit que les frais survenus à l'étranger sont exceptionnellement remboursés s'ils se sont révélés indispensables pendant un séjour hors de Suisse ou si les mesures indiquées du point de vue médical ne pouvaient être appliquées qu'à l'étranger (al. 2).

E. 4

a. En l'espèce, le recourant a certes produit une attestation de son médecin dentiste selon laquelle il avait été consulter ce dernier le 17 septembre 2013 en urgence. Toutefois, non seulement ladite attestation est postérieure de plus de dix mois à cette consultation, mais encore elle est laconique et n'établit nullement en quoi aurait consisté l'urgence à laquelle il aurait été nécessaire de faire face. En possession du devis établi le 17 septembre 2013 par ledit médecin-dentiste, énumérant les soins dentaires à effectuer, le médecin-dentiste-conseil de l'intimé a nié tout caractère d'urgence aux soins considérés. La chambre de céans ne saurait retenir, dans ces conditions, que le recourant s'est véritablement trouvé dans une situation d'urgence. b. De plus, si Meyrin, où habite le recourant, est certes situé près de Saint-Genis- Pouilly (en France dite voisine), où ledit médecin-dentiste a son cabinet, force est

A/1298/2015 - 6/8 - de relever que de nombreux cabinets dentaires et plusieurs permanences dentaires sont implantés sur le territoire genevois et étaient tout aussi accessibles au recourant que le cabinet dudit médecin-dentiste. Le 17 septembre 2013 était un mardi, un jour ouvrable, si bien qu'il n'y a lieu d'avoir à ce propos une autre appréciation dans le cas particulier. Le recourant n'a par ailleurs pas prétendu ni a fortiori prouvé ou rendu hautement vraisemblable qu'il se serait trouvé ce jour-là en séjour en

France, à proximité dudit cabinet dentaire. c. Les conditions exceptionnelles – au surplus cumulatives – auxquelles, à teneur de l’art. 7 al. 2 RFMPC précité, des frais médicaux survenus à l’étranger sont remboursés ne sont pas remplies.

E. 5

a. C'est un principe général, de rang constitutionnel, que les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir de manière conforme aux règles de la bonne foi (art. 5 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 - Cst. - RS 101). Le principe de la bonne foi s'applique aussi en matière d'assurances sociales. Le législateur en a ancré certaines de ses prémisses dans la LPGA et les lois spécifiques, à savoir le devoir de renseigner. Selon l'art. 27 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1), chacun ayant au surplus le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations, par les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2) ; si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3). Ce principe est complété par un droit constitutionnel, source de prétentions justiciables devant les autorités et tribunaux, à savoir celui de toute personne d'être traitée par les organes de l'Etat conformément aux règles de la bonne foi (art. 9 Cst.). L'application du principe de la bonne foi suppose que l'autorité soit intervenue par un acte ou une omission dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, qui, seules, peuvent le cas échéant se prévaloir de sa violation et, si sont réalisées les conditions exceptionnelles dans lesquelles le principe de la bonne foi doit l'emporter sur celui de la légalité, obtenir une adaptation de leur régime légal dans la mesure nécessaire au respect du principe de la bonne foi (Pierre MOOR / Alexandre FLÜCKIGER / Vincent MARTENET, Droit administratif, 3ème éd. 2012, I/6.4.1). L'administration peut ainsi se trouver liée par des renseignements inexacts (et a fortiori des assurances erronées) qu'elle donnerait, pour autant qu'elle était compétente (à tout le moins apparemment) pour ce faire, que les renseignements en question étaient inexacts, ont été fournis sans réserve, en termes clairs et catégoriques, en rapport avec une situation concrète déterminée, que l'inexactitude ne tient pas un changement subséquent de la loi, que l'administré n'a pas été en mesure, en faisant preuve d'un minimum d'attention, de reconnaître l'erreur, et qu'il a pris, en se fiant à ces renseignements, des dispositions

A/1298/2015 - 7/8 - irréversibles (Pierre MOOR / Alexandre FLÜCKIGER / Vincent MARTENET, op. cit., I/6.4.2). b. En l'espèce, le recourant ne saurait se prévaloir de l'ignorance de l'art. 7 al. 2 RFMPC précité, dès lors qu'il s'agit d'une disposition réglementaire dûment adoptée et publiée, en vigueur dès le 1er janvier 2011 (ROLG 2010 p. 952). Par ailleurs, il n'allègue ni ne démontre que l'intimé lui aurait donné antérieurement des assurances le légitimant à se faire faire à l'étranger, en particulier en France voisine, des soins dentaires au bénéfice de prestations complémentaires à la charge de l'intimé. Le recourant a tardé à solliciter de l'intimé la prise en charge des frais dentaires considérés, d'un montant d'une certaine importance, et ce quand bien même – selon ce qu'il prétend – il aurait soumis ladite facture à l'intimé au début de l'année 2014 (plutôt que le 29 août 2014 comme l'indique l'intimé), soit alors qu'il avait déjà sollicité un devis, trois mois plus tôt, et qu'il avait déjà acquitté cette facture. C'est le devis qu'il aurait dû soumettre à l'intimé, sans délai, en expliquant au surplus de façon convaincante en quoi il y aurait urgence à effectuer ces travaux dentaires, voire à les avoir déjà débutés, ainsi que les circonstances l'ayant

amené à aller consulter en France voisine. Le recourant ne peut donc pas déduire du principe de la bonne foi une obligation de l'intimé de prendre en charge les frais dentaires considérés.

E. 6

Le recours sera rejeté. La présente procédure est gratuite, étant précisé que le recourant n'a pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA).

A/1298/2015 - 8/8 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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