

GE_GERICHTE ATAS/764/2013 vom 13. August 2013

GE Cour de justice, 2013-08-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_764_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/764/2013 du 13 août 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/764/2013 del 13 agosto 2013

Erwägungen

E. 12

La SPC persiste le 26 avril 2013 et après l'échéance du délai fixé à l'assuré pour consulter les pièces et se déterminer, la cause a été gardée à juger le 5 juin 2013. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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). 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 cantonales complémentaires du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 4 25). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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 complémentaire cantonales, l'art. 43 de la loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à

A/1073/2013 - 5/10 - 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. 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). 4. Le litige porte sur la prise en charge du traitement dentaire du recourant 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 25'000 fr. 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 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) 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 matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (RFMPC; J 4 20.04), entré en vigueur le 1er janvier 2011. 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 7

A/1073/2013 - 6/10 - septembre 2005 sur la législation d'exécution concernant la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) [FF 2005 5641 p. 5839]). Ces frais étaient jusqu'alors déterminés par les dispositions de l'ordonnance du Conseil fédéral du 29 décembre 1997 relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPC), abrogée par la RPT. Cependant, selon les dispositions transitoires de la LPC (art. 34), les art. 3 à 18 de l'OMPC dans sa version en vigueur au 31 décembre 2007 restaient applicables par analogie, pour une durée maximale de trois ans dès le 1er janvier 2008, tant que les cantons n'avaient pas défini les frais susceptibles d'être remboursés au sens de l'art. 14. al. 1 LPC. c) Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF I 648/06 du 8 août 2007, consid. 3), la légalité de la décision litigieuse doit être examinée selon le règlement en vigueur depuis le 1er janvier 2011 (la décision datant de 2013), ce qui ne change rien à la solution du litige, eu égard à la teneur identique de l'OMPC et de la jurisprudence y relative. d) Aux termes de l'art. 10 RFMPC, les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. (al. 1). Le tarif de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance- invalidité (tarif AA/AM/AI) est déterminant pour le remboursement des honoraires des prestations dentaires et le tarif AA/AM/AI pour le remboursement des travaux de technique dentaire (al. 2). Si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire inclus) risque, selon toute vraisemblance, de dépasser 3'000 francs, un devis doit être adressé à l'organe d'exécution en matière de PC avant le début du traitement (al. 3). 3'000 francs au plus seront remboursés si un traitement d'un coût supérieur à ce montant a été effectué sans approbation préalable du devis. 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). Cette disposition doit être interprétée en ce sens qu'elle fonde une présomption que le traitement d'un coût supérieur à 3'000 francs pour lequel aucun devis n'a été adressé à l'organe d'exécution ne constitue pas un traitement simple, économique et adéquat. L'assuré peut toutefois renverser cette présomption en apportant la preuve du contraire (ATF P 9/06 du 2 février 2007, consid. 2). Les devis et factures à présenter doivent être conformes aux positions tarifaires du tarif AA/AM/AI (al. 5). 6. L'OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES (OFAS) a

édicte des directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC). Dans leur teneur au 1er janvier 2007, ces directives prévoyaient à leur annexe IV (Directives sur le remboursement des frais de traitement dentaire en matière de PC) qu'en règle générale, il y a lieu de prévoir des prothèses partielles en métal. De

A/1073/2013 - 7/10 - manière générale, il importe lors de la planification, de tenir compte de l'attitude qu'on est en droit d'attendre de la part du patient à l'égard de la prophylaxie. Lorsqu'il y a le choix entre deux mesures thérapeutiques, il faut, en général, opter pour celle qui sera la moins coûteuse. Cette annexe n'a pas été remise en cause par le Tribunal fédéral (ATF 8C_609/2008 du 18 février 2009, consid. 4.2). Elle a été abrogée avec le transfert des compétences aux cantons. 7. D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 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). 8. En l'espèce, l'assuré conteste l'avis du Dr C_____ au motif que les deux devis demandés, effectués avec sérieux, s'élèvent à 7'545 fr. et à 8'194 fr. alors que l'expert a 78 ans, qu'il n'a consacré que 20 minutes à l'examen de ses dents, et qu'il l'a fait attendre 5 mois. Si l'on peut certes regretter que le Dr C_____ ait attendu aussi longtemps avant d'examiner l'assuré, il s'avère cependant que celui-ci n'a rien entrepris entre décembre 2008, date du traitement de la clinique de X_____ consistant en l'extraction de plusieurs dents, et octobre 2011, pour entreprendre la suite du traitement. Ensuite, rien n'indique qu'il faut plus de 20 minutes d'examen pour se déterminer sur le caractère économique et adéquat d'un traitement détaillé par un devis. A cet égard, le Dr C_____ ne remet pas en cause la nécessité d'extraire les dents restantes et de poser des prothèses dentaires. Au demeurant, il ne critique pas le coût du laboratoire. Il estime tout au plus que le choix d'une prothèse immédiate (119 points) est plus économique que celui d'une prothèse totale (266 points), que le rebasage (la prothèse présente des défauts qui peuvent être corrigés par une nouvelle résine alors que le montage reste intouché) n'a pas à être devisé avant même qu'il soit nécessaire de l'entreprendre, que le montage individualisé et

A/1073/2013 - 8/10 - les instructions de nettoyage ne sont pas nécessaires et que le point applicable est de 3,10 et non pas de 3,60. L'assuré ne conteste pas ces éléments d'appréciation, ne produit aucun avis médical contraire, ni un courrier de Y_____ DENTAIRE SA qui soutiendrait par exemple que ce type de prothèse n'est pas envisageable dans son cas, ou qu'il est impossible de se passer d'un rebasage immédiat. Au surplus, rien ne permet d'imaginer que le Dr C_____ n'aurait pas, conformément à ce qu'il affirme,

informé la clinique en question des modifications à apporter au devis. Or, l'assuré ne semble pas avoir pris la peine de reprendre contact avec celle-ci pour s'enquérir de la possibilité d'exécuter un devis sur ces bases. Finalement, le site de la Société suisse des médecins-dentistes (SSO) confirme que la valeur du point est actuellement de 3fr 10. Finalement, si ce médecin-conseil est en effet âgé (78 ans), il est surtout déterminant qu'il soit compétent, encore actif (non seulement comme médecin-conseil, mais comme dentiste traitant) et donc au courant des techniques dentaires modernes. Si tel ne devait pas être le cas, il appartiendrait alors au SPC de trouver un autre dentiste-conseil. Par contre, la décision du SPC et l'avis du Dr C _____ sont lacunaires s'agissant de la motivation. Il est en effet exigible qu'un assuré comprenne les motifs de la décision et pas seulement la décision sur opposition. De plus, il n'est pas admissible de motiver par téléphone une "expertise", qui n'en revêt en tout état pas les qualités, s'agissant donc tout au plus de l'avis du médecin conseil de l'assurance, griffonné sur un formulaire ad hoc. Finalement, il n'est pas sérieux de faire une liste non exhaustive (mention de "etc".) des éléments du devis qui ne sont pas nécessaires à un traitement simple et économique, mais adéquat. Ainsi, seules les mentions expressément exclues par le médecin-conseil, selon la décision sur opposition, doivent être extraites du devis. Il s'agit donc des rebasages (2x 46, 1x 42 et 1x 74), du montage individualisé (2x 35 pts) et des instructions de nettoyage au patient (2x 12 pts), outre la question de type de prothèse (réduction de 266 à 119 pts pour l'arcade supérieure et de 152 à 119 pts pour l'arcade inférieure) et de la valeur du point (3 fr. 10 au lieu de 3 fr. 60). Ainsi, de 1'484.20 pts, le nombre de point est réduit à 1'142.50 pts. Au tarif SSO de 3 fr. 10, le devis des prestations dentaires est ramené à 3'541 fr. 75 (au lieu de 5'344 fr. 20), auquel s'ajoutent les frais de laboratoire de 2'850 fr. soit un total de 6'391 fr. 75 arrondi à 6'392 fr. 9. En conséquence, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition est annulée en tant qu'elle fixe la participation maximale au frais de traitement dentaire devisé à 4'590 fr. Cela étant dit, si la clinique en question refuse d'effectuer le traitement au tarif réduit de 3'541 fr. 75, outre les frais de laboratoire qui seront peut-être plus bas pour une prothèse "immédiate", l'assuré peut effectivement s'adresser à la clinique dentaire.

A/1073/2013 - 9/10 -

A/1073/2013 - 10/10 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement, annule la décision sur opposition du 15 mars 2013 en tant qu'elle fixe la participation maximale aux frais de traitement devisés par Y _____ DENTAIRE SA à 4'590 fr. et dit que cette participation maximale est fixée à 6'392 fr. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF; RS 173.110) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires cantonales. Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Irène PONCET

La présidente

Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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