

## **GE\_GERICHTE ATAS/809/2012 vom 19. Juni 2012**

GE Cour de justice, 2012-06-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_809\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_809_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/809/2012 du 19 juin 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/809/2012 del 19 giugno 2012

### **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; 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

A/1153/2012 - 5/10 - 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 à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 7 15). 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 complémentaire 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 du traitement dentaire du recourant, s'agissant de la pose de deux implants dentaires (dents 24 et 26) sur le maxillaire supérieur gauche, puis la réalisation d'un pont ceramo-métallique.

#### **E. 5**

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.

A/1153/2012 - 6/10 - 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 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). 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; RG J 7 10.05), 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

## **E. 7**

En l'espèce, l'avis circonstancié de l'expert mandaté par le SPC est convaincant et aucun autre avis médical ne remet en cause ses conclusions. Il établit que la réalisation d'une prothèse amovible répond aux critères d'économicité et d'adéquation. Conformément aux directives citées, la pose d'implants - beaucoup plus coûteuse qu'une prothèse amovible - est prise en charge seulement s'il n'existe aucune autre thérapie possible. Or, le Dr A\_\_\_\_\_ ne le prétend pas et il a d'ailleurs confirmé à l'expert qu'il avait informé son patient que seule une prothèse serait prise en charge, ce dernier n'en voulant toutefois pas. L'attestation de la Clinique dentaire indique que le patient se plaint de difficulté d'adaptation de la prothèse, sans établir de motif objectif et vérifiable (autre des plaintes subjectives) qui justifierait la pose d'implants comme seule thérapie possible. De plus, la clinique se prononce sur les dents 44-47 et non pas 24 et 26. Le médecin traitant se borne à attester - ce qui n'est pas contesté - que l'absence de dents de la mâchoire supérieure gauche implique une difficulté à s'alimenter, sans prétendre que seule la pose d'implants pourrait y remédier. Ainsi, à défaut d'avis médical probant, il faut admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que la pose d'implants ne respecte pas le critère de l'économicité et qu'une prothèse amovible est adéquate. S'agissant de la limite de 2'300 fr., aucun devis pour une prothèse amovible d'un montant supérieur ne permet de la remettre en cause. Ainsi, si l'assuré préfère la pose d'implants (dents 24 et 26), il peut faire exécuter l'un ou l'autre des devis et prendre à sa charge la part non couverte par le SPC, ce qui revient à 200 fr. près à sa proposition du 1er février 2011. S'agissant des autres griefs de l'assuré, il est certes inadmissible que le SPC ait tardé près d'un an à statuer sur son opposition, mais le recourant

n'a plus d'intérêt juridique à faire constater un déni de justice eu égard précisément à la décision rendue. L'absence de syllogisme dans la décision du SPC n'affecte pas la validité de celle-ci et est au demeurant réparée par le présent arrêt. S'agissant du plafond de 25'000 fr. pour le remboursement des frais, il s'agit précisément d'un maximum annuel qui ne dispense pas le SPC de vérifier, pour tout devis supérieur à 3'000 fr. si les critères légaux sont remplis. Il sied de préciser que la décision à laquelle l'assuré s'est opposé et contre laquelle il recourt ne concerne que le devis du Dr A\_\_\_\_\_ du 18 novembre 2010 (implants dents 24 et 26). L'objet du litige est dès lors limité à ce traitement dentaire-là. D'ailleurs, l'expertise de fin mars 2011 ne tient pas compte d'une éventuelle aggravation de la situation dentaire ultérieure de l'assuré. La question de savoir si, depuis lors, la pose d'implants se justifie à l'exclusion de tout traitement possible moins coûteux n'est donc pas tranchée dans le cadre de la présente cause.

A/1153/2012 - 9/10 - A noter encore que, malgré les allégations du recourant, rien ne permet de supposer que le terme mis par le Dr A\_\_\_\_\_ à son mandat de soin ait été causé par l'entretien téléphonique qu'il a eu avec l'expert, ni de douter de l'affirmation de ce dernier selon laquelle le Dr A\_\_\_\_\_ partageait son point de vue s'agissant de l'adéquation d'une prothèse. En effet, un dentiste convaincu que son patient ne peut pas supporter une prothèse, en raison des cicatrices aux gencives ou d'un problème de salivation ou de toute autre cause médicale, ne manque pas d'en faire part à l'expert.

## **E. 8**

Ainsi, le recours, mal fondé, est rejeté.

A/1153/2012 - 10/10 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 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.