

GE_GERICHTE ATAS/865/2018 vom 2. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_865_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/865/2018 du 2 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/865/2018 del 2 ottobre 2018

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), 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 complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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 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]).

E. 4

Il en va de même en matière de prestations complémentaires cantonales (cf. art. 1A let. b LPCC).

E. 5

Le litige porte sur la prise en charge du traitement dentaire de l'assurée, selon devis du 6 mars 2017.

E. 6

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. C'est lors de la réforme de la péréquation financière 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. Ces frais étaient jusqu'alors déterminés

A/4866/2017 - 5/8 - 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.

E. 7

a. 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 du 14 octobre 1965 (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. Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur où les faits juridiquement déterminants se sont produits (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 2017), 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. c. 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 CHF 3'000.-, un devis doit être adressé à l'organe d'exécution en matière de PC avant le début du traitement (al. 3). CHF 3'000.- 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). 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

A/4866/2017 - 6/8 - pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. À 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. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3 et les références). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286, consid. 1b).

E. 8

En l'espèce, le SPC a refusé de prendre en charge les soins faisant l'objet du devis du 6 mars 2017, au motif qu'il s'agit de la pose d'une couronne sur implant, laquelle ne correspond pas, selon le Dr E_____, à un traitement simple, économique et adéquat. En effet, les 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). Lorsqu'il y a le choix entre deux mesures thérapeutiques, il faut opter pour celle qui sera la moins coûteuse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_609/2008 du 18 février 2009 consid. 4.2). On ajoutera que si plusieurs traitements entrent en considération, il convient, dans le domaine des prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse survivants et invalidité, comme dans celui de l'assurance-maladie, de comparer les coûts et bénéfices respectifs des traitements envisagés. Si l'un d'entre eux permet d'arriver au but recherché - 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 (cf. ATF 124 V 200 consid. 3 ; ATF P 22/02).

A/4866/2017 - 7/8 - Il n'y a en l'espèce pas de motif de s'écarter de l'avis du Dr E_____ du 28 janvier 2018, selon lequel la pose d'une petite prothèse amovible aurait suffi. L'assurée ne remet du reste pas en cause le fait que les soins réalisés ne constituent pas un traitement simple, économique et adéquat. Il y a ainsi lieu de considérer que la pose d'un implant dentaire en remplacement d'une dent ne satisfait pas aux exigences légales d'économicité, dès lors que le coût d'une prothèse amovible conventionnelle est, dans les mêmes circonstances, sensiblement moindre. L'assurée allègue n'avoir pas su qu'un autre traitement, plus économique, aurait pu lui être dispensé et reproche au SPC la lenteur avec laquelle il a traité son dossier, rappelant qu'il n'a transmis le devis, daté du 6 mars 2017, au Dr E_____ que le 15 mai 2017, et qu'il n'a rendu la décision litigieuse que le 24 juillet 2017, ce qui l'a obligée à subir le traitement en urgence avant même de savoir si elle serait remboursée par le SPC. Il y a toutefois lieu de constater que l'assurée n'a elle-même remis le devis au SPC que le 22 mars 2017, et qu'en réalité les soins y relatifs ont commencé le 6 mars 2017 déjà, soit à la date à laquelle le devis a été rédigé. Si elle avait attendu de recevoir la décision, elle aurait inmanquablement su qu'un autre traitement, moins

onéreux, était possible.

E. 9

Force est, au vu de ce qui précède, de confirmer que la pose d'une couronne sur implant ne constitue pas un traitement simple, économique et adéquat au sens de l'art. 10 al. 1 RFMPC et ne peut, partant, être prise en charge par le SPC. Cela étant, il convient de constater que tel aurait en revanche été le cas de la pose d'une petite prothèse partielle amovible pour remplacer la dent manquante, selon le Dr E_____ qui a évalué ce traitement à CHF 2'000.- au maximum. Il se justifie dès lors d'accorder à l'assurée la prise en charge de ce montant, comme le propose le Dr E_____.

E. 10

Le recours sera, par conséquent, admis partiellement, en ce sens que le SPC prendra en charge le traitement dentaire à hauteur de CHF 2'000.-.

A/4866/2017 - 8/8 - 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.