

## **GE\_GERICHTE A/1153/2012 vom 19. Juni 2012**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1153\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1153_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/1153/2012 du 19 juin 2012

IT: GE\_GERICHTE A/1153/2012 del 19 giugno 2012

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.06.2012 A/1153/2012

A/1153/2012 ATAS/809/2012 du 19.06.2012 ( PC ), REJETE Recours TF déposé le 23.08.2012, rendu le 03.04.2013, REJETE, 9C\_621/2012 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1153/2012 ATAS/809/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 19 juin 2012 2ème Chambre En la cause Monsieur L\_\_\_\_\_, domicilié aux ACACIAS recourant contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route de Chêne 54, Genève intimé EN FAIT 1. Monsieur L\_\_\_\_\_ (ci-après ; l'assuré ou le recourant), né en 1946, est bénéficiaire de prestations complémentaires du Service des prestations complémentaires (ci-après : le SPC ou l'intimé).! [endif]>! [if> 2. L'assuré a transmis le 25 novembre 2010 un devis du 18 novembre 2010 du Dr A\_\_\_\_\_ pour la pose de deux implants dentaires de 5'545 fr. 10, (dont 3'000 fr de frais de laboratoire), document envoyé une seconde fois, dûment signé, le 16 décembre 2010.! [endif]>! [if> 3. Le SPC a mandaté le 21 décembre 2010 le Dr B\_\_\_\_\_ pour procéder à une expertise dentaire, afin de déterminer si le traitement est simple, économique et adéquat ou si le plan de traitement doit être modifié et le coût limité.! [endif]>! [if> 4. Par téléfax du 1 er février 2011, l'assuré a indiqué qu'il ne pouvait attendre davantage et a proposé de prendre à sa charge les frais de laboratoire (3'000 fr.), sollicitant du SPC d'assumer le solde, soit les prestations médicales (2'545 fr.) puis, par téléfax du 30 mars 2011, il s'est plaint d'avoir dû attendre six mois pour être ausculté par l'expert et a indiqué que ce dernier avait refusé de se prononcer sur le deuxième devis de son médecin-dentiste, s'agissant de deux autres implants de l'autre côté de sa mâchoire.! [endif]>! [if> 5. L'expert a informé le SPC, le 31 mars 2011, que le traitement proposé ne répondait absolument pas aux critères, s'agissant d'un pont sur implants. Seul l'équivalent d'un traitement plus simple pouvait être pris en charge, le montant indiqué de 2'300 fr. ne devant pas être dépassé.! [endif]>! [if> Selon les rapports complémentaires des 31 mars 2011 et 26 mai 2011 de l'expert, ce dernier a reçu le dossier fin décembre 2010, puis a sollicité du Dr C\_\_\_\_\_, le 10 janvier 2011, les radiographies, le numéro des dents concernées et le devis détaillé du laboratoire, document reçu le 7 mars 2011 seulement. Il a alors écrit à l'assuré le 9 mars 2011 pour qu'il prenne rendez-vous et a été obligé de reporter le rendez-vous fixé le 28 mars 2011 au 30 mars 2011, étant malade. L'assuré a estimé le report de ce rendez-vous inacceptable, car il allongeait son temps d'attente. L'expert rappelle que le plan de traitement devisé concerne la pose de deux implants au maxillaire supérieur gauche en position 24 et 26, puis la réalisation d'un pont céramo-métallique sur ces deux implants. Ce pont est donc une prothèse fixe sur implants de trois éléments qui remplacera les dents latéralement manquantes du côté supérieur gauche. L'expert indique avoir longuement informé l'assuré sur le fait que ce type de traitement n'est jamais pris en charge, car ces soins ne répondent ni

aux règles de l'OFAS, ni aux informations transmises par le SPC à l'ensemble des dentistes, ce traitement ne respectant pas les critères de simplicité, d'adéquation et d'économicité. L'expert ajoute que le Dr C \_\_\_\_\_ lui a indiqué avoir informé son patient que seul un traitement plus simple serait admis, mais que son patient n'en voulait pas. Le montant proposé de 2'300 fr. correspond à la réalisation d'une prothèse adjointe amovible, parfaitement conforme à la réglementation et qui est la seule solution à admettre. 6. Le SPC a informé l'assuré, le 8 avril 2011, qu'il accordait au maximum une participation au traitement dentaire devisé, à concurrence de 2'300 fr., ce à quoi l'assuré s'est opposé le 19 avril 2011, sollicitant également du SPC de se déterminer quant au second devis concernant la pose de deux implants supplémentaires puis, le 14 juin 2011, il a indiqué que son courrier n'était pas une opposition, mais une réclamation quant à la longueur de la procédure et une proposition de compromis honnête.![endif]>![if> 7. Par pli du 21 juin 2011, le SPC a confirmé à l'assuré le maintien de sa décision du 8 avril 2011, sur la base de l'expertise du Dr B \_\_\_\_\_.![endif]>![if> 8. Par pli du 1 er septembre 2011, l'assuré s'est opposé à cette décision, estimant qu'il n'appartenait pas à l'expert de se prononcer sur l'application de la loi et le coût alloué au traitement, mais uniquement d'examiner la pathologie et les besoins du patient, se plaignant du contact pris par l'expert avec son médecin traitant, qui savait désormais qu'il était bénéficiaire des prestations complémentaires.![endif]>![if> 9. Par décision sur opposition du 21 mars 2012, le SPC a confirmé sa décision, le traitement simple et raisonnable consistant, en l'espèce, en la réalisation d'une prothèse adjointe amovible, pour un coût limité à 2'300 fr.![endif]>![if> 10. L'assuré a fait recours le 23 avril 2012, se plaignant du peu de temps consacré par l'expert à l'examen de ses dents, de l'absence d'avis de ce dernier sur sa situation odontologique, notamment des cicatrices douloureuses sur les gencives et une sensibilité extrême du palais, qui rendent insupportables le port de prothèses amovibles. Il estime que la décision du SPC constitue un déni de justice, au vu du délai pris pour statuer, que la décision est arbitraire, car elle ne procède à aucune subsomption et, sans remettre en cause le critère de l'économicité, il estime que celui de l'adéquation implique la solution de l'implant, sur la base des devis produits. S'agissant du plafond de remboursement, seule la limite de 25'000 fr. est déterminante. Il conclut à ce que le SPC lui rembourse les implants dentaires à hauteur de 11'000 fr., dont à déduire une possible participation, modeste et équitable, sur la base du nouveau devis de la Clinique X \_\_\_\_\_ estimant à 11'000 fr. la pose des quatre implants aux mâchoires supérieure gauche et inférieure droite.![endif]>![if> 11. Les pièces complémentaires au dossier et celles produites par l'assurée sont :![endif]>![if> a) une facture de la Dresse Danièle TASEV, dentiste, du 25 juillet 2011 de 110 fr. 05, pour une consultation en urgence;![endif]>![if> b) plusieurs factures de la Clinique dentaire X \_\_\_\_\_ SA pour des soins prodigués du 27 janvier au 23 mars 2012, pour environ 1'500 fr. (diagnostic, radiographies, contrôles, anesthésie, extraction et suture, pose d'une prothèse provisoire en résine);![endif]>![if> c) le certificat médical du Dr D \_\_\_\_\_, généraliste de l'assuré, du 7 novembre 2011 qui certifie que son patiente présente une difficulté à s'alimenter en raison de sa dentition défectueuse, en particulier l'absence de dents de la mâchoire supérieure gauche, attestation établie à la demande du patient;![endif]>![if> d) une attestation de la Clinique dentaire X \_\_\_\_\_ SA, du 19 avril 2012, qui atteste que l'assuré a consulté pour une parodontite périapicale aiguë de la dent 47, extraite le 27 janvier 2012, une prothèse partielle (dents 47-44) en résine ayant été réalisée. Le patient est revenu consulter plusieurs fois en raison des difficultés d'adaptation à la prothèse malgré de nombreuses retouches. En raison de ces difficultés d'adaptation, une

réhabilitation implanto-portée serait plus adaptée afin d'améliorer l'efficacité masticatoire actuelle;![endif]>![if> e) un courrier du Dr C \_\_\_\_\_ au patient du 19 mai 2011, qui l'informe qu'il lui rembourse l'acompte versé et le prie de contacter un autre confrère pour effectuer le traitement dentaire, sauf urgence.![endif]>![if> 12. Par pli du 14 mars 2012, le SPC a conclu au rejet du recours, proposant la modification du plan de traitement devisé le 18 novembre 2010 et limitant la participation du SPC à 2'300 fr., sur la base de l'expertise du Dr B \_\_\_\_\_, et en application des directives sur le remboursement des frais de traitement dentaire en matière de prestations complémentaires, directives qui gardent toute leur pertinence après l'entrée en vigueur du règlement RFMPC.![endif]>![if> 13. Par pli du 6 juin 2012, l'assuré a indiqué avoir consulté les pièces produites. Il estime que le questionnaire adressé à l'expert a pour but de l'inciter à refuser le traitement, l'attitude n'étant conforme ni à la loi ni à la bonne foi, ce d'autant plus qu'il avait proposé de participer à hauteur de 3'000 fr. Il confirme qu'en ce qui le concerne, la pose d'implants dentaires n'a pas un but esthétique, affirmant qu'il ne supporte pas les prothèses amovibles et ne peut pas s'alimenter normalement depuis l'extraction de ses molaires, en février 2009, puis en mars 2012. En plus des deux implants initialement prévus, il a besoin de deux implants supplémentaires et ne peut faire face à toutes ces dépenses.![endif]>![if> 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 1 er 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 à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 7 15).![endif]>![if> 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). ![endif]>![if> 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. 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]).![endif]>![if> 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, 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. ![endif]>![if> 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. 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 1<sup>er</sup> 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 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 1<sup>er</sup> 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. 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 les dispositions de l'OMPC, en vigueur lors de l'établissement du devis en novembre 2010, étant précisé que l'examen du litige sous l'angle du règlement en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011 (la décision datant de 2011) ne change rien à la solution du litige. Aux termes de l'art. 8 OMPC, les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. (al. 1, première phrase). 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. 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 (al. 3). Les devis et factures à présenter doivent être conformes aux positions tarifaires du tarif AA/AM/AI (al. 4). Cette disposition de l'ordonnance 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). L'OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES (OFAS) a édicté des directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC). Dans leur teneur au 1<sup>er</sup> 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. En cas de nécessité, par exemple lorsque la rétention est insuffisante, peuvent entrer en ligne de compte, également en règle générale, un couronnement des dents d'ancrage par des couronnes complètes coulées dans la zone des dents latérales ou des coiffes à tenon radiculaire avec éléments de rétention dans la zone des dents antérieures. Les bridges céramo-métalliques ne sont pris en charge dans le cadre des prestations complémentaires que s'il n'existe aucune autre thérapie possible. Il y a alors lieu d'en justifier la nécessité en produisant une documentation adéquate. Il en va de même pour les implants. De 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 directive n'a pas été remise en cause par le Tribunal fédéral (ATF 8C\_609/2008 du 18 février 2009, consid. 4.2).

6. 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. 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).

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 (outre 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 1<sup>er</sup> 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 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. 8. Ainsi, le recours, mal fondé, est rejeté. 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