

GE_GERICHTE A/655/2013 vom 30. Oktober 2013

GE Cour de justice, 2013-10-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_655_2013

FR: GE_GERICHTE A/655/2013 du 30 octobre 2013

IT: GE_GERICHTE A/655/2013 del 30 ottobre 2013

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur K_____, domicilié à VERSOIX recourant contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route de Chêne 54, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur K_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant autrichien né en 1962, veuf, est père de deux enfants, KA_____ né en 1996 et KB_____ née en 1999.![endif]>![if> 2. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès du SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES (ci-après le SPC ou l'intimé) en date du 29 novembre 2011. Dite demande était notamment accompagnée de ses extraits de comptes bancaires.![endif]>![if> 3. Par courrier du 8 décembre 2011, le SPC a invité l'assuré à lui retourner la déclaration des biens immobiliers remplie et signée, une copie de ses décomptes bancaires et postaux, une attestation de fin d'activité de son ancien employeur ainsi que les relevés de comptes de ses enfants.![endif]>![if> 4. L'assuré s'est exécuté par courrier du 9 décembre 2011, joignant la déclaration portant sur les biens immobiliers ainsi que les attestations de comptes bancaires de ses enfants. Il a précisé ne pas posséder d'autres comptes que ceux mentionnés dans sa demande, dont les relevés avaient déjà été transmis au SPC.![endif]>![if> 5. Par courrier du 9 janvier 2012, le SPC a relancé l'assuré en affirmant ne pas avoir reçu les pièces requises par courrier du 8 décembre 2011.![endif]>![if> 6. Par courrier du 12 janvier 2012, l'assuré a une nouvelle fois adressé les attestations des comptes de ses enfants au SPC.![endif]>![if> 7. Par courrier du 3 février 2012, le SPC a indiqué à l'assuré qu'il manquait le justificatif de l'assurance-chômage concernant ses indemnités de chômage ou un courrier de l'assuré déclarant qu'il renonçait à ces indemnités, auquel cas elles seraient prises en compte dans le calcul des prestations. Il était précisé que toutes les pièces nécessaires devaient être remises dans un délai de trois mois à compter de la date de dépôt des prestations. A défaut, le droit ne prendrait effet qu'à la date où le SPC serait en possession de toutes les pièces nécessaires.![endif]>![if> 8. Par courrier du 22 février 2012, l'assuré a indiqué au SPC qu'il renonçait à son droit aux indemnités de chômage. Il a précisé que sa démission datait du 1 er septembre 2010.![endif]>![if> 9. Par décision du 29 février 2012, le SPC a reconnu le droit de l'assuré à des prestations complémentaires fédérales et cantonales dès le 1 er novembre 2011.![endif]>![if> 10. Le 1 er mars 2012, l'assuré a adressé au SPC une copie des plans des traitements orthodontiques prodigués à ses enfants par la CLINIQUE DENTAIRE DE LA JEUNESSE, en précisant qu'il s'acquittait de leurs coûts par mensualités. Il a sollicité une aide du SPC. Le plan de traitement concernant KB_____, intitulé "HG et monobloc" portait sur un total de 2'347 fr. après déduction sociale, payable en 30 mensualités de 78 fr. 25, et mentionnait un début du traitement le 3 février 2011. Plusieurs des postes de cette note d'honoraires avaient trait à des bagues. Le plan de traitement de KA_____, qui avait débuté le 18 octobre 2010, était libellé «2x4 (2) et monobloc avec contention». Il s'élevait après déduction

sociale à 3'830 fr., à verser en 30 mensualités de 127 fr. 70.![endif]>![if> 11. Par avis du 2 mai 2012, la Dresse A_____, médecin-dentiste conseil du SPC, a considéré que les devis qui lui avaient été soumis concernaient des traitements simples, économiques et adéquats. ![endif]>![if> 12. Par deux courriers du 16 mai 2012, le SPC s'est référé aux avis de la Dresse A_____ et a admis la prise en charge des plans de traitement de KB_____ et de KA_____ dans leur intégralité, dans les limites du montant maximal destiné au remboursement des frais pour maladie. Il était précisé que ces courriers ne constituaient pas une garantie de paiement, la prise en charge étant liée à l'existence d'un droit aux prestations complémentaires. ![endif]>![if> 13. L'assuré a adressé des relevés de paiement des factures concernant les traitements dentaires de ses enfants au SPC, qui les a reçus le 4 juin 2012. Il en ressort que des mensualités de 127 fr. 70 de janvier 2011 à mai 2012 pour KA_____ et de 78 fr. 25 de mai 2011 à mai 2012 pour KB_____ sont dues.![endif]>![if> 14. L'assuré a transmis au SPC deux copies de notes d'honoraires, reçues par ce service le 27 juin 2012. La première concerne KA_____. D'un montant de 3'830 fr. portant sur le traitement du 18 octobre 2010, elle a été établie le 30 novembre 2010. La seconde est une note d'honoraires du 31 mars 2011 pour le traitement orthodontique de KB_____ dispensé le 3 février 2011, d'un montant de 2'347 fr.![endif]>![if> 15. Par décision du 15 août 2012, le SPC a refusé la prise en charge des traitements dentaires de KB_____ et KA_____ au motif que les frais afférents étaient antérieurs au début du droit aux prestations. ![endif]>![if> 16. Par opposition du 30 août 2012, qui ne figure pas au dossier du SPC, l'assuré s'est opposé à dite décision. Il a rappelé que le SPC avait admis la prise en charge de l'intégralité du traitement par courriers du 16 mai 2012. Ses enfants étaient toujours en traitement et il s'acquittait mensuellement des factures. Il ne contestait pas le refus de prise en charge pour les paiements effectués avant le 1 er novembre 2011 mais considérait qu'un refus fondé sur la date d'établissement des factures était injuste. Il a précisé qu'il avait payé depuis le mois de novembre 2011 un montant de 4'430 fr. 50 au total. ![endif]>![if> 17. Par courrier du 30 décembre 2012, auquel était joint copie de son opposition, l'assuré a relancé le SPC. ![endif]>![if> 18. Le SPC a écarté l'opposition par décision du 30 janvier 2013. Il a rappelé que les frais de maladie étaient pris en charge si la demande de remboursement intervenait dans les 15 mois après l'émission de la facture et si les frais étaient intervenus durant une période où le recourant remplissait les conditions du droit aux prestations complémentaires. Or, les factures pour les traitements dentaires de ses enfants étaient antérieures au 1 er novembre 2011, date du début du droit aux prestations. De plus, les courriers du 16 mai 2012 précisaient bien que la prise en charge était subordonnée à l'existence d'un droit aux prestations. ![endif]>![if> 19. Par écriture du 21 février 2013, l'assuré interjette recours contre la décision du SPC. Il conclut implicitement à l'annulation de celle-ci. Il considère la décision injuste car il continue à payer les soins de ses enfants depuis novembre 2011, et les traitements ne sont pas terminés. ![endif]>![if> 20. Par réponse du 22 mars 2013, l'intimé conclut au rejet du recours en se référant à l'argumentation développée dans sa décision sur opposition.![endif]>![if> 21. Le 10 avril 2013, le recourant rappelle la teneur des courriers du 16 mai 2012 et souligne que l'intimé savait à cette époque que le droit aux prestations complémentaires avait débuté le 1 er novembre 2011. Il ne comprend dès lors pas pourquoi l'intimé se rétracte. Il s'étonne pour le surplus que l'intimé ait mis plus de cinq mois à statuer sur son opposition.![endif]>![if> 22. La Cour de céans a entendu les parties lors d'une audience du 15 mai 2013. ![endif]>![if> Le recourant a déclaré que ses enfants étaient encore en traitement. L'intimé a souligné que les notes d'honoraires dont la prise en charge

est refusée portent sur des traitements du 18 octobre 2010 et du 2 février 2011 respectivement. 23. Par courrier du 17 mai 2013, la Cour de céans a invité la CLINIQUE DENTAIRE DE LA JEUNESSE à établir pour chacun des enfants du recourant une note d'honoraires relative aux traitements effectués dès le 1^{er} novembre 2011. 24. Le 27 mai 2013, la CLINIQUE DENTAIRE DE LA JEUNESSE a transmis à la Cour de céans les plans de traitement de KB_____ et KA_____. S'agissant de KB_____, le plan de traitement «HG, bagues et contention» mentionne un début de traitement le 3 février 2011. Le décompte de prestations du 17 novembre 2011 à la fin du traitement est de 1'472 fr., après déduction sociale de 60 %. Pour KA_____, le traitement «Arcades 2x 4(2), monobloc, contention» a débuté le 18 octobre 2010. Après déduction sociale de 60 %, les soins du 28 novembre au 19 décembre 2011 s'élèvent à 126 fr., du 26 mars au 22 novembre 2012 à 227 fr., du 10 janvier au 2 mai 2013 à 84 fr. et du 3 mai 2013 jusqu'à la fin du traitement à 1'022 fr. 25. Invité à se déterminer, le recourant a signalé par courrier du 4 juin 2013 qu'il n'avait pas d'observations. 26. Dans ses déterminations du 14 juin 2013, l'intimé soutient qu'il est difficile d'examiner la concordance des décomptes établis par la CLINIQUE DENTAIRE DE LA JEUNESSE en mai 2013 avec les plans de traitement qui lui ont été soumis à l'époque. Par ailleurs, le recourant a signalé par recours du 21 février 2013 qu'il lui restait 4'430 fr. 50 à payer alors qu'à teneur de ces documents, le solde pour les traitements est de 2'931 fr. La différence entre ces montants conforte l'intimé dans l'idée que les nouveaux décomptes ne sont pas pertinents. Pour le surplus, il répète que les notes d'honoraires dont il a refusé le paiement ont trait à des traitements accomplis avant le début du droit aux prestations. L'intimé soutient de plus qu'un devis doit lui être adressé avant le début du traitement lorsque celui-ci dépasse 3'000 fr. Or, la prise en charge des traitements – supérieurs à 3'000 fr. avant déduction sociale – a été requise alors qu'ils avaient déjà débuté et qu'ils étaient partiellement réglés. Le recours doit être rejeté pour ce motif également. 27. Par observations du 27 juin 2013, le recourant expose que le montant de 4'430 fr. 50 correspond au solde dû selon le plan de paiement convenu, alors que le montant de 2'931 fr. articulé par la clinique est celui de la valeur des traitements de novembre 2011 à leur terme. Il souligne également qu'il a plusieurs fois exposé qu'il n'avait pas achevé de payer le traitement. Il indique enfin qu'il n'aurait pu demander l'aide de l'intimé avant le 1^{er} mars 2012, dès lors que son droit aux prestations complémentaires n'a été reconnu que le 29 février 2012. 28. Le 5 août 2013, la Cour de céans a adressé copie de cette écriture à l'intimé. 29. Sur ce, la cause a été gardée à juger. 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; RSG 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 du 25 octobre 1968 (LPCC; RSG J 4 25). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 9 de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité [LPFC; RSG J 4 20], art. 43 LPCC). 3. Les

dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPCC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). 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 des enfants du recourant.

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 toutefois être inférieurs à 25'000 fr. pour les personnes seules ou les conjoints de personnes vivant dans un home ou un hôpital (al. 3 let. a).

Selon le chiffre 5220.01 des directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC) publiées par l'OFAS, les frais de maladie et d'invalidité doivent avoir été générés par l'ayant droit aux PC lui-même ou des assurés pris en compte dans le calcul de la PC annuelle. Les frais de maladie ou d'invalidité de membres de la famille qui n'interviennent pas dans le calcul de la PC annuelle sont ignorés.

L'art. 2 al. 1 let. c 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; RSG J 4 20.04), entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

L'art. 10 al. 1 RFMPC dispose que les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. Les alinéas 3 et 4 sont réservés. Selon l'art. 10 al. 3 RFMPC, si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire de technique dentaire inclus) risque, selon toute vraisemblance, de dépasser 3 000 F, un devis doit être adressé au service avant le début du traitement. Aux termes de l'art. 10 al. 4 RFMPC, si le coût d'un traitement dentaire s'est élevé à plus de 3 000 F sans approbation préalable du devis, le montant maximal du remboursement se limite en principe à ce montant. Il peut exceptionnellement dépasser ce montant si le bénéficiaire démontre a posteriori que le remboursement sollicité correspond à un traitement simple, économique et adéquat.

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérant. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; ATFA non publié I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2).

7. a) En l'espèce, la décision de refus de l'intimé se fonde en

premier lieu sur le fait que les traitements dentaires litigieux auraient été prodigués avant la naissance du droit aux prestations complémentaires du recourant. ![endif]>![if> Les décomptes fournis par la CLINIQUE DENTAIRE DE LA JEUNESSE à la Cour de céans en date du 27 mai 2013 démontrent cependant que tel n'est pas le cas. S'il est vrai que les soins ont débuté avant le 1^{er} novembre 2011, date dès laquelle le recourant a obtenu des prestations complémentaires, il s'agit de traitements s'échelonnant sur une longue période, qui n'étaient pas achevés en novembre 2011. Contrairement à ce qu'affirme l'intimé, il ne fait aucun doute que les traitements mentionnés dans les décomptes du 27 mai 2013 sont les mêmes que ceux qui ont fait l'objet de la demande de prise en charge du 1^{er} mars 2012. Les libellés des devis et factures sont en effet identiques. Il est question pour la fille du recourant de HG et monobloc avec plusieurs rubriques afférentes aux bagues tant dans le plan de traitement du 1^{er} mars 2012 que dans les décomptes du 27 mai 2013, et pour le fils du recourant d'un plan de traitement comprenant «2x4 et monobloc avec contention», les décomptes du 27 mai 2013 étant intitulés « arcades 2x4 et monobloc et contention». Les factures que le recourant a transmises à l'intimé en date du 27 juin 2012 mentionnent certes que les traitements dentaires de ses enfants auraient été dispensés le 18 octobre 2010 et le 3 février 2011 respectivement, soit avant le début du droit aux prestations complémentaires du recourant. Cela étant, il s'agit-là uniquement de la date de début du traitement, comme cela ressort d'ailleurs expressément des documents adressés par le recourant au SPC le 1^{er} mars 2012 et des explications de la CLINIQUE DENTAIRE DE LA JEUNESSE du 27 mai 2013. Quant au fait que le coût des soins prodigués depuis novembre 2011 jusqu'à la fin prévue du traitement et le solde dû par le recourant ne se recouvrent pas, il s'explique par le fait que le plan de paiement prévoit le versement de mensualités de montants identiques tout au long du traitement, sans variation en fonction du prix effectif des prestations fournies durant les différentes périodes du traitement de sorte que ces montants ne concordent pas forcément. Eu égard à ce qui précède, il y a lieu d'admettre que les traitements dentaires des enfants du recourant se sont en partie déroulés alors que ce dernier avait droit à des prestations complémentaires. b) Dans un deuxième moyen, l'intimé allègue que la prise en charge doit être refusée dès lors que le recourant ne lui a pas soumis de devis avant que ne débutent les soins. Cet argument tombe cependant manifestement à faux. En premier lieu, on relèvera que le solde des traitements dont la prise en charge est requise ne dépasse pas 3'000 fr. par enfant puisqu'il s'agit selon les décomptes du 27 mai 2013 de 1'472 fr. pour KB_____ et de 1'459 fr. pour KA_____. On peut donc se demander si l'art. 10 al. 1 RFMPC est applicable. De plus, le recourant n'était pas au bénéfice de prestations complémentaires lorsque les plans de traitement ont été établis et que les soins ont débuté, si bien qu'on ne peut lui reprocher de ne pas les avoir soumis à l'intimé pour approbation. Le recourant a d'ailleurs procédé à cette démarche immédiatement après s'être vu reconnaître un droit aux prestations complémentaires. Enfin, comme cela ressort des dispositions réglementaires précitées, la soumission d'un devis avant le début de soins dentaires n'est pas une condition incontournable pour leur prise en charge puisque les traitements simples, économiques et adéquats peuvent être remboursés nonobstant l'absence d'approbation préalable. Or, en l'espèce, la Dresse A_____ a admis que les traitements répondaient à ces conditions dans ses avis du 2 mai 2012. Dans ces circonstances, un refus de prise en charge des soins dentaires au motif que le recourant n'a pas requis leur prise en charge avant qu'ils ne débutent se heurte à l'interdiction du formalisme excessif. Il faut rappeler qu'il y a formalisme excessif, constitutif d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 1 de la Constitution (Cst ; RS 101), lorsque la stricte

application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi et complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux. L'excès de formalisme peut résider soit dans la règle de comportement imposée au justiciable par le droit cantonal, soit dans la sanction qui lui est attachée (ATF non publié 1C_549/2009 du 1^{er} mars 2010, consid. 3.1). En l'espèce, la stricte application des conditions formelles au remboursement d'un traitement dentaire prévues à l'art. 10 RFMPC n'est pas justifiée par des motifs d'intérêt public ou de sécurité du droit. Par conséquent, leur non-respect ne saurait entraîner la déchéance du droit du recourant au remboursement des traitements. Partant, dans les limites du montant maximal destiné au remboursement des frais pour maladie, le recourant a droit au remboursement des traitements dentaires prodigués à ses enfants dès le 1^{er} novembre 2011 tels qu'ils ressortent des décomptes de la CLINIQUE DENTAIRE DE LA JEUNESSE. Il s'agit de montants de 1'472 fr. pour KB_____ et de 1'459 fr. pour KA_____. Dans la mesure où certaines des prestations qui font l'objet de ces décomptes n'ont pas encore été fournies, le recourant n'aura droit à leur remboursement que si son droit aux prestations complémentaires perdure au moment où ces différents soins sont administrés. 8. Eu égard à ce qui précède, le recours est admis au sens des considérants.!

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA, art. 89H al. 1 de la loi sur la procédure administrative [LPA ; RSG E 5 10]). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. !

Au fond : 2. L'admet. !

3. Annule les décisions de l'intimé du 15 août 2012 et du 30 janvier 2013.!

4. Dit que le recourant a droit au remboursement des soins dentaires de ses enfants au sens des considérants. !

5. Dit que la procédure est gratuite.!

6. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le