

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1206/2009

ATAS/1164/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 22 septembre 2009

En la cause

Monsieur H_____, domicilié au GRAND-SACONNEX

recourant

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route
de Chêne 54, Genève

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyn BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur H _____, au bénéfice d'une rente AVS, reçoit des prestations complémentaires fédérales et cantonales.

Le 11 mai 2006, il a déposé une demande auprès du SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES (ci-après SPC), visant à obtenir le remboursement de frais dentaires. Il a ainsi transmis au SPC cinq devis établis le 26 avril 2006 par X _____ SA, pour un total de 48'683 fr. 20 (949 fr. 20 + 9'039 fr. 20 + 5'991 fr. 60 + 21'236 fr. 80 + 11'466 fr. 40).

2. Dans sa note du 31 août 2006, le Dr L _____, médecin-conseil du SPC, a rejeté trois de ces devis, soit le premier pour un montant de 949 fr. 20 (étude et frais de laboratoire), le troisième pour un montant de 5'991 fr. 60 concernant des implants mandibules et le cinquième pour un montant de 11'466 fr. 40 pour des implants maxillaires. Il a ainsi proposé d'accepter la prise en charge de 5'100 fr., soit 2'750 fr. sur 9'039 fr. 20 et 2'350 fr. sur 21'236 fr. 80.
3. L'assuré ayant formé opposition aux décisions du 2 novembre 2006 reprenant la proposition du Dr L _____, le SPC a réinterrogé celui-ci. Aussi, dans un rapport du 5 juillet 2007, le Dr L _____ a-t-il rappelé que seules des prothèses amovibles étaient acceptées, à l'exclusion des reconstitutions fixes sur implants et déclaré que les problèmes respiratoires pulmonaires dont faisait état l'assuré ne pouvaient être mis en relation avec le traitement dentaire prévu.
4. Par décision du 16 avril 2008, le SPC a dès lors rejeté l'opposition, se référant au rapport du Dr L _____ ainsi qu'à celui du Dr M _____ daté du 22 février 2008, et partageant l'avis du médecin-conseil.
5. Par courrier du 13 mai 2008, l'assuré a déclaré qu'il n'entendait pas recourir auprès du Tribunal contre ladite décision sur opposition, précisé qu'il ne demandait qu'une participation à ses frais, et annoncé qu'il allait s'adresser à un autre médecin-dentiste.
6. En juin 2008, l'assuré a fait parvenir au SPC un devis du Dr N _____ du 10 juin 2008 pour un montant de 8'492 fr. 80 ainsi qu'une facture de ce médecin du 24 juin 2008 de 1'021 fr. 45.
7. Dans une note du 18 août 2008, le Dr L _____ a proposé d'accepter le montant de 4'100 fr. pour le devis ainsi que la totalité de la facture du 24 juin 2008. Il s'est expressément référé à son rapport du 5 juillet 2007.
8. Par décision du 16 septembre 2008, le SPC a informé l'assuré qu'il lui accordait une participation à ses frais de traitement dentaire jusqu'à concurrence de 4'100 fr. au maximum.

9. L'assuré a formé opposition le 30 septembre 2008. Il conteste formellement l'avis du Dr L_____, considérant qu'il ne s'agit pas d'un expert neutre. Il rappelle qu'il s'est efforcé après le refus du SPC de lui accorder le remboursement des frais devisés par X_____ SA, de faire appel à d'autres dentistes afin de trouver une solution moins onéreuse. C'est ainsi que le Dr N_____ avait réduit les frais au plus bas possible, soit à 8'492 fr. au lieu de 48'000 fr. Il conclut dès lors à la prise en charge de la totalité du devis du Dr N_____.
10. Par décision du 6 mars 2009, le SPC a rejeté son opposition, se fondant plus particulièrement sur les directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, selon lesquelles lorsqu'il y a le choix entre deux mesures thérapeutiques, il faut en général, opter pour celle qui sera la moins onéreuse.
11. L'assuré a interjeté recours le 2 avril 2009 contre ladite décision. Il rappelle qu'il souffre d'un problème de respiration et souligne que l'utilisation de prothèses amovibles provoque un genre d'allergie, lequel aggrave sérieusement ce problème.
12. Dans sa réponse du 17 avril 2009, le SPC a conclu au rejet du recours.
13. Constatant que le Dr O_____ avait fait état, dans un courrier adressé au Dr P_____ le 16 octobre 2007, de ce que l'assuré se plaignait d'une difficulté respiratoire, reliée chronologiquement à la confection d'un appareil dentaire provisoire, le Tribunal de céans a interrogé ce médecin afin de déterminer si la bronchopneumopathie chronique obstructive avec syndrome obstructif sévère diagnostiquée empêchait l'assuré d'utiliser un appareil mobile, en d'autres termes qu'il ne pouvait en raison de cette atteinte à la santé supporter autre chose que des implants.
14. Par courrier du 17 juillet 2009, le Dr O_____ a indiqué qu' "un appareil dentaire mobile n'interfère pas avec une bronchopneumopathie chronique obstructive et un syndrome obstructif sévère".
15. Invité à se déterminer, l'assuré a précisé, le 3 août 2009, que

"dans mon recours du 1^{er} avril 2009, il était clairement précisé que mon problème contre l'utilisation d'un appareil dentaire est un problème allergique ce qui par conséquent s'ajoute et gêne sérieusement mon problème respiratoire. Malheureusement l'allergie n'est pas une maladie déterminée scientifiquement, c'est un phénomène hors logique particulier lié à la personne même, et sur lequel la médecine souvent est incapable de se prononcer ou même de donner un avis. La question telle qu'elle a été formulée et posée au Dr O_____ ne correspond pas à ce qui est précisé dans mon recours, soit le problème allergique et d'autant plus elle devait être normalement acheminée vers un spécialiste d'allergie et pas chez un pneumologue".

16. Sur ce la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 3 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 19 mars 1965 (LPCF). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales s'applique. S'agissant des prestations complémentaires cantonales elles ne sont régies par la LPGA qu'en cas de silence de la loi du 25 octobre 1968 sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (LPCC).
3. 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 ; cf. également 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 [LPCF]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA). Les délais fixés par la loi ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 LPGA).

b) L'art. 43 LPCC ouvre les mêmes voies de droit.

c) En l'espèce, le recours interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA et 43 LPCC) est recevable.
4. L'objet du litige porte sur le montant du remboursement des frais d'un traitement dentaire.
5. Sur le fond, l'art. 14 LPC, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, prévoit que les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle, s'ils sont dûment établis, les frais de traitement dentaire notamment (al. 1^{er} let. a). Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1^{er}. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (al. 2).

À cet égard, l'art. 34 LPC dispose que tant que les cantons n'ont pas défini les frais susceptibles d'être remboursés au sens de l'art. 14 al. 1^{er} LPC, les art. 3 à 18 de l'ordonnance du 29 décembre 1997 relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires

(OMPC ; RS 831.301.1), dans sa version en vigueur le 31 décembre 2007, restent applicables par analogie, mais pour une durée maximale de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2008.

Selon l'art. 2 al. 1^{er} let. c LPFC, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, le Conseil d'État détermine les frais de maladie et d'invalidité qui peuvent être remboursés, en application de l'art. 14 al. 1 et 2 LPC. L'art. 5 du règlement d'application de la LPFC (RPFC ; RSGe J 7 10.01) prévoit en outre que les frais remboursables, en application de l'art. 14 al. 1 et 2 LPC, sont fixés par un règlement spécifique.

L'art. 8 OMPC prévoyait que les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat (al. 1^{er}). Si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire inclus) risque, selon toute vraisemblance, de dépasser 3'000 fr., un devis doit être adressé à l'organe d'exécution en matière de prestation complémentaire avant le début du traitement. 3'000 fr. au plus seront remboursés si un traitement d'un coût supérieur à ce montant a été effectué sans approbation préalable du devis (al. 3).

En l'espèce, le Conseil d'État n'a, à ce jour, pas édicté le règlement spécifique sur les frais remboursables, de sorte que, conformément à ce qui a été dit plus haut, les art. 3 à 18 OMPC, et donc notamment l'art. 8 OMPC précité, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, demeurent applicables par analogie.

6. Pour savoir si l'on est en présence d'un traitement simple, économique et adéquat, il sied de se référer aux directives de l'OFAS sur le remboursement des frais de traitement dentaire en matière de PC, déterminantes à cet égard. Selon ces directives, il y a lieu de prévoir en règle générale des prothèses partielles en métal. En cas de nécessité, par exemple lorsque la rétention est insuffisante, peuvent entrer en ligne 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 PC 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.

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 et les références).

Lorsqu'il y a le choix entre deux mesures thérapeutiques, il faut en général opter pour celle qui sera la moins coûteuse (directives concernant les prestations complémentaires, annexe 4).

7. En l'espèce, le SPC a limité sa participation aux frais de traitements dentaires à 4'100 fr. sur la base du devis établi par le Dr N_____ le 10 juin 2008 pour un montant de 8'492 fr. 80. Le SPC s'est fondé sur l'avis de son médecin-conseil. Celui-ci s'était déjà exprimé le 5 juillet 2007, considérant que pour un traitement simple et économique, le SPC devait prendre en charge la somme de 4'100 fr. en tout.
8. L'assuré allègue qu'il ne peut utiliser des prothèses amovibles, en raison d'un problème de respiration, aggravé par "un genre d'allergie" dû précisément à l'utilisation de ces prothèses.
9. Interrogé par le Tribunal de céans, le Dr O_____ a déclaré que la bronchopneumopathie chronique obstructive avec syndrome obstructif sévère dont souffre l'assuré ne l'empêche pas d'utiliser un appareil mobile.
10. L'assuré a précisé que son problème était en réalité d'ordre allergique.
11. Force est toutefois de constater que l'assuré n'a donné aucune explication précise quant à son allergie, se contentant de dire qu'il s'agit en l'occurrence d'une maladie qui n'est pas déterminée scientifiquement ; il n'a en particulier pas produit de certificat médical à ce sujet.

Le Tribunal de céans ne saurait dès lors retenir qu'un problème d'allergie empêcherait le port de prothèses amovibles. Il n'est ainsi pas établi en l'occurrence que la pose d'implants soit la seule solution thérapeutique adéquate dans le cas de l'assuré.

En tout état, la réglementation applicable en la matière commande, au vu des explications fournies par l'expert L_____, 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.

Il est vrai que l'assuré s'est efforcé de réduire de 48'683 fr. 20 à 8'492 fr. 80 le montant devisé, il n'en reste pas moins que le Dr L_____, dans ses notes des 5 juillet 2007 et 18 août 2008, a considéré qu'un traitement simple, économique et adéquat correspondait dans le cas de l'assuré au montant de 4'100 fr.

Aussi le recours doit-il être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL 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. Dit que pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, les parties 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, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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