

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1298/2015

ATAS/742/2015

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 6 octobre 2015**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Meyrin

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christine BULLIARD-MANGILI et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_1965, domicilié à Meyrin (GE), est au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) depuis octobre 1994.
2. Par décisions des 14 janvier 2014, 9 avril 2014 et 28 octobre 2014, le service des prestations complémentaires (ci-après : le SPC) a reconnu à l'assuré le droit à des prestations complémentaires cantonales (ci-après : PCC) et aux subsides d'assurance-maladie pour lui-même, son épouse A\_\_\_\_\_ et leurs deux enfants B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2013 à finalement le 31 octobre 2014. Sa décision sur opposition par laquelle il a mis fin à ce droit depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2014 en considération d'un gain potentiel de l'épouse de l'assuré fait l'objet d'un recours auprès de la chambre des assurances sociales (cause A/4016/2014).
3. Le mardi 17 septembre 2013, l'assuré s'est présenté en consultation chez la doctoresse D\_\_\_\_\_, docteur en chirurgie dentaire, à Saint-Genis-Pouilly (Ain/France). Ladite doctoresse lui a établi un devis de € 1'280.- pour des soins dentaires comportant, pour la dent 24, un traitement endodontique, des radiographies rétroalvéolaires, la pose d'une couronne provisoire, d'un tenon Inlay core et d'une couronne céramo-métallique, ainsi que, pour la dent 25, un traitement endodontique, des radiographies rétroalvéolaires et une reconstitution coronoradiculaire foulée.
4. Le 18 décembre 2013, la D<sup>resse</sup> D\_\_\_\_\_ a établi une facture de € 1'335.-, pour des soins dentaires comportant, outre une consultation et une radiographie panoramique, pour la dent 24 un endodontique, des radiographies rétroalvéolaires, la pose d'une couronne provisoire, d'un tenon Inlay core et d'une couronne céramo-métallique, ainsi que, pour la dent 25, un traitement endodontique, des radiographies rétroalvéolaires et une reconstitution corono radriculaire foulée.  
L'assuré a acquitté cette facture le même 18 décembre 2013.
5. Le 24 juillet 2014, la D<sup>resse</sup> D\_\_\_\_\_ a attesté avoir reçu l'assuré en consultation d'urgence le 17 novembre 2014 (recte : 2013) et avoir effectué les soins indiqués dans le devis établi à cette occasion.
6. L'assuré a transmis ce devis et cette facture au SPC en date du 29 août 2014.
7. Le 22 octobre 2014, le SPC a écrit à l'assuré qu'il refusait de prendre en charge la facture des soins dentaires précités, en précisant qu'il l'avait préalablement informé qu'il n'entraît plus en matière concernant les traitements effectués à l'étranger en dehors de traitements effectués en urgence lors d'un séjour hors de Suisse.
8. Le 23 octobre 2014, le médecin-dentiste-conseil du SPC, le Dr E\_\_\_\_\_, a indiqué qu'il y avait lieu de refuser le plan de traitement considéré, pour cause «de « soins à l'étranger, sans urgence ».

9. Par décision du 13 janvier 2015, faisant référence à l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, le SPC a refusé toute participation à la prise en charge des frais liés au traitement dentaire ayant donné lieu au devis du 17 septembre 2013, pour le motif qu'il ne s'agissait pas d'un traitement simple, économique et adéquat.
10. L'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision en date du 9 février 2015. Il estimait ne pas avoir été informé à temps de ses droits, soit en janvier 2014 seulement par la lecture d'une brochure, soit alors qu'il avait déjà décidé de s'octroyer les prestations considérées. Il relevait n'avoir reçu aucune réponse lorsqu'il avait écrit pour demander des explications quant au fait que certaines factures ne lui étaient pas remboursées. Il s'opposait par conséquent à la décision de refus de rembourser la facture de la D<sup>resse</sup> D\_\_\_\_\_.
11. Le SPC a rejeté cette opposition par décision du 17 mars 2015. Contrairement à ce qui avait été indiqué dans sa décision du 13 janvier 2015, le remboursement de la facture du 17 septembre 2013 pour la consultation auprès de la D<sup>resse</sup> D\_\_\_\_\_ ne lui était pas refusé parce que le traitement considéré ne serait ni simple, ni économique, ni adéquat, mais parce qu'il s'agissait d'un traitement effectué à l'étranger en dehors d'une urgence lors d'un séjour à l'étranger. La décision du SPC du 22 octobre 2014 n'avait donné lieu à aucune opposition et était entrée en force.
12. Par une écriture datée du 18 avril 2015, déposée le 20 avril 2015 au guichet de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, l'assuré a interjeté recours contre cette décision sur opposition. Il ne connaissait pas bien les articles de loi évoqués par le SPC, mais ce dernier tentait d'« embrouiller » les faits. Il avait fourni la facture du 18 décembre 2013 au début de l'année 2014, ensuite de quoi le SPC lui avait demandé de lui fournir également un devis. Malgré le fait que le médecin concerné avait certifié que la consultation avait bien été effectuée en urgence, le SPC avait refusé la prise en charge de la facture. Il ne comprenait pas les allégations de celui-ci concernant son silence suite à la décision du 22 octobre 2014.
13. Dans sa réponse du 19 mai 2015, le SPC a persisté dans les termes de sa décision sur opposition du 17 mars 2015 et conclut au rejet du recours, le recourant n'évoquant aucun argument susceptible de le conduire à une appréciation différente du cas. Saint-Genis-Pouilly se trouvait à la frontière du canton de Genève et le recourant habitait à Meyrin, soit à une très faible distance de là. Le traitement n'avait donc pas été effectué en urgence lors d'un séjour à l'étranger. Or, seuls de tels traitements pouvaient être remboursés à titre exceptionnel.
14. Cette écriture a été communiquée au recourant le 20 mai 2015.
15. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

1. a. 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), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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 ; cf. aussi art. 9 de la loi genevoise sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 14 octobre 1965 [LPFC - J 4 20]). 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). Le présent recours porte sur la décision sur opposition du SPC du 17 mars 2015 refusant la prise en charge des frais d'un traitement dentaire du recourant, en application de la législation fédérale et cantonale sur les prestations complémentaires. La chambre de céans est donc compétente pour en connaître.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LPCC contient le cas échéant sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LPC).

Le présent recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). L'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. Il sied de préciser préliminairement qu'il ne saurait être opposé au recourant qu'il n'a pas formé d'opposition à l'encontre du courrier du 22 octobre 2014 par lequel l'intimé lui a indiqué qu'il refusait de prendre en charge la facture des soins dentaires considérés. D'une part, cette lettre, présentée comme un document valable sans signature, n'était pas signée, et d'autre part elle ne comportait pas l'indication, pour la contester, du délai et de la voie de l'opposition, alors qu'il s'agit là de deux conditions auxquelles les décisions doivent satisfaire (art. 49 al. 1 LPGA, étant précisé que la forme écrite requiert la signature, et art. 49 al. 3 phr. 1 LPGA), et qu'une notification irrégulière ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 phr. 3 LPGA). Même une décision rendue en procédure simplifiée, selon l'art. 51 al. 1 LPGA, exige la forme écrite et l'indication que le destinataire peut demander une décision formelle (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY/ Bettina KAHIL-WOLFF/ Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 529).

- 
3. a. Les personnes qui - comme le recourant - ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à des prestations complémentaires fédérales dès lors qu'elles remplissent les conditions fixées aux art. 4 à 6 LPC, en particulier ont droit à certaines prestations d'assurances sociales, dont une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants ou une rente d'invalidité (art. 4 al. 1 let. a et d LPC). Les prestations complémentaires fédérales se composent de la prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 LPC).

Le remboursement des frais de maladie et d'invalidité (venant s'ajouter à la prestation complémentaire annuelle) incombe aux cantons, aux conditions minimales fixées par l'art. 14 al. 1 LPC, comportant les frais dentaires (let. a). Selon l'art. 14 al. 2 LPC, 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. L'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI - RS 831.301), ne comporte pas de précisions qui seraient pertinentes dans le cas d'espèce.

b. Selon l'art. 2 al. 1 let. c phr. 1 LPFC, 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.

Intitulé «Lieu de survenance des frais», l'art. 7 du 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, du 15 décembre 2010 (RFMPC – J 4 20.04), pose le principe que sont remboursés les frais de maladie et d'invalidité ainsi que les dépenses pour moyens auxiliaires qui sont survenus en Suisse (al. 1), et prévoit que les frais survenus à l'étranger sont exceptionnellement remboursés s'ils se sont révélés indispensables pendant un séjour hors de Suisse ou si les mesures indiquées du point de vue médical ne pouvaient être appliquées qu'à l'étranger (al. 2).

4. a. En l'espèce, le recourant a certes produit une attestation de son médecin dentiste selon laquelle il avait été consulter ce dernier le 17 septembre 2013 en urgence. Toutefois, non seulement ladite attestation est postérieure de plus de dix mois à cette consultation, mais encore elle est laconique et n'établit nullement en quoi aurait consisté l'urgence à laquelle il aurait été nécessaire de faire face. En possession du devis établi le 17 septembre 2013 par ledit médecin-dentiste, énumérant les soins dentaires à effectuer, le médecin-dentiste-conseil de l'intimé a nié tout caractère d'urgence aux soins considérés.

La chambre de céans ne saurait retenir, dans ces conditions, que le recourant s'est véritablement trouvé dans une situation d'urgence.

b. De plus, si Meyrin, où habite le recourant, est certes situé près de Saint-Genis-Pouilly (en France dite voisine), où ledit médecin-dentiste a son cabinet, force est

de relever que de nombreux cabinets dentaires et plusieurs permanences dentaires sont implantés sur le territoire genevois et étaient tout aussi accessibles au recourant que le cabinet dudit médecin-dentiste. Le 17 septembre 2013 était un mardi, un jour ouvrable, si bien qu'il n'y a lieu d'avoir à ce propos une autre appréciation dans le cas particulier.

Le recourant n'a par ailleurs pas prétendu ni a fortiori prouvé ou rendu hautement vraisemblable qu'il se serait trouvé ce jour-là en séjour en France, à proximité dudit cabinet dentaire.

c. Les conditions exceptionnelles – au surplus cumulatives – auxquelles, à teneur de l'art. 7 al. 2 RFMPC précité, des frais médicaux survenus à l'étranger sont remboursés ne sont pas remplies.

5. a. C'est un principe général, de rang constitutionnel, que les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir de manière conforme aux règles de la bonne foi (art. 5 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 - Cst. - RS 101). Le principe de la bonne foi s'applique aussi en matière d'assurances sociales. Le législateur en a ancré certaines de ses prémisses dans la LPGA et les lois spécifiques, à savoir le devoir de renseigner. Selon l'art. 27 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1), chacun ayant au surplus le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations, par les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2) ; si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3).

Ce principe est complété par un droit constitutionnel, source de prétentions justiciables devant les autorités et tribunaux, à savoir celui de toute personne d'être traitée par les organes de l'Etat conformément aux règles de la bonne foi (art. 9 Cst.). L'application du principe de la bonne foi suppose que l'autorité soit intervenue par un acte ou une omission dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, qui, seules, peuvent le cas échéant se prévaloir de sa violation et, si sont réalisées les conditions exceptionnelles dans lesquelles le principe de la bonne foi doit l'emporter sur celui de la légalité, obtenir une adaptation de leur régime légal dans la mesure nécessaire au respect du principe de la bonne foi (Pierre MOOR / Alexandre FLÜCKIGER / Vincent MARTENET, Droit administratif, 3<sup>ème</sup> éd. 2012, I/6.4.1). L'administration peut ainsi se trouver liée par des renseignements inexacts (et a fortiori des assurances erronées) qu'elle donnerait, pour autant qu'elle était compétente (à tout le moins apparemment) pour ce faire, que les renseignements en question étaient inexacts, ont été fournis sans réserve, en termes clairs et catégoriques, en rapport avec une situation concrète déterminée, que l'inexactitude ne tient pas un changement subséquent de la loi, que l'administré n'a pas été en mesure, en faisant preuve d'un minimum d'attention, de reconnaître l'erreur, et qu'il a pris, en se fiant à ces renseignements, des dispositions

irréversibles (Pierre MOOR / Alexandre FLÜCKIGER / Vincent MARTENET, op. cit., I/6.4.2).

b. En l'espèce, le recourant ne saurait se prévaloir de l'ignorance de l'art. 7 al. 2 RFMPC précité, dès lors qu'il s'agit d'une disposition réglementaire dûment adoptée et publiée, en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 (ROLG 2010 p. 952).

Par ailleurs, il n'allègue ni ne démontre que l'intimé lui aurait donné antérieurement des assurances le légitimant à se faire faire à l'étranger, en particulier en France voisine, des soins dentaires au bénéfice de prestations complémentaires à la charge de l'intimé.

Le recourant a tardé à solliciter de l'intimé la prise en charge des frais dentaires considérés, d'un montant d'une certaine importance, et ce quand bien même – selon ce qu'il prétend – il aurait soumis ladite facture à l'intimé au début de l'année 2014 (plutôt que le 29 août 2014 comme l'indique l'intimé), soit alors qu'il avait déjà sollicité un devis, trois mois plus tôt, et qu'il avait déjà acquitté cette facture. C'est le devis qu'il aurait dû soumettre à l'intimé, sans délai, en expliquant au surplus de façon convaincante en quoi il y aurait urgence à effectuer ces travaux dentaires, voire à les avoir déjà débutés, ainsi que les circonstances l'ayant amené à aller consulter en France voisine.

Le recourant ne peut donc pas déduire du principe de la bonne foi une obligation de l'intimé de prendre en charge les frais dentaires considérés.

6. Le recours sera rejeté.

La présente procédure est gratuite, étant précisé que le recourant n'a pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA).

**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 constitutionnel subsidiaire (art. 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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