

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1940/2011

ATAS/1208/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 6 décembre 2011

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame C _____, domiciliée à Chêne-Bourg, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître ANTOINE Béatrice

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____, née en 1934, est au bénéfice de prestations complémentaires depuis 1997.
2. Elle a adressé au SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES (ci-après SPC) un devis établi par le Docteur L _____, médecin dentiste, le 3 décembre 2010, d'un montant de 4'770 fr. 25, compte tenu de frais de laboratoire pour 2'597 fr. 15.
3. Le SPC a soumis le devis à son médecin conseil, le Dr M _____. Celui-ci, dans une note du 11 mars 2011, a constaté que "contrairement aux règles, le traitement devisé a été totalement réalisé. La bénéficiaire ne supporte pas du tout les prothèses faites qui lui provoquent de vives douleurs. Ces prothèses ne sont pas adéquates et doivent être refaites. La bénéficiaire a demandé l'aide d'un avocat".
4. Par décision du 16 mars 2011, le SPC, se fondant sur l'avis du Dr L _____, a refusé toute participation à ce traitement.
5. L'assurée, représentée par Me Béatrice ANTOINE, a formé opposition le 14 avril 2011.

Elle allègue qu'elle ne pouvait pas attendre trois mois avant d'être traitée. Elle reproche au médecin conseil de n'avoir procédé à aucune analyse du devis du Dr L _____. Elle conclut dès lors, préalablement, à ce qu'une expertise dentaire soit ordonnée, et principalement, à ce que la prise en charge du traitement dentaire devisé et des soins consécutifs soient ordonnés.

6. Invité à se déterminer par le SPC, le médecin conseil a précisé le 11 mai 2011 que "j'avais déjà examiné *l'assurée* pour un traitement précédent, ceci chez un autre praticien, en date du 19 mars 2007. J'avais constaté que la bénéficiaire avait une prothèse totale supérieure, et l'on avait également déjà réalisé, avant l'acceptation du devis, une prothèse partielle inférieure, type stellite, alors que, vu la situation bucco-dentaire existante, on devait faire le choix d'une prothèse partielle en résine, traitement adapté complètement à un tel état dentaire.
J'ai examiné la bénéficiaire le 7 mars 2011, et j'ai donc constaté que la totalité du traitement prévu, selon le devis du 2 décembre 2010, avait déjà été réalisé, alors qu'il n'y avait aucune urgence, vu les prothèses existantes.
L'assurée a indiqué qu'elle avait de fortes douleurs continues depuis la mise en place des prothèses réalisées par le Dr L _____, et qu'il refusait de lui donner un rendez-vous pour procéder à la suppression des douleurs persistantes.
Le traitement fait a été une prothèse totale supérieure et, à nouveau, une prothèse partielle inférieure, type stellite, pour remplacer les dents manquantes, genre de prothèse inadéquate.

Le Dr L_____ n'a effectué aucune radiographie des dents inférieures restantes, je les avais demandées, car il me semblait logique d'en faire avant de réaliser le traitement, c'est la réponse négative qui a été donnée à ma demande. Par ailleurs, le dossier soumis ne donnait aucun détail pertinent sur les raisons de refaire les prothèses existantes, si ce n'est "stellite inf. inadapté" ce qui est totalement insuffisant.

Lors de mon examen, comme les prothèses faites antérieurement n'existaient plus, il était aussi impossible de faire un contrôle sur l'adéquation du traitement devisé, et surtout décider si une réfection totale des prothèses était vraiment indispensable, ou si plutôt, une réadaptation des prothèses existantes n'était pas, alors, la solution de choix en rapport avec l'âge de la patiente, afin de ne pas modifier la dimension verticale, l'occlusion, les divers volumes, la position des dents, etc... avec le risque de créer, par un changement total, des problèmes plus ou moins difficiles à éliminer.

Il était donc évident, aussi vu le résultat, que la conception du traitement effectué ne répondait pas aux critères simple, adéquat, économique, puisque la présence de fortes douleurs, depuis l'issue des soins, ne permettaient pas l'utilisation des prothèses normalement, et la prothèse partielle inférieure n'était pas adaptée à la situation, comme indiqué plus haut.

En rapport avec le résultat du traitement, une reprise des soins doit s'envisager, et on ne pourra juger du nouveau résultat obtenu qu'après l'exécution des corrections qui permettront à l'assurée de porter ses prothèses sans douleurs, et de les utiliser normalement pour s'alimenter. (...)

Enfin, concernant le devis qui semble être un élément essentiel pour le conseil actuel de l'assurée, l'analyse de celui-ci met en évidence les postes du tarif qui correspondent aux soins donnés.

Cependant, il faut noter qu'il comporte des erreurs car les postes 4633, 4634, 4636 ne peuvent être comptés à part, en effet, ils sont déjà inclus dans le poste 4600. Même si ce devis devait être modifié, j'estime que le point essentiel n'est pas à ce niveau, car la correction du devis n'apportera pas une solution aux douleurs ressenties et ne permettra pas d'obtenir un rendez-vous auprès du Dr L_____, les solutions aux problèmes se trouvent donc bien auprès des instances mentionnées."

7. Par décision du 24 mai 2011, le SPC a rejeté l'opposition. Il souligne que son rôle, soit pour lui son médecin conseil, est de se prononcer sur la conception du travail du dentiste traitant, laquelle ressort des devis établis et non sur la qualité du travail subséquent effectué par ledit dentiste. Il se réfère expressément à l'avis du Dr M_____ du 11 mai 2011 et rejette l'opposition.
8. L'assurée, par l'intermédiaire de son avocate, a interjeté recours le 23 juin 2011 contre ladite décision. Elle explique qu'elle a déposé une plainte auprès de la Commission de la santé et des droits des patients contre le Dr L_____ et sollicite l'apport de cette procédure. Au fond, elle prie la Cour de céans de renvoyer

la cause au SPC pour nouvelle décision, et subsidiairement, de suspendre la présente cause jusqu'à droit jugé dans la cause n° 20/11/4, ou d'ordonner au SPC le remboursement et / ou la prise en charge des traitements dentaires devisés. Elle considère que la décision du 24 mai 2011 viole notamment les art. 29 Cst et 6 CEDH, dans la mesure où le SPC ne lui a pas transmis le rapport complémentaire du 11 mai 2011 du Dr M_____.

9. Le 15 juillet 2011, le SPC a précisé qu'il avait repris dans le texte de sa décision sur opposition la quasi intégralité des termes ressortant du rapport complémentaire établi par le Dr M_____. Il nie ainsi avoir violé le droit d'être entendu de la recourante, étant rappelé quoiqu'il en soit que la Cour de céans dispose d'un plein pouvoir d'examen. Il s'oppose à la suspension de la présente cause au motif que la décision litigieuse est en tout point fondée. Il relève que la prise en charge d'un montant correspondant à un traitement simple, économique et adéquat pourra être examiné lorsque la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients aura rendu son rapport et que de nouveaux soins adéquats auront été prodigués. Aussi appartient-il à la recourante de faire valoir ses prétentions directement auprès du Dr L_____ s'agissant des frais injustifiés encourus auprès de lui. Le SPC conclut au rejet du recours.
10. Par courrier du 2 août 2011, l'assurée a versé au dossier une pièce nouvelle, soit la copie d'un e-mail expédié par le Dr N_____ le 30 juin 2011 et aux termes duquel

"je comprends parfaitement votre demande. Ces situations sont toujours difficiles pour les patients, mais aussi pour les praticiens. L'obtention d'avis différents n'est pas toujours favorable au patient.

Dans ce genre de situation, la solution la plus favorable est de bien exposer les demandes auprès du médecin dentiste qui a effectué le traitement et de se mettre d'accord sur une solution.

Si cela n'est pas possible et si le médecin dentiste est membre d'une association des médecins dentistes du canton, il existe au sein de ces associations une commission de litige qui est tout à fait adaptée à ce type de situation, ensuite il ne reste que le recours à des procédures de justice qui sont souvent longues et difficiles pour les patients.

Dans le cadre de la Section de médecine dentaire, nous ne souhaitons intervenir qu'à la demande conjointe du patient et de son médecin dentiste ou à celle d'une commission de litige officielle ou d'une autorité administrative ou judiciaire."

L'assurée persiste dès lors dans ses conclusions et sollicite préalablement une expertise.

11. Par courrier du 25 novembre 2011, la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients a indiqué qu'en l'état, aucune décision n'avait encore été rendue.

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. 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).

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).
- 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]).

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 de travaux dentaires, selon un devis du Dr L_____ du 3 décembre 2010, étant précisé que le traitement a été d'ores et déjà réalisé.

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 LPC 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. 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 1er 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 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.

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 à l'aune des dispositions de l'OMPC, applicables par analogie au moment où dite décision a été rendue.

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).

6. 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^{er} 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).
7. 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

circonscrite, 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'écarter 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).

8. En l'espèce, le SPC a refusé toute participation à la prise en charge du traitement dentaire devisé par le Dr L_____ le 3 décembre 2010. Il a considéré que le traitement décrit ne constituait pas un traitement simple, économique et adéquat au sens de l'art. 8 OMPC.

Force est toutefois de constater que l'avis du médecin conseil, daté du 11 mars 2011, ne permet pas de déterminer si tel était ou non le cas. Ce médecin se contente en effet de signaler que le traitement devisé avait déjà été entièrement réalisé et que l'assurée n'en était pas satisfaite. C'est le lieu de préciser que, contrairement aux affirmations du médecin conseil, ce sont bien les caractères de simplicité, d'économicité et d'adéquation du traitement devisé qui doivent être examinés pour déterminer si ce traitement doit ou non être pris en charge par le SPC. Il ne s'agit pas en effet de se prononcer sur la façon dont le Dr L_____ a effectué son travail.

Dans son avis complémentaire du 11 mai 2011, le médecin conseil a expliqué que la prothèse totale supérieure et la prothèse partielle inférieure type stellite pour remplacer les dents manquantes étaient inadéquates. Il a considéré que "la conception du traitement effectué ne répondait pas aux critères simple, adéquat, économique, puisque la présence de fortes douleurs depuis l'issue des soins, ne permettaient pas l'utilisation des prothèses normalement, et la prothèse partielle inférieure n'était pas adaptée à la situation". Il a par ailleurs déclaré qu'il lui était

impossible de contrôler l'adéquation du traitement devisé, du fait que les prothèses réalisées antérieurement n'existaient plus. Il ne pouvait en particulier pas dire si une réfection totale des prothèses était vraiment indispensable ou s'il n'aurait pas plutôt préféré la solution d'une réadaptation des prothèses existantes. Il reproche à cet égard au Dr L_____ de n'avoir effectué aucune radiographie des dents inférieures restantes et de n'avoir donné aucun détail pertinent et complet sur les raisons de refaire les prothèses existantes. Il relève enfin que le devis comporte des erreurs, les postes 4633, 4634, 4636 y figurant de façon distincte, alors qu'ils sont déjà inclus dans le poste 4600.

9. La Cour de céans constate que le médecin conseil, dans son avis du 11 mai 2011, justifie d'une part que le traitement effectué ne constitue pas un traitement adéquat, au motif que l'assurée se plaint de douleurs depuis et, d'autre part, qu'il lui est impossible de contrôler l'adéquation du traitement devisé, reprochant au Dr L_____ de n'avoir effectué aucune radiographie des dents inférieures restantes et de n'avoir pas motivé les raisons pour lesquelles il avait pensé refaire les prothèses existantes.

Force est d'en conclure que le médecin conseil ne s'est en réalité pas déterminé précisément sur les caractères de simplicité, d'adéquation et d'économicité du traitement devisé.

La procédure engagée par l'assurée contre le Dr L_____ auprès de la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients a pour but de définir si celui-ci a correctement réalisé les travaux dentaires en bouche de l'assurée, mais également d'examiner si le traitement qu'il avait envisagé pour elle, et partant, devisé, était adéquat. En ce sens, il sera intéressant pour la Cour de céans de connaître les conclusions de cette Commission.

Aux termes de l'art. 14 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), la procédure peut être suspendue lorsque son sort dépend de la solution d'une question de nature civile, pénale ou administrative pendante devant une autre autorité, jusqu'à droit connu sur ces questions.

Il se justifie dès lors de suspendre la présente cause jusqu'à droit connu dans la cause n° 20/11/4.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant sur incident

1. Suspend l'instance en application de l'art. 14 LPA, jusqu'à droit connu dans la cause n° 20/11/4.
2. Réserve la suite de la procédure.
3. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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