RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/243/2021 **ATAS/774/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 juillet 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à ONEX recourant

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES, sis route de Chêne 54, GENÈVE intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1963, perçoit des prestations complémentaires à sa rente d'invalidité, versées par le service des prestations complémentaires (ci-après : le SPC).

2. Le 28 octobre 2019, le SPC a reçu un devis n° 468, établi le 25 octobre 2019 par le docteur B_____, médecin-dentiste auprès du Cabinet dentaire C_____ SA, relatif à une attelle Michigan pour un montant de CHF 619.70.

3. Le 17 décembre 2019, le SPC a confié un mandat d'expertise à son médecin-dentiste-conseil, le docteur C.

4. Dans un avis du 19 décembre 2019, le Dr D_____ a indiqué que le traitement ne pouvait pas être pris en charge.

5. Par décision du 21 février 2020, le SPC a refusé toute participation au traitement prévu, les critères de simplicité, d'économicité et d'adéquation n'étant pas réalisés au vu du rapport du Dr D_____.

6. En date du 9 mars 2020, l'assuré a contesté cette décision, insuffisamment motivée. Il a en outre relevé que le dentiste-conseil ne l'avait pas examiné et qu'il n'avait même pas pris contact avec le cabinet dentaire. Il a sollicité une copie du rapport d'expertise rendu et des explications quant aux éléments sur lesquels le SPC s'était fondé. Il grinçait des dents la nuit, ce qui causait une usure importante des dents et de l'émail, jusqu'à entraîner des fissures. L'attelle demandée avait pour but de remédier à ces problèmes tout en évitant une aggravation probable. Il s'agissait d'un traitement simple, consistant en la pose d'une attelle et gouttière après une prise d'empreintes des dents supérieures, adéquat, puisqu'il devait remédier à l'usure et limiter de futures interventions, et économique, tant par son coût que son efficacité, rappelant que le SPC avait remboursé récemment plusieurs interventions d'urgence occasionnant des frais bien plus importants.

7. Par courrier du 9 septembre 2020, l'assuré a rappelé au SPC qu'il demeurait dans l'attente d'une décision.

8. Le 16 septembre 2020, le SPC a demandé à son médecin-dentiste-conseil de se prononcer dans un rapport complet sur les raisons pour lesquelles le traitement devisé n'avait pas été considéré comme simple, économique et adéquat, et de lui préciser quel traitement pourrait l'être dans le cas présent.

9. Le 5 novembre 2020, le SPC a relancé son médecin-conseil.

10. Dans un avis du 30 novembre 2020, le Dr D_____ a indiqué que, après étude radiologique et appel au Dr B_____, il estimait que la réalisation d'une attelle Michigan correspondait à la confection d'une gouttière de relaxation et qu'un tel traitement ne pouvait pas être considéré comme simple, économique et adéquat. De plus, dans un arrêt du 25 février 2010, le Tribunal fédéral avait jugé que

l'assurance-maladie obligatoire ne prenait pas en charge les prestations liées à la confection d'une attelle Michigan.

11. Par décision sur opposition du 10 décembre 2020, le SPC a rejeté l'opposition de l'intéressé et confirmé sa décision du 21 février 2020 au motif que le traitement sollicité ne pouvait pas être considéré comme simple, économique et adéquat.

12. Par acte du 22 janvier 2021, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de le Cour de justice. Il a conclu à la prise en charge intégrale du traitement dentaire, selon le devis du 25 octobre 2019. En substance, le recourant a reproché au dentiste-conseil de ne pas l'avoir examiné et d'avoir relaté de manière incomplète, voire partiale, la conversation téléphonique qu'il avait eue avec le cabinet dentaire. Le Dr D_____ n'avait pas proposé de traitement pouvant être considéré comme simple, économique et adéquat, de sorte qu'aucune comparaison ne pouvait être faite entre les coûts et les bénéfices du devis et ceux d'un autre traitement hypothétique. L'obligation de porter une attelle la nuit n'avait rien de relaxant et les conclusions du Dr D_____, insuffisamment motivées, n'étaient pas conformes à celles du Dr B_____.

    Le recourant a produit une attestation du 19 janvier 2021 du Dr B_____, aux termes de laquelle la réalisation, au plus vite, de la gouttière Michigan était fortement recommandée afin de permettre une relaxation musculaire indiscutable pour un bruxisme, mais surtout une protection efficace contre l'abrasion dentaire quotidienne dont le patient souffrait depuis des années, ce qui lui créait de plus en plus de sensibilités dentinaires et des pertes d'obturations dentaires. Il serait conseillé de privilégier la prévention dentaire pour une raison de santé, mais également pour une raison économique.

13. Dans sa réponse du 4 février 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, faisant valoir que le recourant n'invoquait aucun argument nouveau ni n'apportait de nouvel élément susceptible de modifier son appréciation du cas.

14. Par écriture du 12 février 2021, le recourant a persisté. Il a relevé que l'intimé ne s'était pas déterminé sur son recours et l'attestation du Dr B_____. En affirmant qu'il n'avait pas fait état de nouveaux éléments ou de nouveaux arguments, l'intimé démontrait à nouveau que les demandes étaient traitées de manière arbitraire. Le dentiste-conseil n'avait pas rendu de rapport détaillé et complet, comme demandé par l'intimé le 4 décembre 2020, et la prétendue étude du dossier radiologique n'avait aucune incidence sur sa demande de gouttière, qui n'était pas une gouttière de relaxation. Le dentiste-conseil se référait à une jurisprudence sans préciser les références, de sorte qu'il ne pouvait pas en prendre connaissance. L'attelle sollicitée devrait pouvoir atténuer son bruxisme, l'abrasion dentaire, les sensibilités dentinaires et les pertes d'obturations dentaires, tout en privilégiant la prévention d'éventuels dommages. Ce traitement était recommandé à titre préventif, médical et

économique, admis par l'assurance-maladie obligatoire, et donc par l'intimé. Il a contesté les conclusions du Dr D_____, qui n'étaient pas clairement motivées.

15. Copie de cette écriture a été communiquée à l'intimé le 15 février 2021.

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 - E 2 05), 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 complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Les dispositions de la LPGA s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). En matière de prestations complémentaires cantonales, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie en cas de silence de la législation cantonale (art. 1A LPCC).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 43 LPCC ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA ; art. 89C let. c LPA).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge du traitement mentionné dans le devis n° 468 du 25 octobre 2019, d'un montant de CHF 619.70.

5. a. Selon l'art. 14 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais suivants de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis, notamment, les frais de traitement dentaire (al. 1 let. a). Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'alinéa 1. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (al. 2).

   Sur le plan cantonal, l'art. 2 al. 1 let. c de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 14 octobre 1965 (LPFC - J 4 20) 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 du 15 décembre 2010 (RFMPC; J 4 20.04).

Conformément à l'art 10 RFMPC, les frais de traitement dentaire sont remboursés par le service dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. Les alinéas 2 à 6 sont réservés (al. 1). Les honoraires des prestations dentaires et des travaux de technique dentaire sont remboursés par le service sur la base du catalogue de prestations reconnu par les assurances AA/AM/AI et à une valeur fixe du point arrêtée à 85 centimes, soit 85% du tarif dentaire AA/AM/AI. Les frais de traitement dentaire qui ne sont pas pris en charge par le service ne peuvent être répercutés sur le bénéficiaire des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (al. 2). Si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire de technique dentaire inclus) dépasse CHF 1'500.-, un devis doit être adressé au service avant le début du traitement (al. 3). Si le coût d'un traitement dentaire s'est élevé à plus de CHF 1'500.- 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 (al. 4). Les devis et factures à présenter doivent être conformes aux prescriptions de l'alinéa 2 (al. 5). Les frais inhérents à l'établissement du devis sont imputés au montant destiné au remboursement des frais de maladie et d'invalidité (al. 6).

Selon le ch. 7.15 des directives cantonales sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'AVS/AI (DFM), entrées en vigueur le 1er janvier 2011, les frais de traitement dentaire ne peuvent être pris en compte dans le cadre des prestations complémentaires que s'ils correspondent à un traitement simple, économique et adéquat. Les frais de couronnes, de ponts ou de prothèses dentaires ne peuvent être pris en compte que si les traitements correspondants ont été effectués par un médecin-dentiste ou par un technicien-dentiste (dans cette dernière hypothèse, uniquement prothèses totales ou partielles, sans ponts, ni couronnes) habilité à exercer en qualité d'indépendant. Le ch. 7.16 précise que 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 pour le remboursement des travaux de technique dentaire.

b. Selon la jurisprudence, l'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et

de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure ; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale ; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2 ; ATF 125 V 95 consid. 4a).

Par ailleurs, 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 (ATF 124 V 196 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_621/2012 du 3 avril 2013 consid. 5.1).

La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 95 consid. 4a ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 279 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_912/2010 du 31 octobre 2011 consid. 3.2).

Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3 ; ATF 124 V 196 consid. 4). 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 (ATF 124 V 200 consid. 3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 22/02 du 5 août 2002 consid. 2).

6. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

7. 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 prépondérante. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8. En l'espèce, la chambre de céans ne peut que constater avec le recourant que les diverses appréciations du dentiste-conseil ne comportent pas la moindre motivation.

   En effet, mandaté pour « expertise », le Dr D_____ s'est prononcé une première fois le 19 décembre 2019. Son avis consiste en une unique phrase, soit la mention que le traitement ne pouvait pas être pris en charge par l'intimé. Aucune explication ni référence n'est fournie par le dentiste-conseil à l'appui de cette affirmation.

   Suite à l'opposition du recourant, le Dr D_____ a été sollicité une seconde fois par l'intimé, qui lui a expressément demandé un « rapport complet » sur les raisons pour lesquelles le traitement devisé n'avait pas été considéré comme simple, économique et adéquat, et de préciser quel traitement pourrait l'être.

   Dans son rapport du 30 novembre 2020, le Dr D_____ n'a toutefois pas répondu au mandat confié. Ce document ne contient aucune analyse des critères pertinents et se limite à conclure, péremptoirement, que la réalisation d'une attelle Michigan correspondait à la confection d'une gouttière de relaxation, traitement qui ne pouvait pas être considéré comme simple, économique et adéquat. Or, cette affirmation est mise à mal par le rapport du dentiste traitant du recourant, qui a clairement exposé que son patient souffrait de bruxisme, lequel entraînait des troubles. Pour le reste, on ignore quels examens radiologiques auraient été examinés par le dentiste-conseil, dès lors que le dossier de la cause n'en contient pas. S'agissant de la jurisprudence fédérale mentionnée, le médecin-conseil n'a pas

cité de référence complète. Elle ne paraît en tout état pas déterminante puisqu'elle concerne un cas d'assurance-maladie obligatoire.

9. Force est donc de conclure que l'intimé ne pouvait pas, sur la base de ces rapports dénués de toute valeur probante, refuser la prise en charge du traitement devisé.

10. Quant au rapport du 19 janvier 2021 produit par le recourant dans le cadre de la présente procédure, la chambre de céans relèvera que le Dr B_____ ne se détermine pas sur les coûts, les bénéfices et les risques d'éventuelles alternatives thérapeutiques. Ce document ne lui permet donc pas de vérifier s'il existe d'autres traitements adéquats et potentiellement plus économiques que ceux envisagés.

11. Dans ces conditions, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il en complète l'instruction, puis statue par nouvelle décision quant à la prise en charge des frais du traitement dentaire selon le devis n° 468 du 25 octobre 2019, pour un montant de CHF 619.70.

12. Partant, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire.

13. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 10 décembre 2020.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
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). 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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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