

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2566/2013

ATAS/1222/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 décembre 2013

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame N _____, domiciliée à GENEVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame N_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1957, a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2011 par décision du 20 mars 2012.
2. L'assurée a sollicité le 21 mai 2012 des prestations complémentaires à sa rente d'invalidité et elle a reçu le 22 mai 2013 un accusé de réception l'invitant à informer le SPC de toute modification de sa situation.
3. Par décision du 27 juillet 2012, le service des prestations complémentaires (ci-après le SPC ou l'intimé) a mis l'assurée au bénéfice de prestations complémentaires avec effet au 1^{er} septembre 2011. Les plans de calcul étaient annexés à la décision.
4. Le 7 décembre 2012, le SPC a adressé à l'assurée le document "communications importantes", qui mentionne toutes les modifications qui doivent être annoncées (décès, mariage, déménagement, revenus, etc.), qui indique les bases de calcul des prestations (loyer, etc.), donne des informations diverses (Billag, TPG, etc.) demande aux assurés d'envoyer les relevés des caisses-maladies et les factures de médecin originales.
5. Par communication du 17 décembre 2012, le SCP a fixé le montant des prestations dès le 1^{er} janvier 2013.
6. Le SPC a reçu de l'assurée le 7 mars 2013 le décompte des prestations du 29 juin 2012 de l'assurance-maladie comportant une facture de dentiste de CHF 103,90, non remboursée pour un traitement dispensé le 26 avril 2012, ainsi que la facture du Dr A_____, dentiste à Les Vans en France pour des soins dispensés le 26 avril 2012 d'un montant d'EUR 85,85. Les dents 15 (Z6 et SC 17) et 25 (Z6 et SC 12) ont été traitées.
7. L'assurée s'est adressée au SPC à cette même date en ces termes « permettez-moi d'être étonnée, je suis allée au dentiste en urgence et il ne s'agissait pas de faire un devis. Je séjournais sur France à ce moment-là. Les liens entre la Suisse et la France sont très normaux. Meilleures salutations ».
8. Par décision du 14 mai 2013, le SPC a refusé de prendre en charge ces frais de dentiste (CHF 103,90) le 14 mai 2013 au motif qu'ils avaient été engagés à l'étranger. Sous la rubrique libellé des frais, le SPC a indiqué: "frais médicaux sans devis, sans expertise".
9. L'assurée s'y est opposée le 12 juin 2013. Si elle est allée chez le dentiste, c'est bien qu'elle avait mal aux dents et devait aller vérifier. Elle n'a pas fait de devis, car il n'y avait finalement rien de grave. Elle se trouvait dans le sud de l'Ardèche et ne

pouvait pas rentrer à Genève pour régler le problème. Il ne s'agissait pas d'un accident et la seule chose à retenir, c'était le caractère urgent de la situation.

10. Par décision sur opposition du 26 juillet 2013, le SPC a rejeté l'opposition, sur la base de l'article 7 al. 1 et 2 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 (RFMPC-J 4 20.04), selon lequel 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. Au contraire, l'assurée avait effectué une visite pour un contrôle en France, qui avait révélé qu'il n'y avait rien de grave.
11. L'assurée a formé recours le 13 août 2013. Le remboursement était précisément prévu par l'article en question, car elle se trouvait à cinq heures de route de Genève et ne pouvait donc pas rentrer pour procéder aux soins.
12. Le SPC a persisté le 11 septembre 2013. L'assurée n'avait pas fait la preuve du caractère indispensable de cette visite.
13. A la demande de la Cour, il a produit les pièces manquantes au dossier.
14. Sur quoi, 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; 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 (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; RS J 4 25).

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

2. 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]).

4. Il en va de même en matière de prestations complémentaires cantonales (cf. art. 1A let. b LPCC).
5. Le litige porte sur la prise en charge du traitement dentaire du recourant.
6. 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.

C'est lors de la réforme de la péréquation financière 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. 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.

7. a. 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 (J 4 20; 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).

b. 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; J 4 20.04), entré en vigueur le 1er janvier 2011.

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 selon le règlement en vigueur depuis le 1er janvier 2011 (la décision datant de 2013), ce qui ne change rien à la solution du litige, eu égard à la teneur identique de l'OMPC et de la jurisprudence y relative.

c. Aux termes de l'art. 10 RFMPC, les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat (al. 1). 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 (al. 3). 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. 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).

d. Selon l'art. 7 RFMPC:

- Sont remboursés les frais de maladie et d'invalidité ainsi que les dépenses pour moyens auxiliaires qui sont survenus en Suisse (al. 1);
- 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);
- Les frais des cures balnéaires et des séjours de convalescence à l'étranger ne sont pas remboursés (al. 3);
- Lorsqu'un moyen auxiliaire qui n'est pas remis en prêt est acheté à l'étranger, c'est le prix pratiqué en Suisse qui est déterminant s'il est nettement inférieur (al. 4).

8. Il ressort de la tarification française des actes médicaux (NGAP) que les codes figurant sur la facture du médecin-dentiste correspondent aux actes suivants:

- Cavité composée, traitement global intéressant trois faces et plus SC 17-20;
- Cavité composée, traitement global intéressant deux faces SC 12-14;
- Examen radiographique intrabuccal à images numérisées par capteur, par dent ou groupe de deux ou trois dents contiguës, au cours d'une même séance de diagnostic ou de traitement Z 6;

9. En l'espèce, le SPC a refusé de prendre en charge la facture de frais dentaires du 26 avril 2012 de CHF 103,50 non pas au motif que l'assurée aurait dû demander un devis et le soumettre au SPC, contrairement à ce que l'assurée a compris de la décision du 14 mai 2013, mais en raison du fait que seuls les frais indispensables survenus à l'étranger sont remboursés. C'est toutefois sans fondement que le SPC a retenu que l'assurée avait effectué une simple visite de contrôle. Si l'assurée a mentionné l'absence de gravité, c'était pour justifier l'absence de devis. Il s'avère toutefois que les actes médicaux pratiqués sont une radiographie des deux dents touchées, suivie du traitement de deux caries sur ces deux dents. Or, il est notoire que les caries peuvent être douloureuses au point que leur traitement se révèle indispensable pendant un séjour hors de Suisse. Il s'agit précisément du cas d'urgence visé par l'art. 7 al. 2 RFMPC qui permet de prendre en charge, exceptionnellement, des frais médicaux intervenus à l'étranger, la disposition n'excluant pas les traitements dentaires.

Il n'y a pas de raison particulière de mettre en doute les allégations de l'assurée, selon lesquelles elle ne pouvait pas attendre pour soigner ses caries. Des questions adressées à ce sujet au dentiste en France resteraient certainement sans réponse, compte tenu des règles particulières de secret médical qui y sont pratiquées. Compte tenu de la faible valeur litigieuse, il serait disproportionné d'ordonner une expertise dentaire pour déterminer, pour autant que cela soit possible, si l'intensité de la douleur permettait à l'assurée d'attendre la fin de son séjour et son retour en Suisse pour se faire soigner, le cas échéant, si les caries étaient déjà présentes avant ce séjour.

Au surplus, lorsque l'assurée a été traitée en France le 26 mai 2012, sa demande de prestations complémentaire avait été déposée le 22 mai 2012 seulement, de sorte qu'elle ne disposait encore d'aucune information concernant la prise en charge de ses frais médicaux, notamment à l'étranger, ces frais ayant été pris en charge avec effet rétroactif au 1^{er} septembre 2011.

Pour l'ensemble de ces motifs, la décision de refus de prise en charge des frais de radio de deux dents et de traitement des deux caries est mal fondée.

10. En conséquence, le recours est admis et la décision sur opposition du 26 juillet 2013, en tant qu'elle confirme le refus de remboursement de la facture de CHF 103,90, est annulée.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, annule la décision sur opposition du 26 juillet 2013 et dit que l'intimé doit prendre en charge les frais dentaires des soins prodigués le 26 mai 2012 en France de CHF 103.90.
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 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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