RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3484/2021 **ATAS/1316/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 décembre 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ONEX, représenté par UNIA Genève — recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

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

b. Le 28 octobre 2019, le SPC a reçu un devis établi le 25 octobre 2019 par le docteur B_____, médecin-dentiste de l'assuré, relatif à une attelle Michigan pour celui-ci d'un montant de CHF 619.70.

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

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

e. 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 C_____.

f. En date du 9 mars 2020, l'assuré a contesté cette décision.

g. 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.

h. Dans un avis du 30 novembre 2020, le Dr C_____ 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.

i. Par décision sur opposition du 10 décembre 2020, le SPC a rejeté l'opposition de l'assuré.

j. 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. Le Dr C_____ 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 C_____, qui étaient insuffisamment motivées, n'étaient pas conformes à celles du Dr B_____.

Le recourant a produit une attestation du 19 janvier 2021 du Dr B_____. Selon ce dernier, la réalisation rapide 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 l'assuré souffrait depuis des années, ce qui lui créait de plus en plus de sensibilités dentinaires et des pertes d'obturations dentaires. Il était

conseillé de privilégier la prévention dentaire pour une raison de santé, mais également pour une raison économique.

k. Par arrêt du 21 juillet 2021 (ATAS/774/2021), la chambre de céans a constaté que les diverses appréciations du dentiste-conseil ne comportaient pas la moindre motivation, de sorte que l'intimé ne pouvait pas, sur la base de ces rapports, refuser la prise en charge du traitement devisé.

Dans son rapport du 19 janvier 2021, le Dr B_____ ne se déterminait pas sur les coûts, les bénéfices et les risques d'éventuelles alternatives thérapeutiques. Ce document ne permettait donc pas de vérifier s'il existait d'autres traitements adéquats et potentiellement plus économiques que celui envisagé.

Dans ces conditions, il convenait de renvoyer le dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision quant à la prise en charge des frais du traitement dentaire requis par le recourant.

l. Le 30 juillet 2021, le SPC a demandé au Dr C_____ de lui transmettre un rapport complet et détaillé sur la situation du recourant en lien avec le devis établi par le Dr B_____ le 19 janvier 2021.

m. Le 7 octobre 2021, la chambre des assurances sociales a retransmis au recourant les pièces que celui-ci avait produites dans le cadre de la procédure ayant conduit à l'arrêt du 21 juillet 2021.

B. **a.** L'intéressé a formé un recours en déni de justice auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 12 octobre 2021. Il accusait réception des pièces transmises par la chambre et lui demandait s'il ne lui appartenait pas de s'assurer que l'arrêt du 21 juillet 2021 était bien exécuté. Il ne comprenait pas le classement de la procédure et le contestait vivement. L'intimé ne semblait pas vouloir se soumettre à l'arrêt de la chambre. Le recourant se demandait si l'intimé n'avait pas induit la chambre en erreur en prétendant que la cause était réglée. Outre le fait que la procédure avait été clôturée prématurément, il y avait un déni de justice, dès lors que l'intimé n'avait pas respecté l'arrêt du 21 juillet et qu'il bafouait ses droits.

b. Par courrier du 19 octobre 2021, l'intimé a requis du Dr C_____ un rapport complet et détaillé.

c. Le 2 novembre 2021, le Dr C_____ a répondu à l'intimé qu'il maintenait sa décision antérieure de ne pas prendre en charge l'attelle Michigan, suite à une discussion téléphonique avec le Dr B_____, qui lui avait confirmé qu'il s'agissait d'une gouttière de relaxation qui n'était jamais prise en charge par le SPC. Il restait ouvert à une expertise complémentaire que pourrait effectuer un de ses confrères.

d. Par réponse du 9 novembre 2021, le SPC a indiqué qu'après avoir reçu l'arrêt de la chambre des assurances sociales du 21 juillet 2021, le 26 juillet 2021, il avait requis un rapport détaillé du Dr C_____ le 30 juillet suivant, puis avait relancé

ce dernier le 19 octobre 2021. Ce dernier lui avait répondu le 2 novembre 2021. L'intimé n'était pas encore en mesure de statuer et allait procéder, dans les meilleurs délais, à une instruction complémentaire du dossier. En conséquence, force était de constater qu'à ce jour, il n'avait commis aucun déni de justice. En conclusion, le recours devait être rejeté.

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. **2.1** En vertu de la LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA).

Selon la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), lorsqu'une autorité mise en demeure refuse sans droit de statuer ou tarde à se prononcer, son silence est assimilé à une décision (art. 4 al. 4 LPA-GE). Une partie peut recourir en tout temps pour déni de justice ou retard non justifié si l'autorité concernée ne donne pas suite rapidement à la mise en demeure prévue à l'article 4 alinéa 4 (art. 62 al. 6 LPA).

2.2. En l'espèce, le recours pour déni de justice, interjeté par-devant l'autorité compétente (art. 58 al. 1 LPGA), est recevable.

3. Aux termes de l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable.

Le droit de recours de l'art. 56 al. 2 LPGA sert à mettre en œuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 Cst. Le retard injustifié à statuer, également prohibé par l'art. 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101) – qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue que la disposition constitutionnelle (ATF 103 V 190 consid. 2b) –, est une forme particulière du déni de justice formel (ATF 119 Ia 237 consid. 2).

Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 et les références). Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2.2), mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 130 I 312 consid. 5.2; ATF 125 V 188 consid. 2a). À cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. Si on ne peut reprocher à l'autorité quelques « temps morts », celle-ci ne saurait en revanche invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur de la procédure; il appartient en effet à l'État d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et 5.2 et les références). Dans le cadre d'une appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en matière d'assurances sociales le législateur accorde une importance particulière à une liquidation rapide des procès (ATF 126 V 244 consid. 4a). Peu importe le motif qui est à l'origine du refus de statuer ou du retard injustifié; ce qui est déterminant, c'est le fait que l'autorité n'ait pas agi ou qu'elle ait agi avec retard (ATF 124 V 133; ATF 117 Ia 117 consid. 3a et 197 consid. 1c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 819/02 du 23 avril 2003 consid. 2.1 et C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2).

La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3 et 129 V 411 consid. 1.3). Pour le surplus, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. Elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATF 130 V 90). L'art. 69 al. 4 LPA prévoit que si la juridiction administrative admet le recours pour déni de justice ou retard injustifié, elle renvoie l'affaire à l'autorité inférieure en lui donnant des instructions impératives.

À titre d'exemple, un déni de justice a été admis par la chambre de céans ou antérieurement par le tribunal cantonal des assurances sociales dans un cas où :

- la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) était intervenue cinq mois après son arrêt, lequel rétablissait simplement la rente que l'OAI avait supprimée, car aucune instruction

complémentaire n'était nécessaire de la part de l'administration, hormis l'envoi d'un formulaire de compensation (ATAS/859/2006 du 2 octobre 2006);

- aucune décision formelle n'avait été rendue neuf mois après la demande en ce sens de l'assuré, faute de mesures d'instruction durant six mois (ATAS/711/2015 du 23 septembre 2015);
- l'OAI, neuf mois après un jugement lui ordonnant de mettre en place une expertise, n'avait pas encore entrepris de démarches en ce sens (ATAS/430/2005 du 10 mai 2005);
- l'OAI avait attendu quatorze mois depuis l'opposition de l'assuré au projet pour mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire à laquelle l'assuré avait conclu d'emblée (ATAS/484/2007 du 9 mai 2007);
- aucune décision n'avait été rendue dans un délai de plus quinze mois depuis la date du rapport d'expertise alors que la demande de précision faite au service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) au sujet de la divergence entre celui-ci et l'expert quant à la capacité de travail du recourant aurait pu être formée plus de six mois auparavant et que le SMR n'avait répondu qu'au bout de huit mois (ATAS/788/2018 du 10 septembre 2018);
- l'OAI avait ordonné un complément d'expertise dix-sept mois après avoir obtenu les renseignements des médecins traitants (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006);
- une nouvelle décision avait été rendue dix-huit mois après que la cause avait été renvoyée à l'office à la suite de l'admission partielle du recours (ATAS/62/2007 du 24 janvier 2007);
- plus d'un an et demi s'était écoulé depuis le rapport d'expertise en possession de l'OAI sans qu'aucune décision n'intervienne et ce, malgré de nombreuses relances du conseil de l'assurée, même si une évaluation du degré d'invalidité avait eu lieu, de même qu'une enquête économique sur le ménage, car on ne voyait pas quelles difficultés particulières justifiaient encore le report d'une décision une fois l'instruction terminée (ATAS/223/2018 du 8 mars 2018);
- un recourant qui était sans nouvelle de l'OAI vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006).

En revanche, elle a nié l'existence d'un déni de justice dans un cas où :

- la caisse cantonale de compensation n'avait pas rendu de décision un peu plus de quatre mois après l'opposition de l'assuré, soit dans un délai qui ne violait pas le principe de célérité, ce d'autant plus que le cas ne pouvait pas être qualifié de simple (ATAS/1035/2018 du 7 novembre 2018);

- la caisse-maladie n'avait pas rendu de décision neuf mois après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral pour instruction complémentaire afin d'établir le tarif hospitalier du canton de Bâle, dès lors que l'instruction n'était pas terminée et qu'elle n'avait cessé d'interpeller l'Hôpital universitaire de Bâle à ce sujet (ATAS/1502/2012 du 19 décembre 2012);
- l'assurance-accidents n'avait pas versé de prestations à la suite d'une rechute annoncée quinze mois auparavant étant donné que les parties avaient échangé des courriers pendant treize mois dans le but d'aboutir à une solution transactionnelle (ATAS/264/2014 du 5 mars 2014).

4. En l'espèce, la chambre de céans constate qu'après le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, le 21 juillet 2021, celui-ci a, sans tarder, demandé un nouveau rapport au Dr C_____, le 30 juillet 2021, puis a relancé ce dernier le 19 octobre 2021. Le Dr C_____ lui a répondu le 2 novembre 2021. L'intimé a estimé n'être pas encore en mesure de statuer le 9 novembre 2021, considérant qu'il devait encore procéder à un complément d'instruction. Cela démontre qu'il instruit le dossier avec diligence, comme le lui a demandé la chambre de céans dans son arrêt du 21 juillet 2021. L'on ne peut dès lors reprocher à l'intimé de ne pas procéder à l'exécution de ce dernier. Au vu de la jurisprudence susmentionnée, les conditions d'un déni de justice n'étaient manifestement pas réalisées lorsque l'assuré a formé recours devant la chambre de céans pour déni de justice, le 12 octobre 2021.

La procédure n'était pas classée, comme le recourant l'a compris à tort, mais la cause a été simplement renvoyée par la chambre à l'intimé pour instruction complémentaire.

La procédure en cours devant la chambre de céans suite au recours de l'assuré interjeté contre la décision du SPC du 21 février 2020 s'étant terminée par l'arrêt du 21 juillet 2021, les pièces produites par le recourant dans ce cadre lui ont été retournées, selon la pratique constante de la chambre. L'intimé n'a donc pas induit la chambre en erreur. Il doit après instruction complémentaire rendre une nouvelle décision sur opposition, qui pourra fait l'objet d'un nouveau recours à la chambre des assurances sociales, si elle ne donne pas satisfaction au recourant.

5. Infondé, le recours en déni de justice doit être rejeté.

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À 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 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