RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4018/2005 **ATAS/31/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 17 janvier 2006

En la cause

Monsieur B_____, domicilié à CAROUGE	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DES PERSONNES AGEES, sis route de Chêne 54, case postale 6375, 1211 GENEVE 6	intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS, Juges

Attendu en fait que Monsieur B_____, au bénéfice d'une rente d'invalidité, reçoit des prestations complémentaires depuis 1992;

Que l'intéressé a adressé à l'Office cantonal des personnes âgées (ci-après OCPA) la facture établie par son médecin-dentiste, le Dr L_____, le 31 décembre 2003, pour un montant de 616 fr.;

Que par décision du 5 mars 2005, le Secteur des frais de maladie de l'OCPA lui a accordé le remboursement de ladite facture à hauteur de 545 fr. 90;

Que par décision du 16 mars 2004, il a refusé la prise en charge de la quittance de pharmacie produite par l'intéressé pour un montant de 10 fr. 35, au motif que "seul le frein mutuel relatif à l'assurance de base, soit la participation de 10% et la franchise, peuvent être remboursées jusqu'à concurrence de 830 fr. par année civile";

Qu'un procès-verbal d'opposition a été dressé le 5 avril 2004;

Que l'intéressé y conteste les décisions des 5 et 16 mars 2004;

Que le 5 septembre 2005, il a déposé auprès du Tribunal de céans un recours pour déni de justice;

Que le 14 octobre 2005, l'OCPA a rendu une décision rejetant l'opposition;

Que le 15 novembre 2005, l'intéressé a interjeté recours contre ladite décision sur opposition;

Que dans sa réponse du 13 décembre 2005, l'OCPA a relevé n'avoir pas compris les motifs du recours et conclu en l'état au rejet de celui-ci;

Qu'il demande par ailleurs au Tribunal de céans qu'un émolument de justice soit mis à la charge de l'intéressé, alléguant à cet égard que :

"….., nous observons que le recourant abuse de son droit de déposer opposition contre les décisions rendues par notre office. De plus, *l'assuré* ne rencontre aucune difficulté à manifester sa volonté de contester les décisions qui sont rendues et la manière de gérer son dossier par notre office, bien que ses prestations lui soient régulièrement versées et ses frais médicaux régulièrement remboursés de la même manière que pour tous les autres bénéficiaires de notre office. Pour ce faire il nous envoie des courriers illisibles et se présente à notre guichet très fréquemment, pour exprimer, soit le souhait de déposer des oppositions, soit exiger le versement d'acomptes ou le remboursement de ses frais médicaux sans délai, ou encore nous menace de s'adresser à votre Tribunal si nous ne nous occupons pas de son dossier immédiatement. Par contre, *il* a plus de mal à donner suite aux demandes qui lui sont faites en vue de réunir les éléments permettant de statuer sur ses oppositions, par exemple, il conteste depuis des années, avec force et vigueur, la prise en compte de 1 fr. au titre de fortune mobilière dans le calcul de son

revenu déterminant - ce qui par ailleurs n'a aucune influence sur le montant des prestations complémentaires auxquelles il a droit - mais il ne manifeste pas le même empressement pour nous fournir les relevés bancaires requis. S'agissant de ses oppositions et de ses interventions à l'égard des décisions rendues par le secteur des frais de maladie, nous avons droit à ses commentaires sur la législation en vigueur, sur la manière choisie par notre Office d'informer nos bénéficiaires, etc. Le responsable de l'orientation sociale et la soussignée de gauche *l'*ont reçu à maintes reprises, lequel, quand il estime qu'il n'est pas suffisamment écouté, ou s'il n'obtient pas avec effet immédiat ce qu'il veut, menace ou carrément fait scandale à la réception de l'Office. A maintes reprises nous *l'*avons renseigné, mais rien n'y fait. En résumé, ce qu'*il* nous fait comprendre c'est qu'*il* a le droit de contester et qu'il ne s'en privera pas. Nous avons également essayé, sans succès, de *le* faire prendre en charge par un assistant social du Centre d'action sociale et de santé de son quartier. De *son* aveu même, la chose n'a pas été possible, tout simplement, car *il* exige de l'assistant social qu'il écrive les recours et autres documents contestataires qu'*il* souhaite envoyer à toutes les institutions et assurances avec lesquelles il est en contact, ce qui lui est évidemment refusé";

Que les parties ont été entendues par le Tribunal de céans le 20 décembre 2005;

Que l'intéressé a expliqué qu'il contestait la décision du 5 mars 2004, au motif que le tarif pris en considération par l'OCPA n'est fondé ni sur une loi cantonale, ni sur une loi fédérale et est, partant, contraire à la Constitution fédérale;

Qu'il ne comprend par ailleurs pas pour quelle raison l'OCPA a refusé de lui rembourser, par décision du 16 mars 2004, la somme de 10 fr. 35, alors qu'il s'est scrupuleusement appliqué à suivre les instructions figurant dans le document intitulé "informations sur le remboursement des frais médicaux";

Que par courrier du 21 décembre 2005 déposé au greffe du Tribunal de céans, l'intéressé a fait savoir qu'il considérait que le procès-verbal établi la veille était nul et non avenu;

Que par arrêt du 10 janvier 2006, le Tribunal de céans a, constatant que l'OCPA avait rendu une décision sur opposition, considéré que le recours pour déni de justice était devenu sans objet;

Considérant en droit que la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ) ;

Que suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs ;

Que conformément à l'art. 56 V al.1 let. a ch. 3 et al. 2 let. a LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 19 mars 1965 (LPC) et l'art. 43 de la loi sur les prestations cantonale complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC);

Que sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie ;

Que le recours, interjeté en temps utile, est recevable (art. 56 et 60 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales - LPGA);

Que l'objet du litige porte notamment sur la question de savoir si c'est ou non à juste titre que l'OCPA a entendu limiter le remboursement de la facture du médecin-dentiste à 545 fr. 90;

Que selon l'art. 3d al. 1 et 2 LPC, les bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle doivent bénéficier du remboursement des frais de dentiste de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis (cf. également l'art. 3 al. 4 LPCC);

Que l'art. 8 de l'Ordonnance du 29 décembre 1997 relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPC) précise que les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat;

Que selon le chiffre 5038.2 des Directives de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) concernant les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, le tarif de l'assurance-accidents, de l'assurance-militaire et de l'assurance-invalidité est déterminant pour le remboursement des honoraires des prestations dentaires;

Que dès lors, le calcul auquel a procédé l'OCPA sur la base du point tarifaire à 3 fr. 10 ne peut être que confirmé;

Que l'intéressé a également contesté le refus de l'OCPA de lui rembourser des frais pharmaceutiques;

Que l'art. 64 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit que les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient; que cette participation

comprend un montant fixe par année (franchise) et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part);

Que selon l'art. 6 OMPC, seule la participation prévue par l'art. 64 LAMal aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 LAMal est remboursée;

Qu'en l'espèce, l'OCPA a refusé de prendre en charge la somme de 10 fr. 35, représentant des frais pharmaceutiques dont la caisse maladie avait refusé le remboursement; que cette somme ne correspond pas à la participation restant à la charge de l'intéressé;

Que dès lors c'est à juste titre que l'OCPA a nié le droit de l'intéressé à être remboursé;

Que l'OCPA a sollicité du Tribunal de céans qu'il inflige à l'intéressé une amende pour téméraire plaideur;

Qu'il est en effet possible pour une juridiction administrative de prononcer une amende à l'égard de celui dont le recours, l'action, la demande en interprétation ou en révision est jugé téméraire ou constitutive d'un emploi abusif des procédures prévues par la loi sur la procédure administrative (art. 88 LPA);

Qu'en l'espèce, le Tribunal de céans considère cependant qu'il ne se justifie pas de condamner l'intéressé au paiement d'une amende, les arguments avancés par l'OCPA à cet égard concernant principalement une autre cause, celle portant le numéro A/3547/2005;

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Dit que pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, les parties peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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