

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4303/2015

ATAS/618/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 août 2016

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, à GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBÀ et Larissa ROBINSON-MOSER,
Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'intéressée ou la recourante), née le _____ 1938, veuve depuis le _____ 1997, est au bénéfice de prestations complémentaires à sa rente de vieillesse.
2. Après avoir supprimé les prestations complémentaires de l'intéressée de février 2012 à août 2014 en raison de la prise en compte d'un terrain sis dans les Pouilles (Italie), le service des prestations complémentaires (ci-après le SPC ou l'intimé) a reconsidéré sa situation par décision du 3 septembre 2014 en diminuant le montant de sa fortune immobilière et en modifiant le calcul du produit de celle-ci. En conséquence de quoi, le SPC lui a versé, à titre rétroactif, des prestations complémentaires couvrant la période du 1^{er} février 2012 au 31 août 2014 pour un total de CHF 30'173.-.
3. Dans le courant du mois de novembre 2014, l'intéressée a fait parvenir au SPC une copie de quatre notes d'honoraires de la section de médecine dentaire de la Faculté de médecine de l'Université de Genève (ci-après : SMD) s'élevant à CHF 4'061.40, respectivement CHF 3'567.45 (soit CHF 4'077.25 sous déduction d'un acompte de CHF 509.80), CHF 192.65 et CHF 196.95, correspondant à des traitements dentaires qu'elle avait subis entre le 11 décembre 2012 et le 25 novembre 2013.
4. Par « décision frais de maladie » du 28 janvier 2015, le SPC a pris en charge les deux factures de la SMD les moins onéreuses.
5. Par courrier du même jour, le SPC a informé l'intéressée qu'il avait soumis deux des factures de la SMD à son expert, le docteur B_____, médecin-dentiste, soit la facture datée du 19 décembre 2013, d'un montant de CHF 3'567.45 et celle datée du 25 juillet 2013, d'un montant de CHF 4'061.40.-.
6. Le 7 avril 2015, le Dr B_____ a fait parvenir deux rapports d'expertise au SPC, identiques pour chacune des factures, qui indiquaient que le plan de traitement devait être refusé, les factures étant « hors normes SPC ».
7. Par décision du 2 juin 2015, le SPC a fait part à l'intéressée de son refus de toute participation au paiement des factures du 25 juillet et du 19 décembre 2013.
8. Le 6 juillet 2015, l'intéressée, agissant par l'entremise d'un mandataire, a formé opposition à la décision du 2 juin 2015, concluant à l'annulation de la décision du 2 juin 2015, à la prise en charge des frais de traitements dentaires facturés les 25 juillet et 19 décembre 2013 pour un montant total de CHF 8'138.65 et, au besoin, à ce que le SPC l'achemine à démontrer le caractère simple, économique et adéquat de ces soins dentaires.

À la demande du SPC, le Dr B_____ l'avait convoquée à sa consultation le 5 mai 2015 à 16h00 afin de déterminer le caractère économique et adéquat des traitements précités. Toutefois, elle avait été contrainte de rejoindre en urgence sa fille en Italie le jour de son rendez-vous avec le Dr B_____. Pour corroborer ces affirmations, l'intéressée a produit une copie de la convocation et de son billet de train.

Selon les dispositions légales pertinentes, lorsqu'un traitement dentaire s'élevait à plus de CHF 3'000.- sans approbation préalable du devis par le SPC, le montant maximal du remboursement se limitait en principe à ce montant, soit à CHF 3'000.-. Il convenait cependant de réserver le cas où le bénéficiaire démontrait a posteriori que le remboursement sollicité correspondait à un traitement simple, économique et adéquat.

Dans le cas particulier, au vu des circonstances, le SPC aurait pu organiser un nouveau rendez-vous avec l'expert dentiste en lieu et place de celui que l'intéressée avait annulé, ce qui lui aurait permis d'établir son droit au remboursement intégral des frais litigieux.

Au regard de ces éléments, elle avait droit au remboursement de CHF 3'000.- à titre de remboursement des traitements dentaires facturés les 25 juillet et 19 décembre 2013 et même au remboursement intégral du montant de CHF 8'138.65 « au vu des circonstances particulières du cas d'espèce ».

9. Par courrier du 25 septembre 2015, le SPC a informé le Dr B_____ qu'il avait refusé la prise en charge des factures de la SMD des 19 décembre et 25 juillet 2013 par décision du 2 juin en se fondant sur les rapports d'expertise du 7 avril 2015. Dans la mesure où l'intéressée avait formé opposition à cette décision, le Dr B_____ était invité, d'une part, à communiquer un rapport complet au SPC, mentionnant les motifs précis pour lesquels aucune participation financière ne pouvait être accordée aux factures en cause et, d'autre part, à indiquer pour quelle raison l'intéressée avait été convoquée le « 5 août 2015 » (recte : 5 mai 2015), à savoir postérieurement à la date d'établissement des rapports précités.
10. Le 12 octobre 2015, le Dr B_____ a répondu que l'intéressée avait rendez-vous à son cabinet le 5 mai 2015. Elle avait ensuite décommandé son rendez-vous et n'avait jamais rappelé. Quoi qu'il en soit, cette entrevue avait pour but de lui expliquer pourquoi le SPC ne pouvait pas prendre en charge les factures de la SMD des 19 décembre et 25 juillet 2013.

En l'état, le dossier appelait les remarques suivantes : lorsqu'il avait reçu ces deux factures pour contrôle fin janvier 2015, il avait pris contact avec le secrétariat de la SMD, qui lui avait fait part de son étonnement au sujet de l'envoi, par l'intéressée, de ces deux factures au SPC. En effet, ces dernières concernaient des soins faisant partie d'un devis de CHF 30'000.-, daté du 10 janvier 2013, établi pour des soins « totalement hors normes SPC » (ponts fixes sur implants). La SMD lui avait assuré avoir convenu avec l'intéressée que cette proposition de traitement ne relevait pas du SPC, raison pour laquelle le SPC n'avait pas eu connaissance de ce devis de CHF 30'000.- dont le Dr B_____ a annexé la dernière page, assortie du commentaire suivant de la SMD : « Ce plan de traitement et le devis correspondant ont été établis pour une prise en charge personnelle par le patient et ne correspondent pas aux modalités de prise en charge par une assurance sociale ».

Le Dr B_____ a ajouté que la facture du 25 juillet 2013, d'un montant de CHF 4'061.40 concernait deux types de soins : on pouvait à la rigueur accepter les extractions et anesthésies nécessaires pour une somme de CHF 426.25. Le reste de la facture concernait des soins inacceptables pour le SPC (pont fixe, couronne CM, soins des dents trop délabrées).

Quant à la facture du 10 décembre 2015 (recte : 19 décembre 2013), d'un montant de CHF 4'077.25, arrêtée à CHF 3'567.45, elle concernait la pose d'implants au maxillaire inférieur, soit des soins « hors normes SPC ».

Enfin, le point de vue soutenu par l'intéressée dans son opposition du 6 juillet 2015, concernant une participation du SPC à hauteur de CHF 3'000.-, n'était pas valable dans le cas précis : en effet, cette prise en charge, limitée à CHF 3'000.-, n'était accordée que si le traitement était simple et économique « et [avait] dû être effectué en urgence par exemple ». Ce qui n'était pas le cas dans ce dossier.

11. Par décision du 28 octobre 2015, le SPC a partiellement admis l'opposition, en ce sens qu'il acceptait de prendre en charge un montant de CHF 426.25 correspondant à des extractions et anesthésies, postes figurant sur la facture du 25 juillet 2013. Pour le surplus, une participation plus étendue était refusée dans la mesure où les autres prestations énumérées dans les factures des 25 juillet et 19 décembre 2013 ne correspondaient pas à un traitement simple, économique et adéquat.
12. Le 27 novembre 2015, l'assurée, agissant en personne, a saisi la chambre de céans d'un recours à l'encontre de la décision du 28 octobre 2015, concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et à la prise en charge des frais de traitements dentaires facturés les 25 juillet et 19 décembre 2013 pour un montant total de CHF 8'138.65.

Sur le fond, la recourante a développé une argumentation identique à celle figurant dans son opposition du 6 juillet 2015.

13. Par réponse du 13 janvier 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant aux motifs invoqués dans la décision querellée.
14. Une copie de ce courrier a été transmise à la recourante et un délai lui a été imparti au 4 février 2016 pour faire part de ses éventuelles observations.
15. Le 10 février 2016, la chambre de céans a informé les parties que la cause était 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 - 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 complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25).

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 complémentaires 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 1^{er} 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 deux factures de soins dentaires datées des 25 juillet et 19 décembre 2013, d'un montant de CHF 4'061.40, respectivement CHF 4'077.25.

5. a. 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 CHF 25'000.- pour les personnes seules ou les conjoints de personnes vivant dans un home ou un hôpital. 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 (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. 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 1^{er} 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.

c. Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 1^{er} janvier 2011, 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.

6. a. Le Conseil d'État a fait usage de la compétence lui étant déléguée par l'art. 2 al. 1 let. c LPFC 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 1^{er} janvier 2011.

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

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 (al. 2).

Si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire de technique dentaire inclus) risque, selon toute vraisemblance, de dépasser CHF 3'000.-, 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 3'000.- 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 positions tarifaires du tarif AA/AM/AI (al. 5).

c. 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 (cf. ATF 124 V 200 consid. 3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 22/02 du 5 août 2002 consid. 2).

d. À l'occasion d'un arrêt rendu sous l'empire de l'OMPC et de la troisième révision de la LPC, le Tribunal fédéral a précisé qu'en tant que l'art. 8 al. 3 OMPC dispose que « si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire inclus) risque, selon toute vraisemblance, de dépasser CHF 3'000.-, un devis doit être adressé à l'organe d'exécution en matière de prestation complémentaire avant le début du traitement. CHF 3'000.- au plus seront remboursés si un traitement d'un coût supérieur à ce montant a été effectué sans approbation préalable du devis », cette disposition doit être comprise en ce sens qu'elle fonde une présomption que le traitement d'un coût supérieur à CHF 3'000.- 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 131 V 263 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral P 9/06 du 2 février 2007).

7. L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise présentée par une partie peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis

quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b p. 352 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

8. 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, 126 V 353 consid. 5b, 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).
9. En l'espèce, la décision de refus de l'intimé se fonde sur le fait que les traitements dentaires litigieux ne correspondraient pas à un traitement simple, économique et adéquat.

Pour sa part, la recourante soutient en substance que si un voyage urgent en Italie ne l'avait pas empêchée de se rendre chez le Dr B_____ le 5 mai 2015, elle aurait pu établir son droit au remboursement intégral des frais litigieux qui s'élevaient à CHF 8'138.65 « sans devis préalable ». Elle avait donc droit à une participation d'au moins CHF 3'000.- en toute hypothèse et même à une prise en charge intégrale au vu des circonstances particulières du cas d'espèce.

Ce raisonnement repose sur des prémisses erronées. Premièrement, il ressort des explications données par le Dr B_____ et des renseignements que celui-ci a pris auprès de la SMD que les deux factures litigieuses faisaient partie d'un traitement devisé à CHF 30'000.- « pour une prise en charge personnelle par le patient et ne [correspondant] pas aux modalités de prise en charge par une assurance sociale ». Il existait donc bel et bien un devis qui, de l'avis de la SMD et de l'expert B_____, ne remplissait pas les critères de simplicité, d'économicité et d'adéquation posés par l'art. 10 al. 1 RFMPC.

De plus, quoi qu'en dise la recourante, l'art. 10 al. 4 RFMPC ne consacre nullement une dérogation aux critères évoqués pour les devis n'excédant pas CHF 3'000.-, il fonde simplement une présomption que le traitement d'un coût supérieur à CHF 3'000.-, pour lequel aucun devis n'a été adressé à l'organe d'exécution, ne constitue pas un traitement simple, économique et adéquat (cf. ci-dessus : consid. 6d).

Dans la mesure où dans le cas particulier, la recourante n'était pas au bénéfice de prestations complémentaires entre le 1^{er} février 2012 et le 31 août 2014, il paraît certes malaisé de lui reprocher de ne pas avoir soumis au SPC le devis de la SMD, daté du 10 janvier 2013, pour approbation préalable. Il n'empêche : de telles circonstances particulières ne changent rien au fait que le remboursement de frais déjà encourus demeure, quoi qu'il en soit, subordonné à l'existence d'un traitement simple, économique et adéquat (cf. ATAS/1057/2013 consid. 7b). Du reste, l'intimé

ne s'est pas contenté de renvoyer la recourante à la présomption de l'art. 10 al. 4 RFMPC en lui laissant le soin d'apporter la preuve du contraire. Il a ouvert d'office une instruction portant sur les points pertinents en confiant un mandat d'expertise au Dr B_____ puis en posant des questions complémentaires à cet expert.

Enfin, la recourante a beau soutenir qu'elle aurait pu démontrer à l'expert que les conditions de simplicité, d'économicité et d'adéquation étaient remplies si son voyage en Italie ne l'en avait pas empêchée, elle n'a toutefois pas mis à profit son opposition du 6 juillet 2015, ni son recours du 27 novembre 2015, ni une quelconque réplique pour produire un rapport médical et/ou d'expertise qui mettrait en doute les prises de position claires et concordantes de son médecin traitant – soit la SMD – et de l'expert B_____ sur la non réalisation des critères posés par l'art. 10 al. 1 RFMPC.

Ces deux avis permettent ainsi de porter un jugement valable sur le droit litigieux et il n'existe pas de circonstances particulières qui permettraient d'émettre des doutes quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation de leurs auteurs.

En conséquence, la chambre de céans considérera qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sur les deux factures litigieuses, seule celle du 25 juillet 2013 satisfait aux critères précités en tant qu'elle concerne les extractions et anesthésies nécessaires pour une somme de CHF 426.25.

10. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA).

**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) aux conditions de l'art. 95 LTF. 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

Juliana BALDÉ

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