

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4866/2017

ATAS/865/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 octobre 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VERSOIX

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1963, au bénéfice d'une rente d'invalidité, perçoit des prestations complémentaires depuis 2002.
2. Par décision du 17 février 2017, le service des prestations complémentaires (ci-après SPC) a informé l'assurée qu'il prenait partiellement en charge sa facture dentaire, soit au tarif AA/AM/AI de CHF 3.10 le point.
3. L'assurée a communiqué au SPC, le 22 mars 2017, un devis établi par les docteurs B_____ et C_____ de D_____ SA à F_____ le 6 mars 2017 pour un montant total de CHF 3'453.75, concernant une couronne sur implant, étant précisé que l'assurée « souffre d'un édentement justifiant la mise en place d'un implant dentaire afin de réhabiliter l'arcade supérieure gauche ».
4. Par décision du 6 avril 2017, le SPC a accepté de rembourser la somme de CHF 60.45 pour une facture du 31 janvier 2017 de D_____ SA (« de dentiste sans devis, sans expertise »).
5. Le SPC a soumis à son médecin-dentiste conseil, le docteur E_____, le devis du 6 mars 2017. Celui-ci a préconisé que le plan de traitement devait être refusé, relevant qu'il s'agissait d'une couronne sur implant.
6. Par décision du 24 juillet 2017, le SPC, se fondant sur l'avis du Dr E_____, a refusé toute participation au traitement prévu par le devis du 6 mars 2017.
7. Le 31 juillet 2017, l'assurée a formé opposition, alléguant que
« je suis fort étonnée que le devis que je vous ai adressé daté du 6 mars 2017 n'ait été transmis par votre service à votre expert, le Dr E_____, seulement le 15 mai 2017, soit un délai de neuf semaines. Compte tenu de ce qui précède et du fait que mon médecin, le Dr B_____, serait absent jusqu'au 21 août, j'ai dû urgemment faire le traitement, afin d'éviter des complications plus lourdes et encore plus onéreuses, ceci sur son conseil et recommandation. Par ailleurs, sachant que je suis au chômage et ayant des entretiens d'embauche, je ne pouvais pas me permettre de ne pas être « présentable », surtout à la recherche d'un emploi de réceptionniste avec contact clientèle. Vous conviendrez aisément qu'entre mon devis du 6 mars 2017 et votre réponse négative du 24 juillet 2017, je n'ai pas eu d'autres possibilités que de me soigner pour le mieux ».
8. Par décision du 14 novembre 2017, le SPC a rejeté l'opposition. Il rappelle que les reconstructions prothétiques fixes (couronnes, ponts, implants, etc.) ne sont pas considérées comme des traitements simples, économiques et adéquats, au sens de la législation applicable en matière de prestations complémentaires à l'AVS/AI.
9. Par courrier du 5 décembre 2017, l'assurée a sollicité du SPC la suspension de sa décision sur opposition, afin que le Dr E_____ puisse réexaminer son dossier. Elle explique à cet égard que celui-ci n'avait pas toutes les informations utiles par rapport à son traitement. La dent remplacée était irrécupérable et il n'y avait

malheureusement pas d'autres solutions que de la remplacer par un implant, afin d'éviter des complications plus lourdes et plus onéreuses encore. L'assurée joint à son courrier les deux factures établies par la clinique dentaire de F_____ les 23 et 31 mai 2017, de CHF 1'531.- portant sur des soins dispensés du 6 mars au 23 mai 2017, et de CHF 1'684.45 pour un traitement du 29 mai 2017.

10. Le même jour, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition.
11. Le 15 janvier 2018, le SPC, se référant au courrier de l'assurée du 5 décembre 2017, a à nouveau interrogé le Dr E_____.

Le 28 janvier 2018, le Dr E_____ s'est déterminé comme suit :

« Nous n'acceptons jamais la pose d'une couronne sur implant s'agissant d'un traitement hors norme pour le SPC. Ceci d'autant plus que l'implant a été posé le 6 mars, soit à la date de l'établissement du devis et sans que ce devis ait été préalablement accepté (devis refusé le 27 mai 2017). Par contre, dans ce genre de cas, nous accordons en général une participation équivalente à ce que coûterait la pose d'une petite prothèse partielle amovible pour remplacer la dent manquante, à savoir une somme arrondie de CHF 2'000.- maximum ».

12. Dans sa réponse du 1^{er} février 2018, le SPC a conclu au rejet du recours. Se référant expressément à l'avis du Dr E_____ du 28 janvier 2018, il considère que c'est à bon droit qu'il a refusé toute participation financière au traitement devisé le 6 mars 2017 par le Dr B_____, rappelant qu'un traitement simple, économique et adéquat aurait été la pose d'une petite prothèse amovible pour remplacer la dent manquante.
13. Dans sa réplique du 18 février 2018, l'assurée a souligné le fait qu'elle ne pouvait que s'en remettre au jugement d'un professionnel de la santé et rappelle que la réponse du SPC n'est intervenue que le 24 juillet 2017, soit quatre mois et demi après le devis. Elle relève également que le devis a été conjointement établi par deux médecins-dentistes, les Drs B_____ et C_____. Elle constate enfin que ces dentistes ne lui ont jamais proposé « la pose d'une petite prothèse amovible pour remplacer la dent manquante ».
14. Dans sa duplique du 14 mars 2018, le SPC a déclaré persister à conclure au rejet du recours. Il constate, d'une part, que l'assurée ne l'a jamais relancé suite à l'envoi du devis du 6 mars 2017 et, d'autre part, qu'elle ne conteste pas le fait que le traitement réalisé ne constitue pas un traitement simple, économique et adéquat.
15. Le 27 avril 2018, l'assurée s'est indignée de ce qu'on puisse lui reprocher de n'avoir pas relancé le SPC suite à l'envoi du devis, alors qu'il s'agit d'un « dysfonctionnement probable du service dans le suivi de cette affaire ». Elle ne remet pas en cause le fait que le traitement réalisé ne constitue pas un traitement simple, économique et adéquat, mais rappelle que « je n'apprendrai que bien plus tard, après les soins, qu'il existait une alternative au traitement effectué ». Elle ajoute que « le traitement simple, économique et adéquat évoqué ci-dessus implique de facto que le SPC serait entré en matière pour une participation financière sur la

base d'une prothèse amovible. Fort de ce qui précède, ne peut-on pas, dans un but de conciliation et d'apaisement, envisager une solution de compromis ? ».

16. Invité à se déterminer, le SPC a indiqué, le 24 mai 2018, n'avoir pas d'observation complémentaire à communiquer.
17. Sur ce, 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 - 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. 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 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 de l'assurée, selon devis du 6 mars 2017.
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 CHF 25'000.- 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 1^{er} janvier 2011.

Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur 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 (la décision datant de 2017), 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 CHF 3'000.-, un devis doit être adressé à l'organe d'exécution en matière de PC avant le début du traitement (al. 3). 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. 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'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs

pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. À cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3 et les références).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286, consid. 1b).

8. En l'espèce, le SPC a refusé de prendre en charge les soins faisant l'objet du devis du 6 mars 2017, au motif qu'il s'agit de la pose d'une couronne sur implant, laquelle ne correspond pas, selon le Dr E_____, à un traitement simple, économique et adéquat.

En effet, les implants ne peuvent être pris en charge dans le cadre des prestations complémentaires que s'il n'existe aucune autre thérapie possible (ATAS/370/2013). Lorsqu'il y a le choix entre deux mesures thérapeutiques, il faut opter pour celle qui sera la moins coûteuse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_609/2008 du 18 février 2009 consid. 4.2). On ajoutera que 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 ; ATF P 22/02).

Il n'y a en l'espèce pas de motif de s'écarter de l'avis du Dr E_____ du 28 janvier 2018, selon lequel la pose d'une petite prothèse amovible aurait suffi. L'assurée ne remet du reste pas en cause le fait que les soins réalisés ne constituent pas un traitement simple, économique et adéquat.

Il y a ainsi lieu de considérer que la pose d'un implant dentaire en remplacement d'une dent ne satisfait pas aux exigences légales d'économicité, dès lors que le coût d'une prothèse amovible conventionnelle est, dans les mêmes circonstances, sensiblement moindre.

L'assurée allègue n'avoir pas su qu'un autre traitement, plus économique, aurait pu lui être dispensé et reproche au SPC la lenteur avec laquelle il a traité son dossier, rappelant qu'il n'a transmis le devis, daté du 6 mars 2017, au Dr E_____ que le 15 mai 2017, et qu'il n'a rendu la décision litigieuse que le 24 juillet 2017, ce qui l'a obligée à subir le traitement en urgence avant même de savoir si elle serait remboursée par le SPC.

Il y a toutefois lieu de constater que l'assurée n'a elle-même remis le devis au SPC que le 22 mars 2017, et qu'en réalité les soins y relatifs ont commencé le 6 mars 2017 déjà, soit à la date à laquelle le devis a été rédigé. Si elle avait attendu de recevoir la décision, elle aurait inmanquablement su qu'un autre traitement, moins onéreux, était possible.

9. Force est, au vu de ce qui précède, de confirmer que la pose d'une couronne sur implant ne constitue pas un traitement simple, économique et adéquat au sens de l'art. 10 al. 1 RFMPC et ne peut, partant, être prise en charge par le SPC.

Cela étant, il convient de constater que tel aurait en revanche été le cas de la pose d'une petite prothèse partielle amovible pour remplacer la dent manquante, selon le Dr E_____ qui a évalué ce traitement à CHF 2'000.- au maximum. Il se justifie dès lors d'accorder à l'assurée la prise en charge de ce montant, comme le propose le Dr E_____.

10. Le recours sera, par conséquent, admis partiellement, en ce sens que le SPC prendra en charge le traitement dentaire à hauteur de CHF 2'000.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, en ce sens que le SPC prendra en charge le traitement dentaire à hauteur de CHF 2'000.-.
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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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