

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3431/2012

ATAS/370/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 avril 2013

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame B _____, domiciliée à VERSOIX

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame B _____, née en 1947, a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DES PERSONNES AGEES - OCPA, devenu le SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES (ci-après SPC), le 29 décembre 1997. Elle a été mise au bénéfice de prestations complémentaires depuis cette date.
2. Le 6 février 2012, elle a adressé au SPC un devis établi le 3 janvier 2012 par le Docteur L _____, médecin-dentiste, pour un montant de 6'230 fr. 10.
3. Invité par le SPC à se déterminer, le Dr M _____, médecin-conseil, a considéré le 22 mars 2012 qu'il convenait d'admettre le remboursement des travaux dentaires à hauteur d'un montant de 2'700 fr. correspondant à un traitement simple, économique et adéquat.
4. Par décision du 9 mai 2012, le SPC a accordé à l'assurée une participation maximale de 2'700 fr.
5. L'assurée a formé opposition le 4 juin 2012, alléguant que

"je vous confirme qu'il n'y a pas de possibilité de modifier le plan de traitement, qui est indispensable à mon bien-être et surtout en rapport à ma maladie de Crohn.

Les implants sont la meilleure solution à une très bonne mastication des aliments et surtout une barrière aux infections que je peux avoir dans la bouche (qui sont un état de fait par rapport à cette maladie, comme les aphtes etc.). Et que j'ai déjà testé avec d'autres traitements, comme les couronnes ou les bridges. Et je pense qu'un appareil intégral serait encore plus onéreux.

Une confirmation de votre part est nécessaire au commencement des soins, je vous rappelle que je n'ai plus de dents en bas à gauche et que je peux avoir une complication du côté droit, que je suis dans l'impossibilité de subvenir à la somme de 6'230 fr. (qui n'est pas exagérée par rapport au prix d'un implant), qu'il n'y a pas d'autres solutions, que j'ai déjà bien trop souffert pour mes opérations, que je suis très amoindrie par tous mes problèmes de santé et que j'ai une entière confiance au Docteur L _____."

6. A nouveau sollicité, le Dr M _____ a confirmé sa position le 25 octobre 2012, précisant que

"Il faut en premier lieu noter que le devis du Dr L _____ comporte d'une part les extractions des dents 37, 35 et 34, ceci en rapport avec le fait que *l'assurée* «souffrait de trop fortes douleurs» comme cela est indiqué dans la lettre du Dr L _____, datée du 16 mars 2012, qui m'a été adressée. D'autre part, le devis

mentionne, pour le remplacement des dents extraites, la réalisation d'un pont fixe après la pose de 2 implants unitaires.

Il est bien établi dans la réglementation du traitement accepté par l'OFAS et par le service des prestations complémentaires, que le traitement admis sera toujours simple, adéquat et économique, si bien qu'aucun pont fixe n'est pris en charge, ni les implants unitaires dans un tel cas. Ces informations ont été données, à de nombreuses reprises à tous les praticiens par courrier, et le Dr L_____ devait donc avertir sa patiente.

En rapport avec ce qui précède, le seul traitement correspondant aux critères est une prothèse partielle adjointe, et cela répond aussi totalement à un bon remplacement des dents manquantes. Le montant de 2'700 fr. comprend tous les soins y compris le montant du laboratoire. (...)

Mon examen a permis de constater également, comme les images radiologiques le montrent aussi, que d'autres constructions sur implants ont déjà été réalisées, ceci au niveau de la première molaire supérieure gauche et des molaires et des prémolaires inférieures côté droit, ceci sans demande d'aide à ma connaissance. Ces indications permettent de constater que la bénéficiaire voulait donc avoir seulement une réhabilitation fixe.

Enfin, en ce qui concerne la maladie de Crohn, qui atteint l'intestin grêle et très rarement le colon, le fait d'avoir remplacé les dents manquantes par une prothèse adjointe partielle et non pas par des implants et un pont fixe, ne peut absolument pas avoir d'influence sur la maladie."

7. Par décision du 1^{er} novembre 2012, le SPC a rejeté l'opposition.
8. L'assurée a interjeté recours le 16 novembre 2012 contre ladite décision, au motif que "vu ma situation financière et mes revenus AVS, je souhaiterais avoir une aide plus conséquente. Et je maintiens que «le traitement simple, économique et adéquat», comme le préconise le Dr M_____, le médecin conseil, n'est plus à l'ordre du jour pour une pose de prothèse partielle adjointe, puisque je n'ai plus de dents qui peuvent faire un support. Le montant de 2'700 fr. calculé par le Dr M_____, pour les soins et les frais de laboratoire sont bien trop bas et le Docteur L_____, mon dentiste, n'est pas un dentiste VIP et les prix qu'il pratique sont les mêmes que les autres dentistes. J'ai admis lui avoir demandé un arrangement de paiement, mais pas pour une somme aussi importante que le solde calculé avec le montant de 2'700 fr., et je pense qu'il serait bien d'avoir un autre avis sur les prix, avant d'admettre les dires de Monsieur M_____".
9. Dans sa réponse du 27 novembre 2012, le SPC a conclu au rejet du recours.
10. Interrogé par la Cour de céans, le Dr L_____ s'est déterminé le 21 janvier 2013 comme suit :

"la pose d'une prothèse partielle adjointe est en effet un critère d'économie et de simplicité. Dans le cas de *l'assurée*, étant donné que dans la région 44-45-46 3 couronnes sur implants sont déjà présentes, il est thérapeutiquement plus correct de faire la même chose.

La maladie de Crohn nécessite que la patiente ait une mastication complète afin de faciliter la digestion. Avec une prothèse adjointe ce n'est malheureusement pas le cas. Le risque d'avoir un trop grand effort sur les implants du quadrat IV sont à prendre en compte. En effet, la patiente est édentée depuis la 1ère prémolaire, dent 34. Il lui manquera un appui sur une molaire pour assurer une stabilité parfaite. Il y a risque de basculement du stellite, ce qui va inciter la patiente à ne manger que d'un côté.

D'autre part, la mastication sera bien plus performante avec un bridge sur implant car la stabilité occlusale sera assurée avec un confort optimum, et sur le long terme il y aura moins de frais de maintenance, Il serait vraiment dommage, voire inadéquat d'envisager un traitement avec prothèse amovible.

L'assurée prend un soin particulier à son hygiène dentaire. Elle a une hygiène irréprochable. Elle a toujours fait le maximum pour conserver une dentition en parfait état. D'ailleurs, les dents devant être remplacées, qui récemment ont été extraites, étaient en parfait état mais affectées par une ankylose du ligament parodontal, vraisemblablement découlant de la maladie de Crohn.

Je soutiens *l'assurée* dans sa démarche ..."

11. Par courrier du 26 février 2013, le SPC a informé la Cour de céans que le Dr M_____ ne voyait aucun nouvel argument dans les observations du Dr L_____ pour une appréciation différente du cas. Il a confirmé que le traitement préconisé par le médecin ne pouvait être qualifié de simple et économique au sens de la loi et de la jurisprudence en vigueur. Il a plus particulièrement relevé que la maladie de Crohn ne jouait aucun rôle dans la situation dentaire de *l'assurée*. Le SPC a dès lors persisté dans ses conclusions.
12. Renseignements pris auprès du SPC, il s'avère que le Dr M_____ n'a établi aucune note écrite, se contentant de donner ses remarques au juriste du SPC par téléphone (cf. note d'entretien téléphonique du 5 mars 2013).
13. 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; 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 à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 7 15).

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 complémentaire 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 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]).

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 d'un traitement dentaire selon un devis du Dr L _____ du 3 janvier 2012.
5. Les prestations complémentaires se composent d'une prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité. C'est ainsi qu'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, notamment, 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 (al. 3).

L'art. 2 al. 1 let. c 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 4 20]) 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. 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; RG J 4 20.04), entré en vigueur le 1er janvier 2011.

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 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.

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 à l'aune des dispositions de l'OMPC, applicables par analogie au moment où dite décision a été rendue.

Aux termes de l'art. 8 OMPC, les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. (al. 1, première phrase). 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. 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 (al. 3).

Les devis et factures à présenter doivent être conformes aux positions tarifaires du tarif AA/AM/AI (al. 4). Cette disposition de l'ordonnance doit être interprétée en ce sens qu'elle fonde une présomption que le traitement d'un coût supérieur à 3'000 francs 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 P 9/06 du 2 février 2007, consid. 2).

6. L'OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES (OFAS) a édicté des directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC). Dans leur teneur au 1^{er} janvier 2007, ces directives prévoyaient à leur annexe IV (Directives sur le remboursement des frais de traitement dentaire en matière de PC) qu'en règle générale, il y a lieu de prévoir des prothèses partielles en métal. En cas de nécessité, par exemple lorsque la rétention est insuffisante, peuvent entrer en ligne de compte, également en règle générale, un couronnement des dents d'ancrage par des couronnes complètes coulées dans la zone des dents latérales ou des coiffes à tenon radiculaire avec éléments de rétention dans la zone des dents antérieures. Les bridges céramo-métalliques ne sont pris en charge dans le cadre des prestations complémentaires que s'il n'existe aucune autre thérapie possible. Il y a alors lieu d'en justifier la nécessité en produisant une documentation adéquate. Il en va de même pour les implants. De manière générale, il importe lors de la planification, de tenir compte de l'attitude qu'on est en droit d'attendre de la part du patient à l'égard de la prophylaxie. Lorsqu'il y a le choix entre deux mesures thérapeutiques, il faut, en général, opter pour celle qui sera la moins coûteuse. Cette directive n'a pas été remise en cause par le Tribunal fédéral (ATF 8C_609/2008 du 18 février 2009, consid. 4.2).
7. 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. A 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 n'a accordé la prise en charge du traitement dentaire devisé par le Dr L_____ le 3 janvier 2012, qu'à hauteur de 2'700 fr. Il a considéré que ce montant correspondait à un traitement simple, économique et adéquat au sens de l'art. 8 OMPC.
9. Le Dr L_____ a admis que la pose d'une prothèse partielle adjointe remplissait les critères d'économicité et de simplicité. Il a toutefois précisé que du fait que trois couronnes sur implants avaient déjà été posées dans la région pour les dents 44, 45 et 46, il était thérapeutiquement plus correct de procéder de même pour les dents avoisinantes.

Il y a à cet égard lieu de rappeler que les soins envisagés doivent être nécessaires et appropriés pour supprimer une atteinte à la santé ou enrayer ses effets. Il s'agit-là d'une condition sine qua non au remboursement d'un traitement par le SPC.

Or, non seulement, le Dr L_____ ne nie pas que le traitement envisagé dans son devis puisse être considéré, a contrario, comme n'étant ni simple, ni économe, il justifie de plus la pose d'implants pour les dents 44, 45 et 46 par le fait que l'assurée bénéficie déjà d'implants pour les dents avoisinantes. Le caractère adéquat des soins envisagés en tant que tel n'est ainsi pas mis en évidence.

S'agissant de la maladie de Crohn, le Dr L_____ a expliqué qu'une mastication complète était indispensable pour faciliter la digestion. Or, une prothèse adjointe ne permettrait pas selon lui cette mastication. Il considère qu'avec une prothèse adjointe, il y aurait risque de basculement du stellite, d'une part, et la mastication serait moins performante, d'autre part. Il en conclut qu'il serait vraiment dommage, voire inadéquat, d'envisager un traitement avec prothèse amovible.

Force est de constater qu'il n'est pas établi en l'espèce que la pose d'implants soit la seule solution thérapeutique adéquate dans le cas de l'assurée. La Cour de céans est consciente de ce que la pose d'implants pour l'assurée constituerait la meilleure solution. Les implants ne peuvent toutefois être pris en charge dans le cadre des prestations complémentaires que s'il n'existe aucune autre thérapie possible.

Lorsqu'il y a le choix entre deux mesures thérapeutiques, il faut en effet opter pour celle qui sera la moins coûteuse (ATF 8C_609/2008 du 18 février 2009, consid. 4.2).

Il y a dès lors lieu de considérer, conformément à la jurisprudence rappelée plus haut, qu'il n'y a pas de motif de s'écarter de l'avis du Dr M_____.

En tout état, la réglementation applicable en la matière commande 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.

10. Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté.

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

Statuant

A 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 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

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