

S1 13 121

JUGEMENT DU 21 OCTOBRE 2013

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Jean-Pierre Zufferey, juges ; Pierre-André Gabioud, greffier

en la cause

X_____, recourante

contre

CAISSE DE COMPENSATION DU CANTON DU VALAIS, intimée

(art. 14 al. 1a LPC et 10 RMPC ; remboursement de frais de traitement dentaire dans le cadre des prestations complémentaires)

Faits

A. Bénéficiaire d'une rente de vieillesse, X_____, née en 1931, a également perçu des prestations complémentaires (PC) à cette rente servies dès le 1^{er} février 2006 par la Caisse de compensation du canton du Valais (CCC). En tant que bénéficiaire de PC, elle a également eu droit au remboursement de ses frais de maladie (assurance de base) et de ses frais dentaires.

Le 26 novembre 2012, dame X_____ a soumis à la CCC une estimation d'honoraires à hauteur de 7530 fr. 50 délivrée par le Centre médico-dentaire A_____ à B_____ pour l'extraction de dents, la pose d'une prothèse totale et d'implants, conformément au rapport du 23 novembre 2012 du Dr C_____, médecin-dentiste, lequel proposait pour un traitement simple, économique et adéquat tenant compte de l'hygiène buccale un « nouveau C/C immédiat, implants 33 et 43 avec modification /C immédiat en /C hybride ».

Le 7 décembre 2012, la CCC a informé le centre précité (avec copie de ce courrier à l'assurée) qu'il devait respecter le critère de traitement économique, applicable dans le cas de prestations prises en charge dans le cadre des PC, et que son médecin-conseil, le Dr D_____, proposait de « commencer simplement par deux prothèses complètes. Une bonne occlusion aidera pour le /C et à la limite un peu de pâte adhésive aussi. Suivant la faisabilité, un attachement sur la 33, encore assez correcte d'après l'OPG, peut être admis aussi ».

B. Le 18 mars 2013, le Dr C_____ informait la CCC que, « selon la demande de la patiente, nous avons réalisé une prothèse complète supérieure et une prothèse hybride sur 2 implants. La patiente est au courant que si les 2 implants 33 et 43 ne sont pas pris en charge par les prestations complémentaires, la différence sera à ses frais ».

Une facture de 7985 fr. du centre médico-dentaire précité - laquelle concernait, entre autres, la pose de deux implants sur les dents 33 et 43 - a été adressée à la CCC le 20 mars 2013. Celle-ci a été soumise au médecin-conseil de la caisse, lequel a accepté la prise en charge d'un montant de 2174 fr. 65 pour les frais dentaires et de 1928 fr. pour les frais de laboratoire, soit 4102 fr. 65 au total.

Par décision du 11 avril 2013, la CCC a remboursé un montant de 4103 fr. à X_____ en lui précisant que les frais liés à la pose d'implants n'étaient pas pris en charge par les PC. Cette dernière a formé opposition contre cette décision le 27 avril 2013, que la caisse a rejetée le 3 juin 2013.

C. En temps utile, soit le 10 juin 2013, dame X_____ a contesté cette dernière décision auprès de la CCC, laquelle a transmis ce courrier cécans le 3 juillet 2013. Estimant avoir simplement suivi les conseils du Dr C_____, elle a conclu implicitement à l'annulation de la décision entreprise et à ce que la CCC prît en charge

la totalité de la facture établie par le centre médico-dentaire de B_____, soit 7895 fr.

Dans sa réponse du 24 juillet 2013, la CCC a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision contestée.

La recourante n'a pas répliqué.

Considérant en droit

1. Le litige porte sur le droit de la recourante au remboursement de frais dentaires à hauteur de 7895 fr.

2.1 Aux termes de l'article 14 alinéa 1 lettre 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.

L'article 10 RMPC (règlement cantonal du 27 février 2008 relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires) précise ce qui suit :

- 1 Les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. L'alinéa 3 est réservé.
- 2 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.
- 3 Si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire inclus) risque, selon toute vraisemblance, de dépasser 1000 francs, un devis doit être adressé à l'organe d'exécution en matière de PC avant le début du traitement.
- 4 Les devis et factures à présenter doivent être conformes aux positions tarifaires du tarif AA/AM/AI.

2.2 Le chiffre 5038 des directives de l'OFAS sur les prestations complémentaires (DPC), abondamment cité par l'intimée dans la décision entreprise et dans sa détermination du 24 juillet 2013, a été abrogé au 1^{er} janvier 2008 (cf. version 2 des DPC, état au 01.01.2008) de sorte que l'on ne saurait y renvoyer, le traitement dentaire de l'assurée ayant débuté à fin 2012.

3.1 La recourante allègue avoir simplement suivi les conseils de son médecin-dentiste et reproche à la CCC de ne pas l'avoir informée au sujet des critères économiques et adéquats du traitement envisagé.

3.2 Selon la jurisprudence, l'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure ; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique (cf. ATF 127 V 138 consid. 5 p. 146 ; Gebhard Eugster, *Krankenversicherung*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2ème éd. 2007, n° 293 ss p. 494). La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale ; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (cf. ATF 125 V 95 consid. 4a p. 99). Par ailleurs, 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 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 196 consid. 3 p. 200 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_621/2012 du 3 avril 2013 consid. 5.1).

3.3 En l'espèce, l'estimation d'honoraires (de 7530 fr. 50) présentée à la CCC le 23 novembre 2012 pour le traitement dentaire de l'assurée a été soumise au Dr D_____, médecin-dentiste conseil de l'intimée, lequel a pris en considération les caractères économiques et adéquats du traitement en proposant de « commencer simplement par deux prothèses complètes. Une bonne occlusion aidera pour le /C et à la limite un peu de pâte adhésive aussi. Suivant la faisabilité, un attachement sur la 33, encore assez correcte d'après l'OPG, peut être admis aussi ». Cette prise de position a été communiquée au Centre médico-dentaire A_____ à B_____ le 7 décembre 2012, lequel a été prié de respecter le critère de traitement économique des PC. Une copie de ce courrier a été adressée à X_____.

En réponse à cette missive, le Dr C_____ a indiqué à la caisse, le 18 mars 2013, que « selon la demande de la patiente, nous avons réalisé une prothèse complète supérieure et une prothèse hybride sur 2 implants. La patiente est au courant que si les 2 implants 33 et 43 ne sont pas pris en charge par les prestations complémentaires, la différence sera à ses frais. »

Le 20 mars 2013, une facture de 7985 fr. - laquelle concernait, entre autres, la pose de deux implants sur les dents 33 et 43 - a été adressée à la CCC et soumise au Dr D_____. Celui-ci a accepté la prise en charge d'un montant de 2174 fr. 65 pour les frais dentaires et de 1928 fr. pour les frais de laboratoire, soit 4102 fr. 65 au total.

3.4 A ce stade de l'examen, force est de constater avec l'intimée que la recourante a été dûment avertie, si ce n'est par la CCC, du moins par son médecin-dentiste, que les frais relatifs à la pose des deux implants seraient vraisemblablement à sa charge, ne pouvant en principe être pris en charge dans le cadre des PC. Elle ne saurait ainsi prétendre avoir simplement suivi les conseils du Dr C_____ et demander à la

caisse intimée de prendre en charge l'intégralité du traitement suivi dans la mesure où elle avait choisi une autre forme de traitement, moins économique, que celui proposé par le Dr D_____, lequel doit également être considéré comme adéquat dans la mesure où aucune pièce médicale au dossier ne le conteste. Dans ces circonstances, l'argumentation de la recourante selon laquelle la pose d'implants devait être prise en charge dans son intégralité, en raison de son caractère simple et économique, n'est pas pertinente. La CCC n'a en conséquence pas violé le droit lorsqu'elle a admis la prise en charge du traitement dentaire jusqu'à concurrence du montant de 4102 fr. 65 reconnu par son médecin-dentiste conseil, lequel correspond aux coûts liés à sa proposition du 7 décembre 2012 puisque cette mesure était nécessaire, économique et adéquate au problème rencontré par l'assurée.

4. Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. 1 LPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais.

Sion, le 21 octobre 2013