

S1 22 104

ARRÊT DU 21 MARS 2024

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

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Garance Klay, greffière

en la cause

X _____, recourant

contre

CAISSE DE COMPENSATION DU CANTON DU VALAIS, intimée

(art. 14 al. 1 let. a LPC et 10 RMPC ; prise en charge par les prestations
complémentaires des frais de traitement dentaire)

Faits

A. X _____, né en 1955, est au bénéfice de prestations complémentaires pour rentiers AVS ou AI (PC) depuis plusieurs années.

Les décisions d'octroi de PC de la Caisse de compensation du canton du Valais (ci-après la CCC ou la Caisse) indiquent expressément ce qui suit, s'agissant des frais de traitements dentaires : « un devis doit être établi avant le début du traitement lorsque le coût présumé (y compris laboratoire) est supérieur à 1000 francs. Le formulaire pour le devis doit être demandé à la Caisse cantonale de compensation, aux services médico-sociaux ou aux institutions Pro Senectute et Pro infirmis. Les frais de traitements dentaires sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat, sur présentation du décompte de caisse-maladie accompagné des factures détaillées du dentiste et du laboratoire » (cf. pièces 3, 5, 6 et 7 du dossier de la CCC).

Le 14 juin 2021, l'assuré a consulté la Dresse A _____, dentiste au sein de la B _____ (pièce 8 du dossier de la CCC).

Le 22 juin 2021, la Dresse A _____ a adressé à X _____ un devis/estimation de ses honoraires pour une « prothèse supérieure fixe sur 4 implants » dont le coût total était estimé à 11 447 fr (dont 3640 de frais de laboratoire). Un détail de l'estimation d'honoraires a été joint (pièce 8 du dossier de la CCC). Aucune demande de participation avec présentation du devis n'a alors été déposée auprès de la CCC.

Entre le 14 juillet 2021 et le 21 février 2022, l'assuré s'est rendu chez la Dresse A _____ qui a procédé au traitement susmentionné.

En date du 1^{er} avril 2022, l'assuré a requis de la CCC, le remboursement d'une note d'honoraire de 10 611 fr. 75 établie le 22 février 2022 par la B _____, à C _____, montant qu'il avait directement payé (pièce 9 du dossier AI).

Par décision du 12 avril 2022, la CCC a refusé de prendre cette note en charge au motif que ces frais ne correspondaient pas à un traitement simple, économique et adéquat (pièce 10 du dossier de la CCC).

Le 23 avril 2022, l'assuré a écrit à la Dresse A _____ afin qu'elle établisse un rapport circonstancié justifiant médicalement que le traitement appliqué était simple, économique et adéquat. Si tel n'était pas le cas, la dentiste était invitée à préciser quel

aurait été le traitement répondant à de tels critères ainsi que son prix (annexe pièce 11 du dossier de la CCC). Aucune réponse de la praticienne n'a ultérieurement été transmise à la Caisse.

L'assuré a formé opposition à la décision de la CCC en date du 23 mai 2022. En substance, il a fait valoir avoir accepté le traitement dentaire proposé en toute bonne foi. Il estimait que la B _____ l'avait mal renseigné sur les démarches à accomplir auprès de la CCC avant de procéder à un tel traitement. Il a souligné que, malgré ses demandes, la Dresse A _____ n'avait pas établi un rapport afin d'expliquer la situation et préciser quel aurait été le traitement simple, économique et adéquat, ainsi que son prix ; il a joint le courrier qu'il lui avait adressé le 23 avril 2022 (cf. *supra*). Il a requis que la CCC lui rembourse au moins la facture à hauteur du prix d'un traitement simple, économique et adéquat.

La CCC a soumis pour avis la note d'honoraire litigieuse à son dentiste-conseil, le Dr D _____. Dans un rapport du 3 juin 2022, ce dernier a rappelé qu'il n'y avait jamais eu de dossier présenté, ni de devis ; par ailleurs, les implants n'étaient pas pris en charge ; il estimait dès lors que la CCC devait confirmer son refus (pièce 12 du dossier de la CCC).

Par décision sur opposition du 13 juin 2022, la CCC a rejeté les griefs de son assuré en se référant à l'avis de son dentiste-conseil (pièce 13 du dossier de la CCC).

B. X _____ a interjeté recours céans en date du 27 juin 2022. En substance, il a répété les griefs articulés en procédure d'opposition. Il a également reproché à l'intimée de ne pas avoir fait le nécessaire pour obtenir un devis correspondant à traitement simple, économique et adéquat. Il a implicitement conclu à l'annulation de la décision entreprise, l'intimée étant invitée à poursuivre son instruction afin d'établir ce qui aurait été le tarif pour un traitement simple, économique et adéquat dans son cas et à lui rembourser sa note à hauteur d'un tel tarif.

Par mémoire-réponse du 19 juillet 2022, l'intimée a souligné que le traitement avait ici été entrepris sans présentation préalable d'un devis et que, pour le surplus, ce type de traitement n'était pas remboursé par les PC. Elle a dès lors conclu au rejet du recours.

Répliquant le 16 août 2022, le recourant a reconnu ne pas avoir suivi correctement la procédure, mais a répété avoir agi en toute bonne foi, en faisant entièrement confiance à son médecin-dentiste. Il estimait néanmoins que sa note devait être partiellement remboursée, soit à hauteur d'un traitement simple, économique et adéquat, après

instruction en vue de l'établissement d'un tel traitement et soumission de ce dernier au dentiste-conseil de la Caisse. Il a dès lors maintenu ses conclusions.

Par duplique du 19 août 2022, l'intimée a confirmé sa position, soulignant notamment qu'une participation de la Caisse aurait dû être requise préalablement au traitement.

L'échange d'écritures a été clos le 22 août suivant.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LPC, la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'applique aux prestations versées en vertu du chapitre 2, à moins que la LPC n'y déroge expressément.

Posté le 27 juin 2022, le présent recours formé contre la décision sur opposition du 13 juin précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA; art. 81a LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.1 Les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais suivants de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis : les frais de traitement dentaire (art. 14 al. 1 let a LPC).

Les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. La Caisse établit des directives concernant la prise en charge des frais de traitement dentaire dans le cadre des prestations complémentaires (art. 10 al. 1 du règlement cantonal du 27 février 2008, état au 1^{er} janvier 2021, relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires [ci-après : RMPC], RS/VS 831.305). Les tarifs de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité sont déterminants pour le remboursement des honoraires des prestations dentaires et pour le remboursement des travaux de technique dentaire (art. 10 al. 2 RMPC). 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 (art. 10 al. 3 RMPC). Les devis et factures à présenter doivent être conformes aux positions tarifaires du tarif AA/AM/AI (art. 10 al. 4 RMPC).

Le chiffre 4304 des Directives de la CCC relatives au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (DMPC), prévoit que la Caisse élabore, en collaboration avec ses dentistes-conseils, une directive concernant la prise en charge des frais de traitement dentaire dans le cadre des PC. Cette directive est mise à disposition des dentistes traitants et des personnes intéressées de manière appropriée, par exemple par téléchargement sur le site internet de la Caisse.

Sur cette base, le formulaire « Directives et informations pour les médecins-dentistes concernant le remboursement des frais dentaires dans le cadre des prestations complémentaires (PC) », publiées en 2021 par la CCC, prévoient notamment qu'il sied d'attendre la réponse de prise en charge de l'autorité avant d'effectuer un traitement de racine, à moins que les dents soient nécrosées avec symptomatologie. En outre, il est expressément précisé que la pose de couronnes, prothèses fixes et implants n'est pas prise en charge par les PC.

Sous le titre « Devis » du formulaire, le médecin-dentiste est averti qu'il doit soumettre à l'autorité compétente, avant le début du traitement, une estimation détaillée des coûts avec les positions tarifaires. Cette estimation doit représenter un traitement simple, économique et adéquat. Le plan de traitement doit être compréhensible pour le médecin-dentiste conseil. Des soins d'urgence (mesures d'urgence) peuvent être effectués avant l'admission d'un traitement. La rubrique « Présentation d'une demande », prévoit notamment l'envoi de radiographies et de photographies illustrant l'état bucco-dentaire avant les soins projetés. Des travaux qui ne sont pas exécutés dans les règles de l'art dentaire (fautes professionnelles), ne sont pas remboursés.

Le chiffre 4306 des DPMC prévoit également que tous les frais de traitement dentaire doivent obligatoirement faire l'objet d'un devis qui sera soumis à la Caisse pour approbation. Son chiffre 4313 ajoute que si un traitement dentaire a été entrepris (frais de laboratoire inclus) sans approbation préalable du devis, un remboursement peut néanmoins intervenir si la personne assurée démontre *a posteriori*, par la production de toutes pièces utiles détaillant l'état dentaire avant le traitement (photos, radiographies, etc.), que ce traitement était simple, économique et adéquat. Le chiffre 4321 ajoute que si le traitement facturé n'a fait l'objet d'aucun devis préalable présenté à la Caisse, celle-ci peut procéder, dans le cadre de l'examen en vue d'un remboursement, comme elle l'aurait fait pour l'analyse d'un devis.

2.2 Dans le domaine des assurances sociales, le juge base généralement sa décision 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. La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_503/2013 du 25 février 2014 consid. 6.1). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_189/2015 du 11 septembre 2015 consid. 5.1).

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.2). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et 125 V 193 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_94/2016 du 30 janvier 2017 consid. 6.1).

2.3 Selon les directives citées au paragraphe précédent, sauf urgence, la prise en charge d'un traitement dentaire doit préalablement être approuvée par le dentiste-conseil de la Caisse.

Il est rappelé que le recourant était réputé être au courant des démarches nécessaires pour voire un traitement dentaire pris en charge, ces dernières lui ayant été communiquées dans toutes les décisions de PC lui ayant été notifiées (cf. *supra*). Il ne pouvait dès lors pas ignorer qu'un devis devait être établi et transmis à la Caisse avant le début du traitement lorsque le coût présumé (y compris laboratoire) est supérieur à 1000 francs. Or, en l'occurrence, les frais de traitement prévus dépassaient largement ce montant, ce qu'il savait à teneur du devis remis par son médecin-dentiste. Le recourant ne peut dès lors se prévaloir de sa bonne foi quant à l'ignorance des conditions de prise en charge d'un tel traitement.

Par ailleurs, aucun élément au dossier ne permet d'admettre que le soin litigieux était urgent, ce que n'allègue d'ailleurs pas le recourant. Ce dernier n'a produit aucun rapport de son médecin-dentiste allant dans ce sens, ni par ailleurs de pièce médicale qui attesterait l'impossibilité de différer ce traitement jusqu'à la prise de position de la Caisse (pour comparaison, cf. les jugements de la CAS S1 21 253 du 26 septembre 2023 et S1 13 121 du 21 octobre 2013). Au contraire, son médecin-dentiste l'a examiné le 14 juin 2021, lui a adressé un devis en date du 22 juin 2021 et le traitement n'a débuté que le 12 juillet suivant, ce qui démontre l'absence d'urgence.

Le recourant n'a par ailleurs pas offert, avant l'accomplissement du traitement, l'opportunité à la Caisse de requérir un autre devis proposant de manière étayée (radiographies, photographies antérieures au traitement...) une solution alternative plus simple et économique, tout en étant adéquate. Comme l'a exposé le dentiste-conseil, l'intimée a été mise devant le fait accompli. Or, pour être prise en charge, cette solution alternative aurait également dû être approuvée avant mise en œuvre du traitement. En effet, un assuré qui n'a pas procédé aux demandes préalables exigées, ne saurait tirer argument de l'absence d'un plan de traitement approuvé par la caisse pour exiger le remboursement des frais encourus (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 9/06 du 2 février 2007, consid. 4.1).

Le recourant a ainsi pris le risque de réaliser un traitement dentaire avant de savoir si le devis serait accepté par l'autorité, respectivement si le traitement pouvait être considéré comme, simple, adéquat et économique.

Le recourant n'a par ailleurs pas prouvé que le traitement litigieux était simple, économique et adéquat ; il ne le prétend d'ailleurs même pas. A défaut de base légale, il n'appartenait en outre pas à la Caisse de rechercher *a posteriori* quel autre traitement simple, économique et adéquat aurait dû être appliqué et de prendre la facture du recourant en charge à hauteur de cet autre traitement. Un tel examen rétroactif serait d'ailleurs difficilement praticable, la situation telle qu'elle se présentait avant le début du traitement (descriptif de la denture, état des dents) devant clairement ressortir de la documentation (cf. chiffre 4308 des DMPC).

En outre, comme il ressort des directives, la pose d'implants, de même que de prothèses fixes, n'est en toute hypothèse pas prise en charge par les PC, de sorte que la caisse intimée devait refuser de prendre en charge un tel traitement.

Au vu de ces éléments, on ne saurait faire grief à l'intimée d'avoir refusé de prendre en charge le traitement litigieux, que ce soit totalement ou, comme semble le réclamer le recourant, partiellement.

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision sur opposition de la Caisse du 13 juin 2022 est confirmée.

3. Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a, 1^{ère} phrase LPGA).

Prononce

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

Sion, le 21 mars 2024