

FR_GERICHTE 608 2016 6 vom 2. März 2017

FR Kantonsgericht, 2017-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_6

FR: FR_GERICHTE 608 2016 6 du 2 mars 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 6 del 2 marzo 2017

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Ergänzungsleistungen

Erwägungen

E. 13

janvier 2016 concluant, en substance, à la prise en charge par les prestations complémentaires de l'entier du traitement dentaire, soit CHF 1'216.75. A l'appui de son recours, il se plaint d'abord du fait que, par cette décision, la Caisse a fait fi de sa situation financière et qu'il lui est impossible de payer un montant de CHF 716.10, soit "35.8% de [sa] rente mensuelle globale". Il soutient aussi que l'avis médical sur lequel l'autorité intimée fonde sa décision est inopportun – réparer une dent dont la racine est saine étant plus opportun et moins risqué que de procéder à une extraction –, contraire à la volonté du législateur de "contrecarrer la pauvreté des anciens" et non proportionné – l'examen des frais de traitement ayant coûté plus cher que les CHF 716.10 dont il demande le remboursement. Il affirme ensuite que le traitement d'espèce était adéquat, pas trop cher ni trop compliqué. Il précise encore qu'il n'avait pas pensé à demander un devis avant d'effectuer le traitement dentaire de sorte qu'on ne saurait le lui reprocher ni le "punir" de cette omission. Enfin, il fait état de motifs de politique économique (concurrence et fiscalité), de politique migratoire, historiques ainsi que biographiques justifiant que le traitement soit pris en charge dans son entier. Dans ses observations du 18 février 2016, la Caisse préavise le rejet du recours. Se prévalant d'une recommandation de l'Association des médecins-dentistes cantonaux de la Suisse (ci-après: AMDCS), elle soutient que le traitement du recourant est contre-indiqué dans son cas et qu'il est préférable de procéder à une extraction. Elle se prévaut aussi de l'avis de son médecin-dentiste-conseil et soutient que le traitement de la dent 45 n'était pas simple, économique et adéquat. Elle souligne encore que les traitements opérés sur les dents 12, 21 et 22 doivent être facturés à une position tarifaire inférieure, soit à un nombre de points inférieurs. Enfin, elle rappelle que le recourant avait été invité à requérir une diminution de la facture auprès de son médecin-dentiste. Dans un second échange d'écritures, les parties campent sur leur position. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. a) A teneur de l'art. 3 al. 1 de la loi du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC; RS 831.30), les prestations complémentaires se composent de la prestation complémentaire annuelle (let. a) et du

remboursement des frais de maladie et d'invalidité (let. b). L'art. 14 al. 1 let. a LPC prescrit que 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. Selon l'al. 2, 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. Dans le canton de Fribourg, la compétence de fixer quels frais sont remboursés est attribuée au Conseil d'Etat (art. 2 let. d de la loi cantonale du 16 novembre 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité; RSF 841.3.1) qui a arrêté l'ordonnance du 6 septembre 2010 relative au remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPCF; RSF 841.3.21). Selon son art. 1 al. 1, les frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, sont remboursés aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle, conformément à l'article 14 LPC, dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations. b) L'art. 10 al. 1 OMPCF prévoit que les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. Selon l'al. 5, en vue de déterminer si le traitement répond aux critères de l'alinéa 1 ci-dessus, la Caisse cantonale de compensation demande les compléments d'information nécessaires et soumet, au besoin, la situation à son médecin-dentiste-conseil. Elle communique ensuite une prise de position à la personne assurée et au médecin-dentiste traitant. D'après 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; 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 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). c) L'art. 10 al. 4 OMPCF précise que les devis et factures doivent être conformes aux positions tarifaires du tarif de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité (tarif AA/AM/AI). Seule la valeur minimale du point est prise en compte. 3. a) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). b) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). 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, ni 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 importants 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. 3a; 122 V 157). 4. Est ici remise en cause la prise en charge totale par les prestations complémentaires du traitement dentaire prodigué par le Dr C. _____ entre le 20 mars 2015 et le 11 juin 2015. Ce traitement avait traité aux dents 12 et 21 (obturation en composite), à la dent 22 (reconstruction angle en composite) et à la dent 45 (radiographie, anesthésie, extirpation de la pulpe, pansement, obturation racine et reconstruction à vis). a) La décision de refus de la Caisse soutient que ces traitements ne sont pas simples, économiques et adéquats de sorte que le montant pris en charge doit être limité à CHF 500.65 (161.5 points à CHF 3.10) au lieu de CHF 1'216.75 (392.5 points).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 Elle s'appuie d'abord sur les recommandations de l'AMDCS selon lesquelles "lorsque les caries sont fortement actives, des obturations composites et patchwork ne sont pas indiquées" et ne peuvent être autorisées qu'à certaines conditions. Elle se fonde ensuite sur le rapport du 5 octobre 2015 de son médecin-dentiste-conseil, le Dr D. _____, lequel soutient que "le traitement radiculaire et l'obturation de la dent 45 ne sont pas conformes aux exigences [...] et ne sont pas pris en charge. L'extraction de cette dent aurait été la mesure simple et économique. Pour la deuxième obturation dans la même séance il faut appliquer la position pour une obturation ultérieure (séance du 11.06.15 la position 4538 pour 28 points au lieu de la 4537 pour 41 points). 49 pts sont admises pour l'obturation de la dent 22 et ne pas 56 (pos. 4539 recalculée à la valeur AS" (sic). Dans ce rapport, le médecin dentiste-conseil examine les points ici litigieux, donnant les motifs l'ayant conduit à conclure que le traitement n'est, à son sens, pas simple, économique et adéquat. Si le rapport n'est pas fondé sur un examen direct du recourant – car sur dossier – le dentiste se base sur une radiographie et les informations données par le dentiste traitant. Bien que très sommaire, ce rapport est probant. b) Les griefs du recourant ne convainquent pas la Cour ni ne justifient qu'elle s'écarte de l'avis du Dr D. _____. En effet, le recourant conteste d'abord le traitement

suggéré par le dentiste-conseil, soit l'extraction de la dent 45, soutenant qu'une extraction n'est pas adéquate. Selon lui, il est préférable de réparer une dent dont la racine est encore bonne. Toutefois ces griefs ne sont nullement étayés, le recourant se prévalant uniquement du "bon sens" – assimilant en cela une dent à un pneu crevé sur une jante en bon état – et d'un article de presse relatif à l'importance de la mastication (BATLINER, Die Verdauung beginnt im Mund, in Migros Welt du 18 avril 2016, p. 71). En outre, on peut rappeler que l'examen des critères de simplicité, d'adéquation et d'économicité du traitement passe par une comparaison des coûts et des bénéfices. Cette pesée des intérêts est, en l'occurrence, confirmée tant par les recommandations de l'AMDCS que par l'avis du dentiste-conseil. Le recourant met aussi en cause le tarif et le nombre de points alloués par le Dr D. _____ pour le traitement des dents 12, 21 et 22, soutenant qu'on ne doit pas priver son dentiste de ses honoraires lorsqu'il a "travaillé pour cela". Par ce grief – très général – il n'indique pas en quoi l'avis du Dr D. _____ serait inexact s'agissant des critères de simplicité, d'adéquation et d'économicité que doit respecter le traitement dentaire, en l'occurrence des dents 12, 21 et 22. Les griefs du recourant n'ont pas tous trait au contenu du rapport médical du Dr D. _____. Ainsi, il critique le fait que ce dernier possède un cabinet privé à proximité de celui du Dr C. _____ et pourrait, potentiellement, être en concurrence avec lui. Une possible concurrence – le recourant indique même potentielle – ne saurait toutefois remettre en cause l'avis du dentiste-conseil. Le recourant se plaint également, en substance, d'une violation du principe de la proportionnalité dans la mesure où les frais liés à la décision litigieuse – soit notamment les frais liés à la consultation du Dr D. _____ ainsi que ceux liés à l'administration de son dossier – dépassent le montant que la Caisse refuse de prendre en charge. Par ce grief, il remet essentiellement en cause les mesures d'instruction prévues par l'art. 10 al. 1 OMPCF. De telles mesures ont

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 néanmoins été admises à de nombreuses reprises par la présente Cour et le Tribunal fédéral (cf. not. la jurisprudence citée au consid. 3 ci-avant). On ne saurait revenir sur cette pratique. Le recourant se prévaut aussi d'un article de presse (HUBER, Der Rentnerzuschuss wird fünfzig, in Beobachter n° 6/2016), affirmant que ses frais dentaires sont "dûment établis et protocolés". Cela n'est pas contesté, les frais du Dr C. _____ ayant été présentés sous forme d'une liste d'honoraires détaillée le 29 juin 2015. Toutefois, à nouveau, cet argument n'a pas trait aux motifs ayant conduit l'autorité intimée à prendre en charge CHF 500.65 au lieu de CHF 1'216.75. Une liste d'honoraires, tout autant détaillée qu'elle soit, peut, en effet, dépasser le montant pris en charge par les prestations complémentaires s'il s'agit d'un traitement qui n'est pas simple, économique et adéquat. Il appert au demeurant que le tarif pratiqué était supérieur à celui devant être pris en charge. Le recourant se prévaut encore de sa situation financière préoccupante, laquelle l'empêche de payer le montant de CHF 716.10 à sa charge. Cette situation difficile n'est pas contestée dans la mesure où il bénéficie de prestations complémentaires depuis plusieurs années. Néanmoins, en l'occurrence, elle n'a pas d'influence sur le litige, la décision se fondant uniquement sur les critères de simplicité, d'adéquation et d'économicité du traitement pour en refuser la prise en charge complète. La Cour relève enfin qu'il n'est pas nécessaire de revenir sur certains points que soulève le recourant dans son recours. En effet, la décision ne remet pas en cause les compétences et la qualité du travail du Dr C. _____. De même, comme le relève l'autorité intimée, il n'a pas été tenu non plus compte du fait que le recourant ait directement présenté une facture finale et non, dans un premier temps, un devis. Pour leurs parts, les considérations du recourant sur les plans historique (son ancêtre mort durant la Berezina, les opinions divergentes des barbiers-chirurgiens sous l'ancien

régime), biographique (sa carrière militaire et celle de ses enfants, son passé d'entrepreneur), des controverses scientifiques (effets néfastes du fluor) ainsi que politique – notamment financière (les montants dépensés dans les retraites et le sauvetage des banques, les salaires des employés de l'administration), fiscale (les impôts qu'il a versé), médicale (les dangers de la vaccination des enfants) ou migratoire (sa propre origine et celle de son médecin, les montants attribués aux requérants d'asile) – n'ont pas à être prises en compte dans l'évaluation des critères de simplicité, d'adéquation et d'économicité d'un traitement médical. c) Il ressort de ce qui précède que le traitement dentaire prodigué par le Dr C. _____ entre le 20 mars 2015 et le 11 juin 2015 ne remplissait pas les critères de simplicité, d'adéquation et d'économicité au sens de la loi sur les prestations complémentaires. C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée a limité la prise en charge de celui-ci à un montant de CHF 500.65. 5. Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 15 décembre 2015 confirmée. Il n'est pas perçu de frais de justice, conformément au principe de la gratuité applicable en la matière.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 2 mars 2017/pte Président Greffier

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.