

VS_GERICHTE S1 22 104 vom 21. März 2024

VS Kantonsgericht, 2024-03-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1 22 104](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_22_104)

FR: VS_GERICHTE S1 22 104 du 21 mars 2024

IT: VS_GERICHTE S1 22 104 del 21 marzo 2024

Regeste

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)

Erwägungen

E. 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 1er 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).

- 5 - 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.

- 6 - 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.

- 7 - 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.

- 8 - 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.

E. 3

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

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas perçu de frais. Sion, le 21 mars 2024

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