

200.2023.163.AI
N° AVS
MAU/EGC

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du juge unique du 29 novembre 2023

Droit des assurances sociales

G. Niederer, juge
A. Mariotti, greffière

A. _____
représentés par Me B. _____
recourant

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 7 février 2023



En fait:

A.

A. _____, né le 9 mars 2007 et agissant par ses parents, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour personnes assurées mineures (mesures médicales) auprès de l'Office AI Berne le 28 août 2022. Il indiquait, comme atteinte à la santé, avoir une dent surnuméraire au niveau du palais (dent incluse compliquée) qui avait été extraite en mars 2018. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli un rapport du médecin-dentiste traitant. En se fondant sur les informations contenues dans ce dernier écrit et après avoir requis des précisions auprès de ce praticien, l'Office AI Berne a rendu un préavis reconnaissant le droit à des mesures médicales du 2 septembre 2021 au 31 mars 2027. Le 21 novembre 2022, l'assuré, agissant toujours par ses parents et désormais représentés par une avocate, a formulé des observations auxquelles il a joint une copie des décomptes de l'assurance-maladie pour les années 2018 à 2021, ainsi que la facture initiale de l'extraction dentaire. A l'appui de ces documents, il a contesté le préavis de l'intimé, en tant que le droit aux prestations n'a été admis rétroactivement que depuis le douzième mois ayant précédé sa demande. Le 7 février 2023, l'Office AI Berne a toutefois rendu une décision correspondant à son préavis.

B.

L'assuré, par ses parents, toujours représentés, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision précitée par acte du 8 mars 2023, en concluant à la modification de cette décision, en ce sens qu'il faille admettre le droit aux mesures médicales dès le 19 janvier 2018, avec intérêts à 5% l'an depuis cette date, le tout sous suite de frais et dépens. Dans son mémoire de réponse du 5 avril 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. Dans sa réplique du 2 mai 2023, par ailleurs accompagnée de la note d'honoraires de la mandataire professionnelle, le recourant a confirmé ses conclusions. L'intimé en a fait de même au moyen d'une duplique du 9 mai 2023.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 7 février 2023 constitue l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et reconnaît le droit à la prise en charge de mesures médicales d'une hyperodontie congénitale (infirmité congénitale chiffre 207 de l'ordonnance fédérale du Département fédéral de l'intérieur [DFI] du 3 novembre 2021 concernant les infirmités congénitales [OIC-DFI, RS 831.232.211]) du 2 septembre 2021 (seulement) au 31 mars 2027. L'objet du litige porte sur la modification de la décision attaquée, en ce sens que la prise en charge soit accordée depuis le 19 janvier 2018.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par les représentants légaux d'une partie ayant ainsi la qualité pour recourir, représentés par une mandataire dûment constituée, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 19 al. 1 et 304 al. 1 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 [CC, RS 210]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le recourant conteste la date à partir de laquelle l'intimé a reconnu le droit à la prise en charge des mesures médicales relatives à son infirmité congénitale. La valeur litigieuse étant manifestement inférieure à Fr. 20'000.-, au vu des décomptes de prestations de la caisse-maladie produits par le recourant (voir pièce justificative [PJ] 4 du recours), le jugement de la cause incombe à un juge unique de la Cour des affaires de langue française du TA (art. 54 al. 1 let. c et art. 57 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et art. 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 148 V 162 c. 3.2.1, 144 V 210 c. 4.3.1). En l'occurrence, si la demande de prestations a certes été déposée en 2022, le droit aux prestations a été reconnu dès le 2 septembre 2021, soit avant l'entrée en vigueur du nouveau droit. En outre, est (uniquement) litigieux le moment de la naissance du droit aux mesures médicales. Or, celui-ci survient (par principe) dès l'application des mesures médicales, mais au plus tôt à la naissance accomplie de l'enfant (ATF 120 V 89 c. 1; voir aussi art. 2 al. 1 de l'ordonnance fédérale du 9 décembre 1958 concernant les infirmités congénitales [OIC, RS 831.232.21], abrogée au 1^{er} janvier 2022, voir RO 2021 706). Partant, le présent litige doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI applicables jusqu'au 31 décembre 2021. Dans la mesure toutefois où les normes de la LAI relatives au début du droit aux mesures médicales n'ont pas été modifiées dans le contexte de la modification du 19 juin 2020, ce point pourrait néanmoins rester indécis.

2.2 Selon l'anc. art. 13 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant (art. 3 al. 2 LPGA). Le Conseil fédéral établit une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Avec l'anc. art. 13 al. 2 LAI, la compétence a été donnée au Conseil fédéral de déterminer, parmi l'ensemble des infirmités congénitales médicalement

reconnues, celles pour lesquelles des prestations de l'AI doivent être garanties (infirmités congénitales au sens de la LAI; ATF 122 V 113 c. 3a/cc). Le Conseil fédéral dispose ainsi d'une large marge d'appréciation législative (ATF 105 V 21; VSI 1999 p. 170 c. 2b). Les infirmités congénitales sont énumérées dans l'annexe à l'OIC. La question de savoir s'il s'agit d'une infirmité congénitale au sens juridique n'a pas de caractère pronostique, mais doit être tranchée de façon rétrospective. Les conditions de prestations ne sont pas remplies, si un diagnostic d'infirmité congénitale est certes initialement établi mais se révèle postérieurement erroné (SVR 2009 IV n° 18 c. 3.3 et 3.4).

2.3 Si un assuré ayant droit à des mesures médicales présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande (art. 48 al. 1 LAI). Les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues lorsqu'il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations et qu'il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits (art. 48 al. 2 let. a et b LAI). Pour le paiement rétroactif concernant une période qui remonte au-delà des douze mois précédant le dépôt de la demande, est déterminante la connaissance de l'état de fait ouvrant droit à prestations de la part de la personne assurée ou de son représentant légal. Le fait que les tiers désignés à l'art. 66 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) et à l'art. 67 du règlement fédéral du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS, RS 831.101), autorisés à faire valoir le droit aux prestations, aient au besoin déjà eu connaissance de l'état de fait ouvrant droit à prestations à un moment antérieur ne s'oppose pas à un droit au paiement rétroactif dépassant les douze mois qui précèdent la demande (ATF 139 V 289 c. 6.1).

3.

3.1 Dans sa décision, l'intimé a admis le droit à des mesures médicales du 2 septembre 2021 au 31 mars 2027, en lien avec le traitement de l'infirmité congénitale chiffre 207. Il a précisé que le droit à des mesures médicales naissait au plus tôt douze mois avant le moment où la demande de prestation était déposée. Cette dernière ayant en l'occurrence été remise le 2 septembre 2022, les prestations devaient être accordées dès le 2 septembre 2021. Au vu des motifs soulevés dans les observations, l'intimé a expliqué que les conditions à une prise en charge pour une période plus longue que les douze mois précédant le dépôt de la demande (à savoir que l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations et qu'il avait fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il avait eu connaissance de ces faits) n'étaient pas remplies en l'espèce. Il a en outre exclu avoir violé son obligation de renseignement. Dans sa réponse, l'intimé a principalement réitéré et maintenu sa position quant au début du droit aux mesures médicales. Il a toutefois ajouté que, déjà lors de l'examen du 23 juin 2017, le médecin-dentiste traitant avait attesté que son patient présentait une infirmité congénitale, ce qui avait pour conséquence, selon l'intimé, que les parents de l'assuré étaient au courant dès le début du traitement de l'existence d'une infirmité relevant de la compétence de l'AI. Finalement, l'intimé a confirmé sa position dans sa duplique.

3.2 Dans son mémoire de recours du 8 mars 2023, le recourant explique avoir suivi un traitement dentaire de janvier 2018 à août 2021 et devoir encore effectuer un suivi régulier pour s'assurer de la stabilité des corrections. Il souligne que toutes les factures y relatives ont été envoyées à sa caisse-maladie, qu'il considérait comme l'organe compétent pour la prise en charge des coûts liés à ce traitement. Cependant, ni les médecins-dentistes traitants ni sa caisse-maladie n'ont informé le recourant ou ses parents de la possibilité d'une prise en charge du traitement par l'AI. Or, dès qu'ils ont eu connaissance de la potentielle prise en charge par l'intimé, les parents du recourant auraient déposé une demande auprès de celui-ci. Selon le recourant, la caisse-maladie aurait dû transmettre la demande de prestations, concrétisée à travers les factures de traitement, à l'assurance

compétente et ce, dès la première facture. Ainsi, le recourant prétend que l'annonce du cas doit être fixée à janvier 2018. D'après lui, si la caisse-maladie avait observé ses obligations, l'intimé aurait alors pu remettre un formulaire au recourant pour compléter sa demande. Dans sa réplique, le recourant ajoute que le rapport de son médecin-dentiste ne fait pas état d'une information aux parents du recourant, lors de la consultation du 23 juin 2017, quant à l'existence d'une infirmité congénitale, mais seulement d'un examen à cette date. En outre, il relève que ce document a été rempli sur demande de l'intimé, qui l'a reçu le 22 septembre 2022.

4.

4.1 A titre liminaire, il convient de mentionner que la présence d'une infirmité congénitale et le droit à l'octroi de mesures médicales dès le 2 septembre 2021 ne sont (à juste titre) pas contestés. En effet, le médecin-dentiste traitant a confirmé la présence, chez l'assuré, d'une hyperodontie congénitale au sens du ch. 207 de l'Annexe à l'OIC (dossier [dos.] AI 7/2), nécessitant un traitement (voir aussi dos. AI 9/2). Le litige porte dès lors uniquement sur le point de savoir si le recourant a droit à des mesures médicales pour une période antérieure au 2 septembre 2021, soit dès le 19 janvier 2018.

4.2 A ce sujet, force est premièrement de constater qu'il n'est pas remis en cause par l'assuré que celui-ci a fait valoir son droit à des mesures médicales de l'AI le 2 septembre 2022. Cette date correspond à celle de la remise à la Poste du formulaire de demande de prestations AI, la date du cachet postal étant déterminante (art. 29 al. 1 LPGA; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_145/2019 du 3 juin 2020 c. 6.4.2, 9C_573/2017 du 23 janvier 2018 c. 5 et les références). En l'espèce, s'il faut constater que le cachet postal n'est pas lisible sur le document figurant au dossier de l'intimé (dos. AI 1/10), il apparaît en revanche que le formulaire a été rempli le 28 août 2021, puis qu'il a été reçu (timbré) par l'intimé le 5 septembre 2022 (selon le sceau humide toutefois peu lisible apposé sur le formulaire; dos. AI 1/1). Cette dernière date étant un lundi, il est dès lors suffisamment établi (à savoir à un degré de vraisemblance prépondérante, degré de

preuve usité en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2) que le droit aux mesures médicales a été exercé le vendredi 2 septembre 2022. Par conséquent, par application de l'art. 48 al. 1 LAI, c'est à juste titre que l'intimé a fixé la naissance du droit au 2 septembre 2021, à savoir douze mois plus tôt.

4.3 De surcroît, le recourant ne conteste pas que les conditions prévues par l'art. 48 al. 2 LAI, permettant l'octroi de prestations pour une période (rétroactive) plus longue, ne sont pas remplies. Il faut néanmoins relever que, dans la mesure où l'intéressé fait valoir qu'il a débuté ses traitements en janvier 2018 mais que ni ses médecins-dentistes, ni sa caisse-maladie ne l'ont informé quant à la possibilité d'obtenir une prise en charge des frais par l'AI, cette circonstance ne saurait suffire à satisfaire à la condition posée par l'art. 48 al. 2 let. a LAI. En effet, le TF a jugé sans détour que l'art. 48 al. 2 LAI ne concerne pas les cas où l'assuré connaissait les faits, mais ignorait qu'ils donnent droit à une prestation de l'AI (voir déjà: ATF 102 V 213). Il a précisé, en lien avec cette exigence de l'art. 48 al. 2 LAI, que la connaissance des faits établissant le droit aux prestations est en l'occurrence celle de l'atteinte qui ouvre le droit aux prestations. La connaissance des faits établissant le droit aux prestations ne doit du reste pas être comprise dans le sens du discernement subjectif de l'assuré, mais dépend de la question de savoir si ces faits pouvaient être constatés objectivement ou non. Ainsi que l'a souligné l'intimée à bon droit (voir ch. 5 de la réponse), la condition de l'art. 48 al. 2 let. a LAI n'est donc satisfaite que dans des cas exceptionnels (ou de "force majeure", voir MEYER/REICHMUTH, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG]*, 2014, art. 48 n. 4 s. et les références). La jurisprudence du TF n'admet ainsi que restrictivement qu'un état de fait objectif fondant le droit aux prestations n'ait pas été reconnaissable ou que la personne assurée n'ait pas été subjectivement en mesure de faire valoir ses droits ou de charger quelqu'un de le faire à sa place (ATF 139 V 289 c. 4.2, 120 V 89 c. 4b, dans lesquels sont cités à titre d'exemples les cas de personnes atteintes de schizophrénie, de trouble grave de la personnalité ou encore de dépression grave). Aucun indice au dossier de l'intimé ne permet toutefois de penser qu'un tel empêchement ait été en cause en l'espèce et le recourant ne le soutient d'ailleurs aucunement. Les conditions

de l'art. 48 al. 2 LAI étant cumulatives, point n'est besoin d'examiner encore si le recourant a fait valoir son droit dans les douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance des faits pertinents (notamment, ainsi que l'invoque le recourant, en remettant toutes les factures concernant ses traitements dentaires à sa caisse-maladie, qui aurait dû, selon lui, les faire suivre à l'intimé, voir art. 6 § 5 du recours).

5.

Doit néanmoins encore être examinée la question de savoir si, ainsi que l'affirme le recourant, il doit être retenu que la demande de prestations de l'AI a en réalité été formulée avec l'envoi des factures de frais dentaires à la caisse-maladie.

5.1 Celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent dans la forme prescrite pour l'assurance sociale concernée (art. 29 al. 1 LPGA). Tous les organes chargés de la mise en œuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. Ils en enregistrent la date de réception et les transmettent à l'organe compétent (art. 30 LPGA). Lorsque l'assuré fait valoir son droit par un acte écrit ne répondant pas aux exigences formelles, l'assurance doit lui envoyer une formule adéquate en l'invitant à la remplir. La date d'arrivée de la première pièce est alors déterminante quant aux effets juridiques du dépôt de la demande (RCC 1989 p. 48 c. 2). Selon la jurisprudence, la personne assurée sauvegarde tous ses droits même si, lors de son annonce auprès de l'assurance, elle ne les a pas tous fait valoir. Par conséquent, une annonce sauvegarde l'ensemble des droits qui, selon la bonne foi, peuvent être considérés comme étant en relation avec la survenance de l'événement annoncé. Les mesures d'instruction de l'administration ne s'étendent toutefois qu'aux prestations raisonnablement en lien avec l'état de fait annoncé et les pièces, existantes ou nouvelles, figurant au dossier (ATF 121 V 195 c. 2; SVR 2013 AHV n° 12 c. 3.2).

5.2 En l'espèce, le recourant a produit les relevés de sa caisse-maladie, attestant de l'ensemble des factures afférentes aux frais dentaires dont il a

sollicité la prise en charge au titre de l'assurance-maladie dès le début des traitements (PJ 4 du recours; dos. AI 12/3-9). Il a expliqué qu'il avait appris, lors d'un repas de famille en fin d'année 2021, que ses traitements pouvaient faire l'objet d'une prise en charge par l'AI, de sorte qu'il avait ensuite déposé la demande de prestations du 28 août 2022, après de multiples échanges avec ses médecins-dentistes, qui auraient confirmé cette information (art. 2 du recours). Avant ces événements, le recourant a souligné qu'il n'avait jamais été au fait que ses frais dentaires pouvaient éventuellement être pris en charge par l'AI. En pareilles circonstances, on ne saurait toutefois admettre que l'intéressé a fait valoir son droit à des mesures médicales de l'AI, soit en remettant les factures relatives à ses frais dentaires à sa caisse-maladie (voir art. 5 du recours). Même s'il n'est certes pas exigé de l'assuré qu'il précise, dans sa demande, la nature exacte des prestations sollicitée (ATF 132 V 286 c. 4.3), il n'en reste pas moins que ce document doit exprimer une volonté de faire valoir un droit à des prestations. La simple mention des faits fondant ce droit ne suffit pas à remplir les exigences d'une demande (voir STAUFFER/CARDINAUX, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ATSG*, 2021, art. 29 n. 8). Or, dans la mesure où le recourant ignorait son droit à des prestations de l'AI au moment où il avait remis les factures litigieuses à sa caisse-maladie, on peut exclure qu'il ait pu formuler des prétentions à l'égard de l'intimé (voir en ce sens: arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des cours de droit social du TF] I 670/02 du 8 avril 2005 c. 2.1). On ne peut d'ailleurs reprocher à la caisse-maladie de l'assuré d'avoir traité ces envois comme des demandes de remboursement au titre de l'assurance-maladie et non comme une (ou des) demande(s) de prestations de l'AI (voir aussi à ce sujet: UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2020, art. 29 n. 16 in fine). Cela vaut d'autant plus que la caisse-maladie n'a pas reçu un document unique, mais un ensemble de factures successives et que l'envoi de ces factures était justifié du point de vue de l'assurance-maladie, si bien qu'elle n'avait pas de raison de rechercher un autre motif (éventuel) justifiant l'établissement et la transmission de ces documents (voir en ce sens: TF 9C_675/2016 du 18 avril 2017 c. 2.3.2). Le dossier de l'intimé ne permet qui plus est de déceler aucun indice qui aurait justifié que la caisse-maladie soupçonne que d'autres prestations d'assurance sociale puissent entrer en ligne de compte (dos. AI 12/9; voir

également TF 9C_40/2020 du 26 juin 2020 c. 5.1, 9C_532/2011 du 7 mai 2012 c. 4.2, qui rappellent en outre que l'obligation de l'administration d'examiner le cas s'étend seulement aux prestations qui, au vu des faits et des pièces du dossier, peuvent normalement entrer en ligne de compte). Le recourant, même s'il évoque encore des courriers d'accompagnement, n'a du reste nommé aucun document susceptible de démontrer que la caisse-maladie aurait dû reconnaître qu'elle était saisie d'une demande de prestation d'un autre assureur, pour laquelle elle n'était pas compétente. S'il fallait compter avec la présence de telles pièces au dossier de la caisse-maladie, elles auraient toutefois été le fait du recourant lui-même (par ses parents), de sorte qu'il aurait été aisé pour lui de les produire en procédure. Quoi qu'il en soit, le point de savoir si la caisse-maladie aurait pu, voire dû comprendre les différents envois de l'intéressé comme une demande de prestations à l'AI peut en réalité demeurer indécis. En effet, quoi qu'il en soit à cet égard, il n'en reste pas moins que l'intimé n'en a quant à lui pas eu connaissance, n'ayant été saisi d'une demande de prestations qu'au moyen du formulaire du 28 août 2022. Or, la jurisprudence qui veut que, par un tel moyen, l'assuré sauvegarde ses droits à des prestations, ne trouve application qu'à l'égard des prestations entrant en ligne de compte pour l'assureur concerné (voir ATF 132 V 286 c. 4.3 et les références; TFA I 548/06 du 11 mai 2007 c. 3.2, I 785/01 du 3 juin 2006 c. 3.2; voir aussi MICHEL VALTERIO, *Commentaire – Loi fédérale sur l'assurance-invalidité*, 2018, p. 731 n. 36; GUY LONGCHAMP, in: DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], *CoRo – Loi sur la partie générale des assurances sociales*, art. 29 n. 24 phr. 1). Le recourant ne saurait dès lors en déduire un droit à l'égard d'un autre assureur social, soit en l'occurrence vis-à-vis de l'intimé. Quand bien même la caisse-maladie aurait dû considérer les factures du recourant comme une (des) demande(s) de prestations de l'AI et aurait ainsi violé son devoir de transmission au sens de l'art. 30 LPG, pareilles circonstances ne pourraient en effet être imputées à l'intimé, seule la voie de la procédure en responsabilité, sous l'angle de l'art. 78 LPG, pouvant être envisagée (PÄRLI/KUNZ, in: FRÉSARD-FELLAY/KLETT [édit.], *BaKomm – Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts* [ATGS], 2020, art. 30 n. 26). Partant, il n'est pas utile d'éditer le dossier de la caisse-maladie. Cette réquisition de preuve est dès lors rejetée.

6.

Enfin, en tant que le recourant reproche de n'avoir pas été informé par sa caisse-maladie et ses médecins-dentistes de la possibilité d'une prise en charge par l'AI, se pose la question d'une violation du devoir d'informer et de renseigner.

6.1 L'art. 27 LPGA dispose en effet que, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (art. 27 al. 1 LPGA). Cette disposition soumet ainsi les assureurs et les organes d'exécution à une obligation générale et permanente de renseignements indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées (ATF 131 V 472 c. 4.1; SVR 2012 ALV n° 3 c. 5.1.1). Ainsi, si un assureur constate qu'un assuré a droit à des prestations d'autres assurances sociales, il l'en informe sans retard (art. 27 al. 3 LPGA). Le devoir de renseigner au sens de l'art. 27 al. 3 LPGA se réfère en outre aux prestations d'autres assurances sociales auxquelles les assurés ont droit, c'est-à-dire à celles qui entrent alors en ligne de compte (TF 9C_512/2015 du 15 octobre 2015 c. 4.3). Cependant, l'obligation de renseignement et de conseil n'est donnée que lorsqu'il existe des motifs suffisants (reconnaissables pour les organes de l'assurance) à être informé. Il ne peut être exigé de l'assureur qu'il informe l'assuré de toutes les prétentions, même théoriques, auxquelles il pourrait prétendre (SVR 2013 AHV n° 12 c. 3.3). En cas de violation de cette obligation, l'assuré peut être traité d'une manière divergente de la loi en raison d'un droit à la protection de sa bonne foi, si les conditions posées à l'exercice de ce dernier sont clairement et manifestement remplies (ATF 143 V 341 c. 5.3.1; TF 8C_545/2021 du 4 mai 2022 c. 3.2).

6.2 En l'espèce, en la matière également, seule une violation du devoir de renseigner par la caisse-maladie pourrait entrer en ligne de compte, l'intimé ne pouvant se voir reprocher un tel manquement, ce que le recourant ne conteste pas (au sujet des médecins-dentistes traitants, voir art. 27 al. 2 LPGA, arrêt du Tribunal fédéral des assurances TFA H 217/04 du 3 août 2005 c. 4.2 et U. KIESER, op. cit., art. 27 n. 7 s.). Or, même si une violation de l'art. 27 LPGA devait être admise à l'égard de la caisse-

maladie, il ne pourrait en résulter non plus, pour l'intimé, soit un autre assureur social, l'obligation de s'écarter de la règle prévue à l'art. 48 LAI, en raison d'un droit à la protection de sa bonne foi (voir c. 6.1 in fine). Pareille démarche reviendrait à faire supporter à l'intimé les conséquences d'un comportement fautif d'une autre institution d'assurance. Or, au vu de l'art. 78 al. 1 LPGA, une telle responsabilité devrait incomber uniquement à l'assureur dont le comportement est visé. Faute d'identité des assureurs concernés, le présent cas se distingue en effet de celui dans lequel l'institution d'assurance qui a fautivement omis de renseigner l'assuré peut réparer ce manquement en remplaçant ce dernier dans la situation qui aurait été la sienne s'il avait été informé. Dans ce domaine aussi, c'est dès lors uniquement la voie de la procédure en responsabilité, sous l'angle de l'art. 78 LPGA, qui entre en ligne de compte (voir également en ce sens: TF 8C_26/2011 du 31 mai 2011 c. 6.3.1 s. et les références, ainsi que le jugement du Tribunal cantonal du canton des Grisons S 17 3 du 25 octobre 2017 c. 5d; voir encore U. Kieser, op. cit., art. 78 n. 10, de même que GEBHARD EUGSTER, *ATSG und Krankenversicherung: Streifzug durch Art. 1-55 ATSG*, in: RSAS 2003 p. 213, p. 226 in fine). Il résulte en conséquence de ce qui précède que le recourant ne saurait non plus être suivi, en tant qu'il évoque que, sur la base d'une violation du devoir de renseignement par sa caisse-maladie, le droit à des prestations de l'AI devrait lui être reconnu à partir du 19 janvier 2018 et non seulement depuis le 21 septembre 2021.

7.

En conclusion, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté.

7.1 Conformément à l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme c'est le cas en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. Tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1^{bis} phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. Le recourant qui succombe doit ainsi supporter les frais de la procédure, qui, dès lors que la cause peut en définitive être tranchée par un juge unique,

sont fixés forfaitairement à Fr. 500.- (art. 108 al. 1 LPJA). Ceux-ci sont dès lors compensés avec son avance de frais de Fr. 800.-. Le solde, par Fr. 300.-, lui sera ainsi restitué dès l'entrée en force du présent jugement.

7.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 104 al. 1 et art. 108 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais de Fr. 800.-. Le solde de l'avance de frais, de Fr. 300.-, sera restitué au recourant dès l'entrée en force du présent jugement.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par sa mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le juge:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).