

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2267/2010

ATAS/768/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 août 2011

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur P _____, domicilié à Genève

recourant

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route
de Chêne 54, Genève

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI-WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et
Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur P_____ (ci-après le bénéficiaire), né en 1961, perçoit des prestations complémentaires à sa rente d'invalidité.
2. En août 2006, le bénéficiaire a fait parvenir au SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES (SPC) un devis de 15'237 fr. établi par le Dr A_____, médecin-dentiste, pour des soins comprenant notamment la pose de couronnes céramo-métalliques.
3. A la demande du SPC, le Dr B_____, médecin-dentiste conseil du SPC, s'est déterminé sur ce devis et a préconisé dans un rapport du 13 septembre 2006 la prise en charge d'un traitement d'une valeur maximale de 3'000 fr., correspondant à l'équivalent d'une prothèse amovible.
4. Par courrier du 24 octobre 2006, le SPC a informé le bénéficiaire que sa participation à ses frais dentaires s'élèverait au plus à 3'000 fr.
5. Le 13 février 2009, le bénéficiaire a fait parvenir au SPC un nouveau devis établi par le Dr C_____, médecin-dentiste, pour des soins comprenant notamment la pose de couronnes céramo-métalliques d'un montant de 21'630 fr. 15.
6. Sollicité pour avis, le Dr D_____, médecin-dentiste conseil du SPC, a proposé de limiter la couverture des soins dentaires à 3'000 fr., soit le prix d'une prothèse amovible.
7. Le 3 avril 2009, le SPC a informé le bénéficiaire que ses frais dentaires seraient pris en charge à concurrence de 3'000 fr. au plus.
8. Un nouveau devis établi le 10 juin 2009 par la CLINIQUE DENTAIRE DE GENÈVE pour 17'364 fr. 30, incluant des couronnes céramo-métalliques a été transmis par le bénéficiaire au SPC puis soumis au Dr B_____. Ce dernier a recommandé le refus de la prise en charge, en précisant qu'il s'agissait d'un traitement hors normes.
9. Le SPC a informé l'assuré qu'il n'assumerait aucun frais de traitement par courrier du 7 juillet 2009.
10. Le devis de la CLINIQUE DENTAIRE DE GENÈVE a également été soumis au Dr D_____, médecin-dentiste conseil du SPC. Celui-ci, dans son rapport du 24 septembre 2009, a relevé que ce devis correspondait aux seuls frais de traitement prothétique, les travaux préparatoires faisant l'objet d'un premier devis de 8'619 fr. 95. Ces soins étaient "très haut de gamme" et ne correspondaient pas au traitement simple et adéquat auquel pouvait prétendre le bénéficiaire.

11. A la suite de cet avis, le SPC a informé le bénéficiaire qu'il prendrait en charge un montant de 3'000 fr. correspondant aux soins simples.
12. La Dresse E_____, médecin-dentiste à la CLINIQUE DENTAIRE DE GENÈVE, a indiqué au SPC, par courrier du 28 janvier 2010, que compte tenu du diagnostic et au vu du dossier radiologique, le seul traitement indiqué et permanent pour le bénéficiaire était celui qui avait fait l'objet des devis soumis.
13. La CLINIQUE DENTAIRE DE GENÈVE a émis un nouveau devis de 12'508 fr. 20 incluant des couronnes céramo-métalliques le 3 février 2010.
14. Le Dr B_____ a à nouveau préconisé la modification du plan de traitement, la prise en charge devant être limitée à 3'000 fr. dans son rapport du 8 avril 2010.
15. Le SPC en a informé le bénéficiaire par décision du 14 avril 2010.
16. Le bénéficiaire s'y est opposé oralement le 26 avril 2010. Lors de son audition par le SPC le 31 mai 2010, il a exposé que les antalgiques qu'il devait prendre pouvaient nuire à sa santé. Le devis établi par la CLINIQUE DENTAIRE DE GENÈVE était le moins onéreux de tous ceux qu'il avait fait faire, et aucun des médecins-dentistes consultés n'arrivait à prodiguer les soins nécessaires pour la somme de 3'000 fr.
17. Le SPC a écarté l'opposition par décision du 11 juin 2010, retenant que seuls des traitements simples, économiques et adéquats pouvaient être pris en charge, et que les soins faisant l'objet du devis soumis par la CLINIQUE DENTAIRE DE GENÈVE ne répondaient pas à cette définition.
18. Le 1^{er} juillet 2010, le bénéficiaire (ci-après le recourant) a interjeté recours contre la décision du SPC (ci-après l'intimé) auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent.
19. Par réponse du 13 juillet 2010, le SPC a conclu au rejet du recours.
20. Une première audience s'est tenue devant le Tribunal cantonal des assurances sociales le 28 septembre 2010.

A cet occasion, le recourant a déclaré souffrir énormément de ses dents, même lorsqu'il respirait.

Le Dr B_____ a exposé que les devis remis au SPC depuis 2006 concernaient des traitements visant à la mise en place de prothèses fixes, soit des implants ou des couronnes. Le devis du 2 février 2010 portait sur 13 couronnes (chiffre 4707) et un pont (chiffre 4712). Le montant de 3'000 fr. correspondait au prix total d'une prothèse amovible pour remplacer les dents manquantes, y compris les radiographies. Les différences entre une prothèse amovible et fixe étaient

surtout liées au confort, la prothèse amovible restant largement utilisée. Le témoin a commenté une radiographie, montrant deux dents manquantes sur la mâchoire inférieure. Il a précisé que les travaux couverts par les devis concernaient l'entier de la mâchoire inférieure, et qu'ils étaient dès lors inutiles. La pose de deux implants coûterait environ 6'000 à 7'000 fr. La mise en place d'une couronne n'était possible que sur une base existante. Quant à un pont (prothèse fixe) entre la prémolaire et la molaire, il coûterait environ 3'500 à 4'000 fr. Le Dr B _____ a encore précisé qu'il n'était pas question de procéder à l'extraction des dents de la mâchoire inférieure, seule l'extraction de la dent de sagesse inférieure droite (dent n°48) en mauvais état ayant été envisagée (code 4201 dans le devis du 2 février 2010).

21. Le Tribunal cantonal des assurances sociales a ordonné l'audition de la Dresse E _____ qui a eu lieu le 2 novembre 2010.

La Dresse E _____ a déclaré être le médecin-dentiste du recourant depuis janvier 2010. Celui-ci souffrait d'abrasion sur la mâchoire supérieure, avec une couche d'émail très réduite. Les douleurs étaient causées par la mise à nu de la dentine, le nerf étant à vif. Le traitement qu'elle conseillait était la couverture de la dent par une couronne métallo-céramique pour remplacer l'émail. Cette couronne pouvait être placée individuellement pour chaque dent ou recouvrir plusieurs dents à la fois lorsque la racine n'était pas suffisamment solide, ou alors en remplaçant une dent manquante par un pont. La solution du pont total avait été proposée pour être en harmonie avec les couronnes de la mâchoire supérieure, afin d'avoir le même matériau en haut et en bas. Il n'y aurait pas de sens à placer une prothèse amovible en remplacement de la dent manquante, parce que cette prothèse devrait tenir avec des crochets sur les deux couronnes voisines, ce qui serait incompatible mécaniquement parlant. Il était impossible de ne pas remplacer une dent manquante, parce que les dents voisines bougeraient. La diminution d'épaisseur de l'émail entraînait un rapprochement des mâchoires, ce qui pouvait avoir des conséquences sur l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) et provoquer des douleurs à long terme. L'alternative était de recouvrir les dents d'une résine composite, mais cette solution ne pouvait être retenue en l'espèce, car le composite n'aurait pas d'émail auquel se raccrocher et serait détruit par le bruxisme. La Dresse E _____ a encore spécifié que le devis de février 2011 devrait peut-être être revu à la hausse, compte tenu du processus d'abrasion se continuant depuis.

22. Dans son rapport du 5 novembre 2010, le Dr B _____ a considéré que les explications fournies par la Dresse E _____ n'engageaient qu'elle, et que le traitement proposé était trop radical. Les sensibilités pourraient être traitées par des soins plus conservateurs et le remplacement de la dent manquante n° 36 n'était pas indispensable à la mastication. Le Dr B _____ a confirmé que le traitement faisant l'objet du devis n'était ni simple, ni économique, et que son adéquation était douteuse.

23. Dans ses déterminations du novembre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant au rapport du Dr B_____.
24. A la demande du Tribunal cantonal des assurances sociales, le Dr B_____ a précisé que le traitement simple et raisonnable dans le cas du recourant consistait en l'extraction de la molaire n°48, l'application en cabinet de produits désensibilisants sur toutes les dents de l'os maxillaire inférieur en trois ou quatre séances, l'application quotidienne par le recourant de gel fluoré pendant trois mois, la dévitalisation éventuelle de quatre à cinq dents antérieures pour éviter les sensibilités et la pose d'obturations en résine composite sur ces dents après les traitements de racine. Ce traitement était impossible à chiffrer de manière très précise mais devrait coûter de 3'500 à 4'000 fr. au maximum.
25. Dans ses observations du 16 novembre 2010, l'intimé a précisé qu'il était disposé à participer financièrement au traitement dentaire décrit par le Dr B_____ dans son rapport.
26. Le recourant s'est également déterminé par courrier du 1^{er} décembre 2010, en soulignant qu'il était nécessaire de dévitaliser toutes les dents du bas car elles étaient toutes dans le même état et toutes douloureuses. Il a également répété qu'une prothèse amovible ne serait d'aucune utilité. Le montant de 3'500 fr. articulé par le Dr B_____ était insuffisant pour le traitement nécessaire. Le recourant a rappelé l'intensité de ses douleurs, qu'il ne supportait plus.
27. Par courrier du 15 décembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a invité la Dresse E_____ à se déterminer sur la proposition du Dr B_____ d'augmenter la prise en charge du traitement à 3'500 ou 4'000 fr.
28. Celle-ci s'est exécutée le 5 janvier 2011. Elle a noté qu'une désensibilisation n'avait qu'un caractère provisoire, qui n'améliorerait pas les douleurs à moyen et long termes. Les dévitalisations ne permettaient pas de remédier à la perte de hauteur en raison du bruxisme, et les risques de fractures dentaires à la suite du traitement étaient plus importants. La pérennité des restaurations par résine composite était au demeurant aléatoire. Le traitement préconisé par le Dr B_____ ne réglerait pas les problèmes liés à l'efficacité masticatoire et la préservation à long terme de la dentition et des articulations temporo-mandibulaires du recourant.
29. Dans son rapport du 24 janvier 2011, le Dr B_____ a maintenu ses propositions, en répétant qu'une prothèse fixe n'était ni simple ni économique. Compte tenu des avis divergents, il a préconisé une expertise complémentaire.
30. Par courrier du 27 janvier 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions et subsidiairement conclu à ce que l'avis de l'OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES (OFAS) soit recueilli.

31. Le 17 février 2011, la Cour de céans a ordonné une expertise (ATAS/187/2011) qu'elle a confiée au Professeur F_____ de la Section de médecine dentaire de l'Université de Genève. Elle a chargé ce médecin-dentiste de se déterminer sur le caractère simple, économique et adéquat des traitements préconisés par la Dresse E_____ et du Dr B_____ et d'indiquer quel traitement répondait à ces critères.
32. Le Professeur F_____ et le Dr G_____, médecins-dentistes, ont adressé leur rapport à la Cour de céans le 31 mai 2011. Ils ont exposé que l'examen du recourant révélait une abrasion généralisée des dents inférieures, dont l'origine était d'une part un bruxisme important, et d'autre part des troubles digestifs avec régurgitation acide et vomissements fréquents, selon le rapport du médecin traitant. La perte de dimension verticale d'occlusion entraînée par l'abrasion pourrait entraîner un trouble des articulations temporo-mandibulaires. L'arcade supérieure du recourant avait été traitée plusieurs années auparavant pour le même problème par dévitalisation des dents et réalisation de couronnes céramo-métalliques solidaires en trois segments et une couronne unitaire sur la dent n°12. Les radiographies montraient une atteinte parodontale majeure des molaires inférieures droites n°47 et n°48 ainsi que des molaires supérieures n°26 et n°27. Les experts ont préconisé l'extraction de ces dents, ainsi que de la dent n°37, qui n'aurait plus de dent antagoniste et ne serait d'aucune utilité pour la mastication. Si l'extraction des dents inférieures et la réalisation d'une prothèse amovible répondaient aux exigences de simplicité et d'économie du traitement, ces soins pouvaient difficilement être considérés comme adéquats en raison du risque d'usure rapide de la prothèse lié au bruxisme ou une fracture de la prothèse. Un traitement par dévitalisation des dents et réalisation de couronnes céramo-métalliques serait plus approprié, et permettrait de résoudre à plus long terme les problèmes évoqués.
33. L'intimé a déposé des observations en date du 22 juin 2011 sur le rapport d'expertise. Il a persisté dans ses conclusions en faisant valoir que les couronnes céramo-métalliques ne constituent que rarement un traitement économique, et que selon les directives, elles ne peuvent être prises en charge que lorsqu'il n'existe aucune autre thérapie possible. En l'espèce, le traitement proposé par le Dr B_____ constituait une alternative au traitement et le remboursement d'un traitement plus onéreux devait donc être exclu.
34. Par courrier du 30 juin 2010, la Cour de céans a sollicité des renseignements complémentaires de l'expert sur la nécessité médicale de procéder à l'extraction des dents telle qu'il l'avait recommandée. Elle lui a également demandé de préciser s'il avait conclu à l'inadéquation de prothèses amovibles en raison des spécificités de la pathologie du recourant ou des risques généraux représentés par de telles prothèses, et enfin de motiver les raisons pour lesquelles un traitement par dévitalisation devait être préféré à une désensibilisation. L'expert a également été prié de prendre

position sur le montant du devis de 3'500 fr. à 4'000 fr. articulé par le Dr B_____.

35. Les Pr F_____ et Dr G_____ ont exposé par courrier du 11 juillet 2011 que l'extraction des molaires supérieures gauches et inférieures droites était indiquée pour des raisons parodontales, liées à la perte osseuse représentant un foyer infectieux chronique. Ce traitement était dès lors médicalement indispensable, et s'avérait de surcroît simple, adéquat et économique dès lors que ces dents ne seraient pas remplacées. Quant aux prothèses amovibles, l'expert a souligné que dans la majorité des cas, elles devaient être remplacées après plusieurs années. Chez un patient bruxomane, la force de mastication entraînait au mieux une usure prématurée des dents prothétiques, mais pouvait aussi conduire à une fracture de la prothèse. Le risque était difficilement quantifiable, mais le recourant présentait un risque plus élevé d'usure prématurée et d'une fracture d'une prothèse amovible en résine. S'agissant du traitement par dévitalisation, l'expert a souligné que l'examen des radiographies montrait que la pulpe dentaire était recouverte d'une couche de dentine par endroits presque imperceptible, et faisait courir un risque de nécrose pulpaire et d'infection dentaire. Les traitements radiculaires avaient pour but de prévenir cette évolution. Quant au devis du Dr B_____, il était suffisant pour le traitement préconisé par ce praticien mais ce traitement était inadéquat.
36. Le recourant s'est déterminé sur les compléments d'information du Pr F_____ et du Dr G_____ par courrier du 21 juillet 2011, en indiquant s'y rallier.
37. Le Dr B_____, dans un avis du 25 juillet 2011, a adhéré aux explications de l'expert s'agissant de l'extraction des dents. Il a considéré que la question des prothèses amovibles devenait sans objet puisque les dents manquantes ne seraient pas remplacées. Sur la nécessité de procéder à une dévitalisation, il considérait que les experts abondaient dans son sens. Ce médecin-dentiste a ajouté que seuls les traitements simples et économiques pouvaient être remboursés, sans qu'il soit nécessaire de se prononcer sur leur adéquation. Il a précisé qu'un nouveau plan de traitement et un nouveau devis devraient être soumis à l'intimé, quelle que soit la l'issue du litige.
38. Dans ses observations du 27 juillet 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il se réfère à l'avis du Dr B_____ et allègue que les experts vont dans le même sens que son médecin-conseil.
39. Copie de cette écriture a été transmise au recourant par pli du 24 juin 2011.
40. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006.

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. a) En matière de prestations complémentaires fédérales, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1er LPGA; art. 9 de la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité [LPFC; RSG J 7 10]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA).

b) S'agissant des prestations complémentaires cantonales, l'art. 43 de la loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 25 octobre 1968 (LPCC ; RSG J 7 15) ouvre les mêmes voies de droit.

c) En l'espèce, le recours a été adressé dans les forme et délai légaux (art. 56ss LPGA), de sorte qu'il est recevable.

3. Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPCC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [LPC; 831.30]).

Il en va de même en matière de prestations complémentaires cantonales (cf. art. 1A let. b LPCC).

4. Le litige porte sur la prise en charge du traitement dentaire du recourant, notamment s'agissant de la dévitalisation des dents et de la réalisation de couronnes céramo-métalliques.

5. Aux termes de l'art. 14 al. 1 let. 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. 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 (al. 2). Les cantons peuvent fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Par année, ceux-ci ne peuvent être toutefois être inférieurs à 25'000 fr. pour les personnes seules ou les conjoints de personnes vivant dans un home ou un hôpital.

L'art. 2 al. 1 let. c de la loi LPFC délègue au Conseil d'État la compétence de déterminer les frais de maladie et d'invalidité qui peuvent être remboursés, en application de l'art. 14 al. 1 et 2 LPC, qui répondent aux règles suivantes: les montants maximaux remboursés correspondent aux montants figurant à l'article 14, alinéa 3, de la loi fédérale (ch. 1), et les remboursements sont limités aux dépenses nécessaires dans le cadre d'une fourniture économique et adéquate des prestations (ch. 2). Le Conseil d'État a fait usage de cette compétence en édictant le règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (RFMPC; RG J 7 10.05), entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Il sied de relever que la LPC a été totalement révisée dans le cadre de la loi concernant l'adoption et la modification d'actes dans le cadre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) et que c'est à cette occasion que la compétence de définir les frais de maladie et d'invalidité qui, dans les limites du droit fédéral, peuvent être remboursés, a été transférée aux cantons (Message du Conseil fédéral du 7 septembre 2005 sur la législation d'exécution concernant la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) [FF 2005 5641 p. 5839]). Ces frais étaient jusqu'alors déterminés par les dispositions de l'ordonnance du Conseil fédéral du 29 décembre 1997 relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPC), abrogée par la RPT. Cependant, selon les dispositions transitoires de la LPC (art. 34), les art. 3 à 18 de l'OMPC dans sa version en vigueur au 31 décembre 2007 restaient applicables par analogie, pour une durée maximale de trois ans dès le 1^{er} janvier 2008, tant que les cantons n'avaient pas défini les frais susceptibles d'être remboursés au sens de l'art. 14. al. 1 LPC.

Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF I 648/06 du 8 août 2007, consid. 3), la légalité de la décision litigieuse doit être examinée à l'aune des dispositions de l'OMPC, applicables par analogie au moment où dite décision a été rendue.

Aux termes de l'art. 8 OMPC, les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. (al. 1, première phrase). 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 (al. 2). Si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire inclus) risque, selon toute vraisemblance, de dépasser 3'000 francs, un devis doit être adressé à l'organe d'exécution en matière de PC avant le début du traitement. 3'000 francs au plus seront remboursés si un traitement d'un coût supérieur à ce montant a été effectué sans approbation préalable du devis (al. 3). Les devis et factures à présenter doivent être conformes aux positions tarifaires du tarif AA/AM/AI (al. 4). Cette disposition de l'ordonnance doit être interprétée en ce sens qu'elle fonde une présomption que le traitement d'un coût supérieur à 3'000 francs pour lequel aucun devis n'a été adressé à l'organe d'exécution ne constitue pas un traitement simple, économique et adéquat. L'assuré peut toutefois renverser cette présomption en apportant la preuve du contraire (ATF P 9/06 du 2 février 2007, consid. 2).

L'OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES (OFAS) a édicté des directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC). Dans leur teneur au 1^{er} janvier 2007, ces directives prévoyaient à leur annexe IV (Directives sur le remboursement des frais de traitement dentaire en matière de PC) qu'en règle générale, il y a lieu de prévoir des prothèses partielles en métal. En cas de nécessité, par exemple lorsque la rétention est insuffisante, peuvent entrer en ligne de compte, également en règle générale, un couronnement des dents d'ancrage par des couronnes complètes coulées dans la zone des dents latérales ou des coiffes à tenon radiculaire avec éléments de rétention dans la zone des dents antérieures. Les bridges céramo-métalliques ne sont pris en charge dans le cadre des prestations complémentaires que s'il n'existe aucune autre thérapie possible. Il y a alors lieu d'en justifier la nécessité en produisant une documentation adéquate. Il en va de même pour les implants. De manière générale, il importe lors de la planification, de tenir compte de l'attitude qu'on est en droit d'attendre de la part du patient à l'égard de la prophylaxie. Lorsqu'il y a le choix entre deux mesures thérapeutiques, il faut, en général, opter pour celle qui sera la moins coûteuse. Cette directive n'a pas été remise en cause par le Tribunal fédéral (ATF 8C_609/2008 du 18 février 2009, consid. 4.2).

6. D'après une jurisprudence constante, 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, si 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 aient fait l'objet d'une étude

circonscrite, 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. 3 et les références).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286, consid. 1b).

7. En l'espèce, conformément à la jurisprudence rappelée plus haut, il n'y a pas de motif de s'écarter de l'expertise réalisée par le Pr F_____ et du Dr G_____. Si leur rapport est bref, il se détermine clairement et de manière convaincante sur les raisons pour lesquelles un traitement par couronnes céramo-métalliques et dévitalisation doit être préféré au traitement certes moins onéreux préconisé par le Dr B_____. En effet, la pose d'implants en résine composite et la simple désensibilisation des dents ne sont en l'espèce pas indiquées, compte tenu du bruxisme dont souffre le recourant. De l'avis des experts et de la Dresse DA E_____, un tel traitement ne permettrait en outre pas de résoudre à terme les problèmes du recourant. Il faut à cet égard souligner qu'à la lecture des explications des experts, on peut douter du caractère économique à moyen ou long terme du traitement proposé par le médecin-dentiste conseil de l'intimé puisque les couronnes partielles devraient vraisemblablement être renouvelées à relativement brève échéance. Par ailleurs, l'avis du Dr B_____ du 25 juillet 2011 - auquel l'intimé se réfère dans ses déterminations - est manifestement erroné lorsqu'il indique que le critère d'adéquation d'un traitement n'est pas un paramètre à prendre en compte dans l'examen du droit à la prise en charge. En effet, tant l'art. 14 al. 1 let. a LPC que l'art. 8 OMPC prévoient expressément que les traitements dont le remboursement est sollicité doivent répondre à cette exigence. Le caractère adéquat d'un traitement signifie que les soins envisagés sont nécessaires et appropriés pour supprimer une atteinte à la santé ou enrayer ses effets. Il s'agit-là d'une condition *sine qua non* au remboursement d'un traitement, contrairement à ce qu'allègue

l'intimé. A défaut, même des traitements sans aucune indication thérapeutique devraient être remboursés s'ils satisfont aux critères d'économicité et de simplicité. En l'occurrence, dès lors que le Dr B_____ semble admettre, dans son avis du 25 juillet 2011, qu'il a examiné les seuls points de savoir si le traitement était simple et économique, son avis ne peut être suivi puisqu'il ne tient pas compte de tous les critères légaux pertinents. En revanche, c'est en prenant en considération l'exigence d'adéquation que les experts, à l'instar de la Dresse DA E_____, sont parvenus à la conclusion que la dévitalisation et la pose de prothèses céramo-métalliques constituent le seul traitement adéquat, eu égard aux troubles spécifiques du recourant. Dans ces conditions, conformément aux directives de l'OFAS, la pose de couronnes céramo-métalliques peut être prise en charge dans les limites des montants prévus à l'art. 14 al. 3 LPC.

Partant, le type de traitement décrit par les experts doit être remboursé par l'intimé au tarif applicable et dans les limites relatives au montant annuel maximal. Si des soins plus étendus sont nécessaires en raison de la possible dégradation de la dentition du recourant, il appartiendra au recourant de soumettre à l'intimé un nouveau devis pour la partie qui dépasse le traitement préconisé par le Pr F_____ et le Dr G_____. En effet, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 248, consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287, consid. 4).

8. Eu égard aux considérants qui précèdent, le recours est admis dans le sens des considérants et les décisions de l'intimé du 14 avril et du 11 juin 2010 annulées.

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet au sens des considérants.
3. Annule les décisions de l'intimé du 14 avril et du 11 juin 2010.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-
WANGELER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le