

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2409/2017

ATAS/290/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 avril 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES, sis route
de Chêne 54, GENÈVE

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1934, est marié à Madame A_____ (ci-après : l'épouse), née en 1943. Depuis plusieurs années, il perçoit des prestations complémentaires à l'AVS, y compris un subside pour la prime à l'assurance-maladie.
2. Le 24 octobre 2016, l'assuré a transmis au service cantonal des prestations complémentaires (ci-après : le SPC ou l'intimé) un devis du 7 octobre 2016 avec radiographies établi par le docteur B_____, médecin-dentiste, d'un montant de CHF 5'316.- pour le traitement dentaire de son épouse, soit CHF 3'597.60 d'honoraires et CHF 1'718.40 de fournitures. Selon le questionnaire pour soins dentaires, l'état actuel de la denture montrait que les dents 21 et 22 avaient été restaurées au moyen de deux couronnes céramo-métalliques et qu'il existait des caries sous la marge des couronnes. D'après le schéma descriptif du traitement envisagé, il s'agissait de remplacer les deux couronnes défectueuses après traitement endodontique et confectionner deux moignons artificiels coulés directement.
3. Par courrier du 10 novembre 2016, le SPC a informé l'assuré qu'il soumettait le devis à son expert, le docteur C_____, dentiste-conseil.
4. Dans son rapport du 16 décembre 2016, le Dr C_____ a indiqué que le plan de traitement devait être modifié et qu'une valeur maximale était acceptée à raison de CHF 2'000.-.
5. Par décision du 1^{er} février 2017, le SPC a informé l'assuré qu'au vu de la réponse de son expert du 16 décembre 2016, il pouvait lui accorder une participation aux frais de traitement dentaire de son épouse à concurrence de CHF 2'000.- au maximum.
6. Le 21 février 2017, l'assuré a formé opposition à ladite décision, au motif qu'il n'avait pas reçu une copie de la prise de position de l'expert, de sorte qu'il ne lui était pas possible de savoir à quoi correspondait la différence qui n'était pas prise en charge. Le cas échéant, il retirerait son opposition s'il pouvait se rallier aux explications de l'expert. Il a demandé au SPC de lui transmettre une copie du rapport de l'expert.
7. Le 10 mars 2017, le SPC a demandé au Dr C_____ de lui transmettre un rapport d'expertise complet.
8. Dans son rapport du 20 mars 2017, le Dr C_____ a expliqué que le devis du Dr B_____ consistait à remplacer deux couronnes existantes sur les dents 21 et 22, après avoir effectué un traitement de racine. Après examen de la bénéficiaire et des radiographies, il constatait qu'un traitement plus simple consisterait à déposer les deux couronnes, effectuer les traitements de racine et resceller les deux mêmes couronnes, ceci pour une somme de CHF 2'000.- en étant large. On pourrait même

encore le simplifier en traitant les racines à travers les couronnes, donc sans les desceller, ce qui reviendrait encore moins cher.

9. Par décision sur opposition du 3 mai 2017, le SPC a rejeté l'opposition. Il a repris les motifs développés par le Dr C_____ dans son rapport du 20 mars 2017 en précisant qu'il existerait un traitement plus simple et moins coûteux qui consisterait à traiter les racines à travers les couronnes.
10. Par acte du 31 mai 2017, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 3 mai 2017. Il a conclu, préalablement, à la désignation d'un expert-dentiste et, principalement, au renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a fait grief à l'intimé de s'être focalisé sur l'aspect économique du traitement sans examiner s'il était adéquat et approprié. Les radiographies à disposition ne permettaient pas d'examiner complètement l'état dentaire sous la couronne 22. Il n'était possible d'avoir une anamnèse complète qu'en enlevant les couronnes. Par conséquent, le rapport d'expertise était incomplet. Le Dr B_____ avait refusé d'effectuer le traitement préconisé par l'intimé qui garantissait très peu de chances de succès thérapeutique et risquait de provoquer une cassure, ainsi qu'une fragilisation des dents. Aucun des médecins-dentistes contactés n'avait accepté le traitement préconisé par l'intimé. Selon un devis du 17 mai 2017, soumis à l'intimé, la docteure D_____, médecin-dentiste, préconisait l'extraction de la dent 22 et la réalisation d'un pont, soit un traitement devisé à CHF 4'900.40. Par conséquent, elle excluait implicitement les solutions préconisées par le Dr B_____ et l'intimé. En d'autres termes, plusieurs médecins-dentistes avaient une vision différente de celle du dentiste-conseil de l'intimé sur le meilleur traitement pour la même problématique, compte tenu des risques existants. Le recourant a exposé que son fils avait téléphoné au cabinet du Dr C_____ et avait demandé s'il était possible de traiter une racine en enlevant la couronne et en la rescellant. On lui avait répondu que la couronne était « conçue pour du sur mesure » et que le fait de l'enlever et la resceller ne permettait pas de garantir l'efficacité du traitement tant à court terme qu'à long terme. Selon les radiographies dont le Dr C_____ avait eu connaissance, les dents 21 et 22 étaient collées ensemble, de sorte que si on enlevait une couronne à une de ces dents, il fallait obligatoirement le faire à l'autre dent. Tous les dentistes contactés refusaient de confirmer par écrit le caractère inadéquat des mesures proposées par le dentiste-conseil, de sorte qu'on ne pouvait pas reprocher au recourant de ne pas pouvoir démontrer ledit refus. La décision litigieuse était intervenue environ sept mois après le premier devis, de sorte que l'état dentaire de son épouse n'était plus le même. Au vu de cette évolution, la situation médicale n'était pas claire, de sorte qu'il convenait de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et permettre à l'intimé de se prononcer sur un état dentaire récent. Il existait de sérieux indices permettant de remettre en cause tant la fiabilité des deux devis que le succès thérapeutique défendu par le dentiste-conseil vu les refus répétés des cabinets de suivre ses « solutions », ce qui permettait de douter de la valeur probante de son rapport d'expertise. Le recourant a

également fait grief à l'intimé de ne pas lui avoir permis de s'exprimer sur le rapport d'expertise du Dr C_____, violation qui pouvait être guérie si l'intimé produisait cette pièce dans la procédure et qu'il pût déposer des observations le cas échéant.

Le recourant a produit dans la procédure, notamment le devis de la Dresse D_____ du 17 mai 2017 estimant ses honoraires à CHF 4'104.40 et les frais de laboratoire à CHF 796.-, ainsi qu'une attestation sur l'honneur de son fils par laquelle il résumait son entretien téléphonique du 18 mai 2017 avec le cabinet du Dr C_____, d'une durée de deux minutes vingt-huit secondes.

11. Dans sa réponse du 13 juillet 2017, l'intimé a conclu, principalement, au rejet du recours et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il a confirmé sa position en renvoyant aux motifs indiqués par le Dr C_____ dans son courrier du 3 juillet 2017.

Il a produit dans la procédure son dossier, notamment le rapport du Dr C_____ du 3 juillet 2017 se prononçant sur le recours et les pièces produites par le recourant. Selon le dentiste-conseil, le téléphone du fils du recourant au cabinet ne pouvait qu'entraîner une réponse vague et générale, en l'absence d'un examen de la patiente et des radiographies. Le rôle du dentiste-conseil en matière de prestations complémentaires consistait à déterminer dans quelle mesure le traitement proposé était simple et économique. Une prise en charge devait se limiter au traitement de base à ce moment-là et le paiement d'un traitement plus élaboré incombait au patient. Dans le cas de l'épouse du recourant, le Dr B_____ proposait un plan de traitement très complet, techniquement correct, mais qui ne pouvait pas être qualifié de simple et économique. Le devis de la Dresse D_____ mentionnait un autre type de traitement, à savoir l'extraction de la dent 22 et la pose d'un pont fixe céramo-métallique 21-23 à base d'un alliage non précieux, très bon marché et peu utilisé en Suisse, d'où un prix de laboratoire bas. Ce devis concernait également des soins sur les dents 17, 14 et 25 qui ne faisaient pas partie de l'objet du litige. Ce traitement ne pouvait pas être qualifié de simple et économique. De plus, il ne pouvait pas être pris en charge par le SPC s'agissant d'une reconstitution prothétique fixe, hors nomenclature. Il y avait actuellement deux propositions, toutes deux en partie inacceptables pour le SPC. Personnellement, le Dr C_____ en ajoutait deux autres plus raisonnables, à savoir un traitement de racine de la dent 22 à travers la couronne existante si cette dent présentait des symptômes douloureux et infectieux. Si dans un délai de six à huit mois, tout était rentré dans l'ordre, un traitement prothétique pourrait être envisagé. Si tel n'était pas le cas, le plus raisonnable était de surveiller la situation, avec contrôles réguliers et radiographies, en temporisant. Il était d'accord avec la conclusion du recourant quant à la mise en œuvre d'une expertise actualisée et réalisée par un expert nommé par l'intimé ou la chambre de céans.

12. Dans sa réplique du 27 juillet 2017, le recourant a observé que l'intimé n'avait pas transmis au Dr C_____ le CD contenant les radiographies du 17 mai 2017 que la

Dresse D_____ avait envoyé à l'intimé, de sorte que celui-ci avait empêché le dentiste-conseil de se prononcer sur l'évolution entre le 7 octobre 2016 et le 17 mai 2017. Or, il résultait de ces radiographies, une péjoration de l'état dentaire de son épouse, notamment de la dent 22 dont l'espace avec la dent 21 s'était fortement réduit puisque la dent 22 touchait quasiment la dent 21 et nettement le bas de la dent 23. La prise de position du dentiste-conseil démontrait une apparence de prévention. Ce dernier ne confirmait pas expressément si l'enlèvement et le rescellement des couronnes ne comportait aucun risque de cassure dans le cas de son épouse. Par conséquent, son silence pouvait être considéré comme un aveu du risque important présumé d'un échec thérapeutique. La question de savoir si son avis était probant pouvait rester ouverte puisque, selon le registre des professions médicales, le Dr C_____ n'était plus en activité depuis 2016, respectivement ne remplissait plus les conditions pour exercer la fonction de médecin-conseil. Par ailleurs, il se contentait de nier le caractère simple et économique des traitements devisés, sans motiver ses conclusions. Si un expert neutre confirmait la nécessité d'extraire la dent 22, cela réglerait toute discussion sur les solutions inexécutables, pour ne pas dire irréalistes, préconisées par le Dr C_____. Au vu des circonstances nouvelles consécutives à la production du dossier de l'intimé, le recourant a requis de la chambre de céans la mise en œuvre d'une expertise. À son avis, il n'était pas souhaitable de renvoyer la cause à l'intimé car celui-ci allait demander un avis à son autre dentiste-conseil, le docteur E_____, qui exerçait dans le même immeuble que le Dr C_____ et qui n'avait pas de droit de pratique. Il a retiré son grief quant à une violation de son droit d'être entendu. Pour le surplus, il a confirmé ses conclusions précédentes.

13. Dans sa duplique du 19 septembre 2017, l'intimé a exposé qu'il n'avait jamais reçu les CD mentionnés par le recourant et n'avait, par conséquent, pas pu les transférer au Dr C_____. Ce dernier n'avait eu à disposition que les trois radiographies standard imprimées sur papier qui montraient les côtés supérieur et inférieur de la bouche, ainsi que les couronnes sur la partie antérieure. Le devis du 17 mai 2017 semblait rendre caduc celui du 7 octobre 2016. Par conséquent, après avoir consulté le Dr C_____, l'intimé a confirmé que le devis préconisant un traitement avec pose d'un pont (prothèse fixe) ne pouvait pas être qualifié de simple, économique et adéquat. En revanche, il acceptait de prendre en charge les soins sur les dents 17 et 25, l'extraction des dents 22, 21 et 14, ainsi que la pose d'une prothèse amovible de type stellite pour remplacer les dents manquantes 26, 22, 21 et 14, dont le coût reviendrait à CHF 3'500.- au maximum, frais de laboratoire compris. En tant que de besoin, il ne s'opposait pas à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et proposait de la confier au docteur F_____, médecin-dentiste.
14. Dans son écriture du 13 octobre 2017, le recourant a admis que l'intimé n'avait pas reçu le CD de radiographies dentaires. Par décision du 9 octobre 2017, l'intimé s'était prononcé sur tous les soins préconisés par le deuxième devis et avait accepté une prise en charge à hauteur de CHF 3'500.-. La décision sur opposition du 3 mai

2017 n'étant pas entrée en force, il était prématuré de la part de l'intimé de faire allusion à la caducité du premier devis qu'il souhaitait lui-même faire contrôler par un expert indépendant. L'existence d'une deuxième décision concernant le deuxième devis établissait que le recours n'avait perdu aucun intérêt actuel, sinon l'intimé aurait procédé par voie de reconsidération. Il ne pouvait pas se prononcer sur le montant de CHF 3'500.- admis par l'intimé en l'absence d'explications quant au calcul dudit montant. Sur ce point, il s'en rapportait à justice en l'état du dossier. Il était important de connaître l'avis d'un expert indépendant afin de savoir quel était le traitement le plus adéquat et s'il préconisait un autre traitement au vu de l'état dentaire actuel de son épouse. Il s'opposait à la nomination du Dr F _____ comme expert, au motif qu'il n'avait pas été proposé par tirage au sort.

Le recourant a produit dans la procédure la décision de l'intimé du 9 octobre 2017 faisant référence à la réponse de son expert du 8 août 2017 et accordant au recourant une participation aux frais de traitement dentaire de son épouse à concurrence de CHF 3'500.- au maximum.

15. Le 16 octobre 2017, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimé et, sur quoi, a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît 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 (LPC - RS 831.30). Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25).

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

2. Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). En matière de prestations complémentaires cantonales, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie en cas de silence de la législation cantonale (art. 1A LPCC).
3. La LPC et la LPCC ont connu des modifications concernant le montant des revenus déterminants, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2015. En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances

U 18/07 du 7 février 2008 consid. 1.2). Au vu des faits déterminants, le droit aux prestations complémentaires se détermine selon le droit en vigueur dès le 1^{er} janvier 2015 (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; ATF 127 V 466 consid. 1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_935/2010 du 18 février 2011 consid. 2).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10] et art. 43 LPCC). Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B LPA-GE).
5. S'agissant de la qualité pour recourir du recourant concernant les frais de traitement dentaire de son épouse, le seul fait que celle-ci ait signé la demande en qualité de conjoint ne suffit pas pour en faire une bénéficiaire de prestations complémentaires (titulaire d'un droit propre ou autonome; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2016 du 25 janvier 2017 consid. 3.2). On ajoutera que le fait qu'elle ait joué un rôle dans le calcul des prestations n'y change rien (arrêt du Tribunal fédéral 9C_638/2014 du 13 août 2015 consid. 6.1). Bénéficiaire d'une rente de vieillesse de l'AVS, elle a, en principe, un droit propre aux prestations complémentaires (art. 4 al. 1 let. a LPC). Toutefois, elle n'en est pas pour autant la bénéficiaire directe de celles-ci, le recourant ayant déposé la demande de prestations pour lui-même.

Aux termes de l'art. 60 al. 1 LPA-GE, ont qualité pour recourir notamment les parties à la procédure qui a abouti à la décision attaquée (let. a) et toute personne qui est touchée directement par une décision et a un intérêt personnel digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (let. b).

En l'espèce, étant destinataire de la décision attaquée et ayant droit aux prestations complémentaires puisqu'il perçoit une rente de vieillesse de l'AVS, le recourant est partie à la procédure, de sorte qu'il possède la qualité pour agir.

6. En revanche, le droit de pouvoir annoncer le cas à l'assurance appartient, par analogie avec l'art. 67 al. 1 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS - RS 831.101), à l'ayant droit ou, agissant en son nom, à son représentant légal, à son conjoint, à ses parents ou grands-parents, à ses enfants ou petits-enfants, à ses frères et sœurs, ainsi qu'au tiers ou à l'autorité pouvant exiger le versement de la rente (art. 20 al. 1 2^{ème} phrase, de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI - RS 831.301; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2016 du 25 janvier 2017 consid. 3.2).

Par conséquent, c'est à juste titre que le recourant a recouru contre la décision concernant la prise en charge des frais dentaires de son épouse.

7. a. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées).

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1).

Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références; arrêts du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.3 [SVR 2012 IV n° 35 p. 136] et 9C_636/2014 du 10 novembre 2014 consid. 3.1).

b. En l'espèce, dans sa décision du 1^{er} février 2017 et sa décision sur opposition du 3 mai 2017 – qui déterminent l'objet de la contestation –, l'intimé a statué sur la prise en charge du devis établi le 7 octobre 2016 par le Dr B_____ concernant le traitement des dents 21 et 22 de l'épouse du recourant. Dans son écriture du 13 octobre 2017, le recourant s'en rapporte à justice sur le montant de CHF 3'500.- admis par l'intimé dans sa décision du 9 octobre 2017 au sujet du devis établi le 17 mai 2017 par la Dresse D_____ concernant le traitement des dents 14, 17, 21, 22, 25 et 26 de son épouse.

Étant donné que le devis du 17 mai 2017 concerne bien les dents 21 et 22, tout comme la décision dont est recours, mais également des dents supplémentaires, soit les dents 25, 17 et 14, il présente un état de fait commun avec la décision litigieuse. De plus, l'intimé a statué par décision du 9 octobre 2017 sur le devis de la Dresse D_____, sans que l'on ne sache, toutefois, si cette décision a fait l'objet d'une opposition, respectivement est entrée en force. Par conséquent, les conditions

pour une extension de la procédure au traitement des dents 25, 17 et 14 ne sont pas réalisées.

8. Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale; art. 53 al. 1 LPGA). L'assureur peut également revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération; art. 53 al. 2 LPGA). Indépendamment de ces conditions, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (art. 53 al. 3 LPGA). Cette disposition légale règle le cas particulier de la reconsidération « pendente lite » d'une décision ou d'une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb; ZBJV 140/2004 p. 751; arrêt du Tribunal fédéral 8C_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3).

Par ailleurs, en vertu de l'art. 67 LPA-GE, dès le dépôt du recours, le pouvoir de traiter l'affaire qui en est l'objet passe à l'autorité de recours (al. 1) et l'administration peut, en cours de procédure, reconsidérer ou retirer sa décision pour autant qu'elle notifie, sans délai, sa nouvelle décision aux parties et en donne connaissance à l'autorité de recours (al. 2). Toutefois, l'autorité de recours continue à traiter le recours dans la mesure où la nouvelle décision ne l'a pas rendu sans objet (al. 3).

La décision prise « pendente lite » ne met donc fin au litige que dans la mesure où elle correspond aux conclusions du recourant. Le litige subsiste dans la mesure où la nouvelle décision ne règle pas toutes les questions à satisfaction du recourant; l'autorité saisie doit alors entrer en matière sur le recours dans la mesure où l'intéressé n'a pas obtenu satisfaction, sans que celui-ci doive attaquer le nouvel acte administratif (ATF 113 V 237).

9. En l'espèce, dans sa duplique du 19 septembre 2017, l'intimé expose que le devis du 17 mai 2017 semble rendre caduc celui du 7 octobre 2016. S'agissant du traitement devisé le 17 mai 2017, il accepte de prendre en charge les soins sur les dents 17 et 25, l'extraction des dents 22, 21 et 14, ainsi que la pose d'une prothèse amovible de type stellite pour remplacer les dents 26, 22, 21 et 14, à concurrence maximale de CHF 3'500.-. Il a formalisé son accord par décision du 9 octobre 2017.

Ainsi que toutes les parties en conviennent, de même que le Dr C_____, l'établissement du devis du 17 mai 2017 a modifié la situation médicale prévalant à la date de la décision dont est recours, de sorte que les rapports médicaux à disposition nécessitent d'être actualisés. D'un autre côté, étant donné que jusqu'à son préavis du 13 juillet 2017, l'intimé n'a pas annulé sa décision et que par la

suite, par sa décision du 9 octobre 2017, il n'a pas davantage annulé la décision litigieuse, la chambre de céans doit statuer sur le présent recours. À relever que, dans la mesure où le recourant a demandé un devis à la Dresse D_____, qui propose un traitement concernant les dents 25, 22, 21, 17 et 14, soit un traitement plus étendu que celui faisant l'objet de la présente procédure, il aurait pu retirer sa demande de prise en charge du devis du Dr B_____, qui ne semble plus d'actualité sur le plan médical.

En définitive, le litige porte sur la prise en charge par l'intimé du traitement dentaire de l'épouse du recourant concernant les dents 21 et 22 à concurrence de CHF 2'000.-.

10. Selon l'art. 14 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle certains frais de maladie et d'invalidité de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis, notamment les frais de traitement dentaire (al. 1 let. a). 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 50'000 fr. pour un couple (al. 3 let. a. chiffre 2).

Sur le plan cantonal, l'art. 2 al. 1 let. c de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 14 octobre 1965 (LPFC - J 4 20) 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 du 15 décembre 2010 (RFMPC; J 4 20.04).

L'art. 10 RFMPC dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 - ici déterminante - dispose que les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. Les alinéas 3 et 4 sont réservés (al. 1). Si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire de technique dentaire inclus) risque, selon toute vraisemblance, de dépasser 3 000 F, un devis doit être adressé au service avant le début du traitement (al. 3). Si le coût d'un traitement dentaire s'est élevé à plus de 3 000 F sans approbation préalable du devis, le montant maximal du remboursement se limite en principe à ce montant. Il

peut exceptionnellement dépasser ce montant si le bénéficiaire démontre a posteriori que le remboursement sollicité correspond à un traitement simple, économique et adéquat (al. 4).

11. Selon 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). 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 139 V 135 consid. 4.4.2; ATF 125 V 95 consid. 4a).

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 - le rétablissement de la fonction masticatoire - en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais du traitement le plus onéreux (cf. ATF 124 V 196 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_621/2012 du 3 avril 2013 consid. 5.1).

La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 95 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 279; arrêt du Tribunal fédéral 9C_912/2010 du 31 octobre 2011 consid. 3.2).

Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3; ATF 124 V 196 consid. 4).

12. Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351

consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

13. Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 3.2).

14. En l'espèce, contrairement à ce qu'affirme le recourant, le bénéficiaire de prestations complémentaires n'a pas droit au meilleur traitement, mais au traitement simple et adéquat le meilleur marché. Pour permettre à la chambre de céans de vérifier si les critères d'adéquation, d'économicité et de simplicité sont réalisés, le rapport du dentiste-conseil doit indiquer les coûts et bénéfices respectifs des traitements envisagés en tenant compte des risques qui leur sont liés.

Contrairement à ce que soutient le Dr C_____ dans son rapport du 3 juillet 2017, le rôle du dentiste-conseil de l'intimé ne se résume pas à vérifier si le traitement proposé est simple et économique, mais également à procéder à cet examen en tenant compte d'un plan de traitement adéquat. Or, dans son rapport du 20 mars 2017, le Dr C_____ n'explique pas en quoi le traitement devisé par le Dr B_____ ne respecte pas le critère de l'économicité du traitement, respectivement si le traitement plus simple qu'il préconise permet le rétablissement de la fonction masticatoire sans risques supplémentaires par rapport au traitement devisé. Plus particulièrement, il ne procède pas à une balance détaillée entre coûts, bénéfices et risques de chacune des alternatives thérapeutiques permettant à la chambre de céans de vérifier que plusieurs traitements efficaces et appropriés entrent en ligne de

compte pour garantir le rétablissement de la fonction dentaire et que le traitement le plus économique est proposé. De plus, il ne répond pas aux critiques du recourant quant aux risques de cassure et de fragilisation des dents séquellaires au traitement qu'il préconise. Par conséquent, son rapport est incomplet et insuffisamment étayé pour que la chambre de céans puisse statuer en pleine connaissance de cause sur le droit de l'épouse du recourant à la prise en charge du traitement proposé par le Dr B _____. Dès lors, il n'a pas de valeur probante.

De plus, depuis le devis du 7 octobre 2016, l'état de santé de l'épouse du recourant s'est aggravé puisque le devis établi le 17 mai 2017 par la Dresse D _____ préconise l'extraction de la dent 22 et, en plus, le traitement des dents 14, 17 et 25. Même si ledit devis a été établi quelques jours après la décision dont est recours, il tient compte de faits qui se sont produits avant la date de ladite décision, puisque l'état de santé de l'épouse du recourant ne s'est pas aggravé du jour au lendemain. Par conséquent, il y a lieu de le prendre en considération pour apprécier la légalité de la décision litigieuse. Au vu de cette situation évolutive, il n'existe au dossier aucun rapport médical actuel et détaillé exposant l'état de la dentition de l'épouse du recourant, respectivement permettant à la chambre de céans de statuer en pleine connaissance de cause sur le traitement devisé par le Dr B _____ et sur l'appréciation du Dr C _____, alors que ceux-ci ne semblent plus d'actualité.

15. a. L'administration doit éclaircir l'état de fait déterminant avant de rendre sa décision et ne peut pas renvoyer cette tâche à la procédure d'opposition. Sont réservées les mesures d'instruction complémentaires qui découlent des objections contenues dans l'opposition. Il y a lieu de distinguer l'éclaircissement de l'état de fait et le respect du droit d'être entendu. L'audition des parties, qui est un aspect du droit d'être entendu, n'est pas nécessaire dans la procédure d'instruction avant les décisions susceptibles d'être attaquées par la voie de l'opposition. La LPGA contient à ce sujet une réglementation exhaustive (ATF 132 V 368 consid. 6).
- b. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assureur ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence,

notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

c. En l'espèce, force est de constater que, faute pour le Dr C_____ d'expliquer les coûts, les bénéfices et les risques de chacune des alternatives thérapeutiques en question, la chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires pour statuer. Par ailleurs, toutes les parties à la procédure, de même du reste que le Dr C_____, conviennent que la situation médicale actuelle n'est ni claire, ni actualisée et qu'il y a lieu de procéder à un complément d'instruction, voire de mettre en œuvre une expertise dentaire auprès d'un spécialiste.

Par conséquent, au vu des compléments nécessaires, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur ces questions et, si nécessaire, pour mise en œuvre d'une expertise dentaire auprès d'un expert indépendant désigné en respectant la procédure prévue par l'art. 44 LPGA.

16. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision de l'intimé du 3 mai 2017 annulée.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet au sens des considérants et annule la décision du 3 mai 2017.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
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 (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

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