



POUVOIR JUDICIAIRE

A/686/2019

ATAS/1102/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 novembre 2019**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, représenté par Madame I\_\_\_\_\_ recourant

contre

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

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseures**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : le bénéficiaire ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1969, marié, souffre de plusieurs maladies psychiques graves et de crises d'épilepsie. Au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité et d'une allocation pour impotent, il perçoit des prestations complémentaires, versées par le service des prestations complémentaires (ci-après : le SPC ou l'intimé).
2. Dans un arrêt du 17 décembre 2008 (ATAS/1487/2008), rendu en matière d'assurance-maladie, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : le TCAS), jadis compétent, a considéré que les lésions dentaires dont souffrait le bénéficiaire avaient vraisemblablement été provoquées par la prise, durant plusieurs années, d'une combinaison de médicaments psychotropes. Par ailleurs, le bénéficiaire souffrait de crises d'épilepsie et de sécheresse buccale, ce qui diminuait l'adhérence d'une éventuelle prothèse dentaire, d'où un risque d'étouffement par avalement de celle-ci lors de crises convulsives, ce qui s'était notamment produit en 2004. En conséquence, un traitement par implants dentaires se révélait efficace, adéquat et économique et devait être pris en charge par l'assureur-maladie. Le fait que ce traitement avait été prodigué en France n'y changeait rien, car l'assureur avait manqué à son devoir de conseils en omettant d'attirer l'attention du bénéficiaire sur le fait que les conditions pour une prise en charge du traitement à l'étranger n'étaient pas réalisées. Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral (arrêt 9C\_97/2009 du 14 octobre 2009), sous réserve de la question du paiement par l'assureur de traitements antérieurs au 18 octobre 2016.
3. Dans un autre arrêt rendu le 3 décembre 2015 (ATAS/929/2015), également dans le cadre d'une procédure en matière d'assurance-maladie, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) a jugé qu'une prothèse amovible bilatérale, préconisée par le dentiste-conseil de l'assureur-maladie, constituait un traitement approprié et efficace, permettant de rétablir la fonction masticatoire. Le bénéficiaire ne pouvait donc pas exiger de son assureur-maladie qu'il prenne en charge la réalisation d'un traitement par implants endo-osseux, dont les coûts étaient plus de quatre fois supérieurs. En effet, le médecin-conseil de l'assureur-maladie avait exposé que si des prothèses amovibles partielles devaient être proscrites en raison d'un risque d'absorption, des prothèses conçues pour les patients présentant un édentement bilatéral constituaient un traitement acceptable. Ces prothèses étaient munies de selles pour remplacer les dents manquantes, reliées entre elles par une connexion principale (faux palais). Les dimensions de ces parties étaient telles qu'il était difficile d'avaler une prothèse bilatérale. Comme la prothèse amovible supérieure préconisée en 2014 par le dentiste-conseil était plus volumineuse que ne l'était la prothèse amovible inférieure de 2004, la CJCAS a jugé invraisemblable qu'une telle prothèse puisse glisser dans la gorge du bénéficiaire et l'exposer à un risque d'étouffement.
4. Le 26 février 2018, le SPC a reçu un devis, daté du 23 février 2018 et émanant de la clinique B\_\_\_\_\_, qui estimait à CHF 5'471.- le coût de traitements dentaires en

faveur du bénéficiaire. Il en ressortait qu'étaient devisés un implant et une couronne au niveau de la dent n°35, ainsi qu'une couronne sur la dent n°15.

5. Invité par le SPC à remplir un formulaire intitulé « mandat d'expertise dentaire », le dentiste-conseil du SPC, le docteur C\_\_\_\_\_, a indiqué le 29 juin 2018 que le plan de traitement proposé par B\_\_\_\_\_ devait être modifié et que seule une valeur de CHF 2'330.- pouvait être acceptée.
6. Par décision du 31 août 2018, le SPC a informé le bénéficiaire qu'au vu de la réponse donnée par son expert le 29 juin 2018, il ne pouvait accorder une participation aux frais de traitement dentaire qu'à concurrence de CHF 2'330.- au maximum. Comme le montant de la participation était inférieur à celui figurant sur le devis, il était loisible au bénéficiaire de prendre contact avec son dentiste en vue de modifier le plan de traitement ou de le faire exécuter tel quel et de payer lui-même les coûts non pris en charge.
7. Par l'intermédiaire de sa curatrice, le bénéficiaire a formé opposition contre cette décision le 10 septembre 2018. Selon elle, l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ était exempt de toute motivation, de sorte que l'on ignorait quels traitements il proposait de prendre en charge. Le devis litigieux avait été établi par le dentiste traitant du bénéficiaire, qui le suivait depuis de nombreuses années, était parfaitement au courant de ses problèmes de santé et avait établi un plan de traitement entièrement cohérent. À l'inverse, la faible participation du SPC ne reposait sur aucune motivation et n'était pas en adéquation avec la nécessité du traitement devisé.
8. Invité par le SPC à détailler le montant de CHF 2'330.- dont il proposait la prise en charge, le Dr C\_\_\_\_\_ a répondu le 2 novembre 2018, de la façon suivante : « comme demandé, voici les détails du montant de CHF 2'330.-. Les postes sont pour la dent 35 – 187 –, pour les dents 35 et 15 c'est – 22 –, pour la dent 15 seulement – 187 – avec encore – 24 – pour la couronne provisoire. De plus – 11 – pour les deux radiographies, les autres postes pas admis. Calcul avec CHF 3.10, montant CHF 1'336.10. Le montant du laboratoire est accepté pour CHF 1'000.-, ceci sans admettre en partie ce qui concerne l'implant avec mise au point indispensable. Il a été demandé au patient de répondre en détails sur le chiffre initial, il a indiqué seulement que c'est son médecin-dentiste qui fait les soins qu'il a estimé nécessaires. Le texte de [la curatrice du bénéficiaire] est sans commentaire ».
9. Le 20 novembre 2018, le SPC a invité derechef son dentiste-conseil à préciser comment il avait chiffré le montant de CHF 2'336.10 dont il proposait la prise en charge, relevant qu'il n'avait détaillé ni quel type de traitement il considérait comme simple, économique et adéquat (pose d'une prothèse amovible), ni les codes auxquels correspondaient les points qu'il avait fixés.
10. Le 7 janvier 2019, le Dr C\_\_\_\_\_ a transmis au SPC la réponse suivante : « [...] il est nécessaire de tenir compte d'un traitement simple, économique et adéquat, donc on ne peut plus user les postes comme je l'avais fait simplement. Donc il faut

---

préciser que tous les soins qui sont en rapport avec la dent 35 sont à supprimer, alors cela met en évidence seulement une très petite prothèse entre les dents 34 et 36 pour remplacer la dent 35, alors les postes sont : 4'610 = 63 points ; 4'076 = 29 points ; 4'639 = 22 points ; 4'640 = 14 points ; 4'050 = 11 points. Total des postes : 139 x CHF 3.10 = CHF 430.90 - Frais de laboratoire : CHF 450.-. Montant : CHF 880.90. Pour la dent 15, les postes admis sont : 4'708 = 187 points ; 4'639 = 22 points ; 4'724 = 38 points ; 4'065 x 2 = 22 points ; 4'050 = 11 points. Total des points : 280 x CHF 3.10 = CHF 868 - Frais de laboratoire : CHF 600.-. Total des montants : CHF 430.90 + CHF 450.- + CHF 868.- + CHF 600.-. Total à admettre : CHF 2'348.-. Le montant comprend exactement les soins simples, adéquats, économiques. Ainsi, c'est un montant de CHF 12.80 de plus que l'on doit admettre par rapport au montant initial [...] ».

11. Par décision sur opposition du 22 janvier 2019, le SPC a partiellement admis l'opposition, sur la base de la motivation suivante : « [...] dans le domaine des assurances sociales, il était admis une valeur de point fixée au tarif de CHF 3.10 [...]. En l'espèce, le devis d'un montant de CHF 5'471.- établi le 23 février 2018 par B\_\_\_\_\_, sur la base de l'ancienne tarification en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017, tient compte d'une valeur de point de CHF 3.60. Par ailleurs, les reconstructions prothétiques (couronnes, ponts, implants etc.) ne sont pas considérées comme des traitements simples, économiques et adéquats au sens de la législation applicable en matière de prestations complémentaires à l'AVS/AI. Dans la situation [du bénéficiaire], un traitement simple, économique et adéquat consiste en la pose d'une toute petite prothèse entre les dents n°34 et 36 afin de remplacer la dent n°35. Les postes admis sont les suivants :

- 4'610 : 63 points ;
- 4'076 : 29 points ;
- 4'639 : 22 points ;
- 4'640 : 14 points ;
- 4'050 : 11 points.

Soit des frais de traitement de CHF 430.90 (139 points x CHF 3.10), auxquels s'ajoutent CHF 450.- de frais de laboratoire. S'agissant des soins sur la dent n°15, les postes admis sont les suivants :

- 4'708 : 187 points ;
- 4'639 : 22 points ;
- 4'724 : 38 points ;
- 4'065 (x2) : 22 points ;
- 4'050 : 11 points.

---

Soit des frais de traitement de CHF 868.- (280 points x CHF 3.10), auxquels s'ajoutent CHF 600.- de frais de laboratoire. Au vu de ce qui précède, le SPC accepte la prise en charge d'un montant total de CHF 2'348.90 au lieu de CHF 2'330.- [...] ».

12. Par l'intermédiaire de sa curatrice, le bénéficiaire a saisi la CJCAS d'un recours le 21 février 2019, concluant à l'annulation partielle (partie implantaire) de la décision sur opposition du 22 janvier 2019 et à la prise en charge par le SPC du traitement implantaire, selon le devis établi en février 2018 par B\_\_\_\_\_, au tarif de CHF 3.10 le point, ainsi que des « frais restants après réduction de la tomographie volumique numérisée de CHF 206.- ».

La curatrice a déclaré accepter la proposition de prise en charge formulée par le SPC pour la dent n°15, de sorte que le litige ne portait plus que sur la dent n°35. Elle a rappelé que le bénéficiaire souffrait de plusieurs maladies psychiques graves, pour lesquelles il prenait des neuroleptiques atypiques. Toutefois, comme sa maladie et sa médication entraînaient des lésions dentaires ainsi qu'un bruxisme, le bénéficiaire avait perdu de nombreuses dents, ce qui entravait sa fonction de mastication. En 2004, en raison de convulsions liées à son épilepsie tonico-clonique, le bénéficiaire s'était pratiquement étouffé avec une prothèse dentaire amovible partielle. L'intéressé disposait déjà de quatre implants, visibles sur la tomographie panoramique, à l'instar de celui qui était prévu en remplacement de la dent n°35. La tomographie montrait un arc dentaire très serré et l'absence d'une incisive, de sorte que la charge mécanique de la mastication se faisait au niveau des dents n°34 et 35. Suite à l'opposition qu'elle avait transmise au SPC, le dentiste-conseil du SPC n'avait pas réexaminé le dossier et c'était le juriste en charge du dossier qui s'était exprimé à sa place. Il ressortait des codes mentionnés dans la décision sur opposition pour la dent n°35 que le traitement remboursé par le SPC ne correspondait qu'à une prothèse provisoire, c'est-à-dire à une solution inadéquate. Une prothèse provisoire ne servait qu'à remplacer temporairement une dent manquante dans l'attente d'une couronne ou d'un implant définitif, mais présentait un fort risque de désintégration si elle était utilisée de manière définitive, selon le dentiste du bénéficiaire. La doctoresse D\_\_\_\_\_ s'était également prononcée en ce sens, dans une étude qu'elle avait publiée. Contrairement à la prothèse provisoire, qui comportait un risque de perte osseuse et de nécrose de la muqueuse, l'implant dentaire constituait une solution sûre, dont l'aspect était plus naturel. Enfin, elle relevait que le SPC avait adressé en 2018 une lettre aux cabinets et cliniques dentaires de Genève, qui stipulait que « [...] la pose de deux implants est acceptée si aucune racine naturelle n'est à disposition et ceci pour un prix forfaitaire de CHF 3'750.- en utilisant la prothèse existante et CHF 4'750.- en cas de nouvelle prothèse. Les soins annexes (extractions, rebasages) sont pris en sus ».

13. Dans sa réponse du 11 avril 2019, l'intimé a indiqué avoir réexaminé le dossier et conclu à l'admission partielle du recours, en ce sens qu'il acceptait de prendre en

---

charge un montant de CHF 3'746.80 au lieu de CHF 2'348.90, conformément à un nouvel avis émis par son dentiste-conseil.

À l'appui de sa réponse, l'intimé a notamment produit l'avis de son dentiste-conseil, dont la teneur était la suivante : « [a]vec votre accord, suivant mes indications, j'avais donc mentionné de prendre une aide complémentaire auprès du docteur E\_\_\_\_\_ et maintenant le texte réalisé est alors parfaitement adéquat avec les modifications. En premier lieu, il faut mentionner que le devis du docteur F\_\_\_\_\_, montant de CHF 5'471.- daté du 23 février 2018, est calculé selon un tarif privé (pour le nombre de points et aussi pour le prix du point). Ensuite, il mentionne aussi par erreur une radiographie "tomographie numérisée" position 4059, alors qu'il s'agit d'une "orthopantomographie" position 4054 jointe au dossier. Encore, ce devis mentionne une couronne, position 4707, alors que le SPC accepte seulement la position 4708. Ces précisions ne sont pas trop importantes mais nécessaires à indiquer. Les informations précisées mentionnées maintenant vont donner des positions importantes et définitives, que le SPC va accepter selon :

Consultations, radiographies : positions 4000/4050 x 2 / 4054

Couronne sur dent 15 : 4065/4075/4724/4770/4708

Prothèse partielle inf. stellit : 4075/4631/4612/4639.

C'est ainsi 628 points à CHF 3.10, soit CHF 1'946.80.

À cela s'ajoutent les frais de laboratoire de CHF 1'800.-.

Le montant total admis est donc de CHF 3'746.80. Ce montant est parfait et doit être admis par le bénéficiaire. En ce qui concerne les propos de [la curatrice], ils sont très particuliers et comportent bien des erreurs, il est inutile d'en parler ».

14. La curatrice du recourant a répliqué le 20 avril 2019, persistant dans ses conclusions. L'avis exprimé par le dentiste-conseil s'apparentait davantage à une note interne qu'à une expertise et l'erreur de facturation relevée par ce médecin n'en était en réalité pas une, puisque le Dr F\_\_\_\_\_ avait facturé « deux [scanners] pour le prix d'un ». Par ailleurs, le montant de CHF 3'746.80 que le dentiste-conseil proposait d'admettre était trompeur, car il laissait penser que le traitement avec implant concernant la dent n°35 avait été accepté, alors qu'en réalité, il englobait les traitements relatifs aux deux dents (n°15 et 35). Dans le recours, elle s'était déclarée d'accord avec le montant proposé par le SPC pour la couronne de la dent n°15, soit CHF 1'468.-, de sorte que ce montant-là ne pouvait plus être modifié. Le traitement de la dent n° 15 avait déjà été réalisé et la facture envoyée au SPC, le 21 mars 2019, mais elle restait dans l'attente de son remboursement. Pour le reste, s'agissant de la problématique litigieuse concernant la dent n°35 – soit la participation aux frais d'un traitement avec implant –, le dentiste-conseil semblait ne pas avoir lu ou compris les explications données dans le recours, puisqu'il proposait désormais une prothèse à châssis coulé. Lors d'une consultation, le dentiste-conseil avait été informé du choix d'un traitement avec implants, mais il

---

avait déclaré que le bénéficiaire n'avait qu'à enlever sa prothèse avant et après les repas. En outre, on ne savait pas quels traitements étaient englobés dans le poste « frais de laboratoire » que mentionnait le dentiste-conseil dans son calcul. Enfin, le recourant avait subi deux grandes convulsions en 2018 et était toujours suivi régulièrement par son neurologue, le docteur G\_\_\_\_\_. En définitive, elle persistait à requérir la prise en charge du traitement implantaire proposé dans le devis de B\_\_\_\_\_ de février 2018. À l'appui de sa réplique, elle a notamment joint :

- un certificat établi le 30 novembre 2004 par le docteur H\_\_\_\_\_, neurologue, à teneur duquel le bénéficiaire, souffrant d'une épilepsie avec crises convulsives généralisées, avait failli s'étouffer avec sa prothèse partielle amovible lors d'une crise. La mise en place d'une prothèse fixe paraissait donc nécessaire, sous l'angle neurologique ;
- une attestation datée du 22 janvier 2008, dans laquelle le Dr G\_\_\_\_\_ indiquait suivre le patient pour une maladie bipolaire et une épilepsie de type « grand mal ». Le patient était traité depuis de nombreuses années avec des neuroleptiques et des anticomitiaux. Son épilepsie, sa maladie psychiatrique et ses médicaments avaient engendré un bruxisme ainsi que des lésions dentaires. Ces lésions étaient suffisamment importantes pour justifier des implants dentaires. Une prothèse avait été essayée et n'avait pas permis d'améliorer la situation, puisqu'elle l'avait au contraire aggravée.

15. L'intimé a dupliqué le 24 juin 2019. Le poste « frais de laboratoire » mentionné par le dentiste-conseil se rapportait à la prothèse inférieure et à la couronne sur la dent n°15. S'agissant des montants forfaitaires relatifs à la pose de deux implants, auxquels la curatrice du recourant se référait, ils n'étaient accordés par le SPC que lorsque le bénéficiaire ne disposait plus d'aucune dent sur la mâchoire inférieure, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Par ailleurs, l'attestation établie par le Dr G\_\_\_\_\_ en 2008 évoquait une prise en charge partielle des frais dentaires (implant) liés aux maladies du recourant. Selon l'intimé, il incombait au recourant de s'adresser en premier lieu à son assureur-maladie afin que celui-ci statue sur le remboursement d'une partie des frais dentaires. Ensuite, le SPC prendrait en charge le solde, que son dentiste-conseil avait fixé à CHF 2'850.30, conformément à une note annexée à la réplique, dont la teneur était la suivante : « donc selon le texte du Dr G\_\_\_\_\_, médecin, il a indiqué que [le bénéficiaire] doit prendre contact avec son assurance-maladie, avec l'aide de son médecin, et cela va permettre, vu l'état, d'avoir en plus un implant dans la zone pour la dent 35. Ainsi, cette dent aura ensuite une couronne fixe qui, elle, sera prise en charge par le SPC. Suivant les documents, les éléments des positions sont identiques pour la dent 15 (consultations etc. puis couronne). Alors pour la dent 35, les éléments sont autres pour cette dent 35 : 4075 / 4724 / 470 / 4708 après l'implant. Les points de la totalité sont alors 513 points x CHF 3.10 = CHF 1'590.30. Les frais de laboratoire sont CHF 1260, donc modification. Enfin, le montant total est donc CHF 2'850.30. Tout indiqué ».

16. Cette écriture transmise au recourant, la cause a été gardée 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), 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<sup>er</sup> 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. Les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans le délai de trente jours suivant la notification auprès du tribunal des assurances compétent (art. 60 et 61 let. b 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 ; J 4 20] ; art. 43 LPCC). Déposé dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable.

4. a. Dans la 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 et les références citées).

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. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont

---

certaines comprises dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

b. En l'occurrence, dans la décision sur opposition attaquée, l'intimé a accepté de prendre en charge partiellement – à hauteur de CHF 2'348.90, soit CHF 880.90 pour la dent n°35 et CHF 1'468.- pour la dent n°15 – les traitements figurant dans le devis établi en février 2018 par B\_\_\_\_\_. Ce devis chiffrait à CHF 5'471.- la réalisation, en faveur du bénéficiaire, d'un implant et d'une couronne au niveau la dent n°35, ainsi que d'une couronne sur la dent n°15.

Dans son recours, le bénéficiaire ne conteste que le remboursement partiel accordé dans la décision sur opposition pour les traitements concernant la dent n°35. En revanche, il accepte le montant de CHF 1'468.- qui lui a été accordé pour la dent n°15. Partant, le litige ne porte que sur le remboursement par le SPC des traitements devisés pour la dent n°35.

c. Contrairement à ce que semble considérer l'intimé dans sa réplique, le litige ne porte pas sur la question d'un éventuel remboursement par l'assurance-maladie des traitements énoncés dans le devis de février 2018. En effet, cette question ne fait pas l'objet de la décision sur opposition attaquée et partant, excède l'objet du litige, ce qui exclut le prononcé d'un jugement sur ce point.

5. 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 25'000 fr. pour les personnes seules ou veuves et les conjoints de personnes vivant dans un home ou un hôpital et 50'000 fr. pour un couple (al. 3 let. a. ch. 1 et 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 CHF 3'000.-, 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 CHF 3'000.- 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).

Selon le ch. 7.15 des directives cantonales sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'AVS/AI (DFM), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011, les frais de traitement dentaire ne peuvent être pris en compte dans le cadre des prestations complémentaires que s'ils correspondent à un traitement simple, économique et adéquat. Les frais de couronnes, de ponts ou de prothèses dentaires ne peuvent être pris en compte que si les traitements correspondants ont été effectués par un médecin-dentiste ou par un technicien-dentiste (dans cette dernière hypothèse, uniquement prothèses totales ou partielles, sans ponts, ni couronnes) habilité à exercer en qualité d'indépendant.

6. 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 (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 (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 bénéfiques 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 (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).

7. 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 LPG), 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 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

8. 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).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

9. En l'espèce, il convient préalablement de rappeler que dans un arrêt rendu le 17 décembre 2008 en matière d'assurance-maladie (ATAS/1487/2008), confirmé en bonne partie par le Tribunal fédéral (arrêt 9C\_97/2009 du 14 octobre 2009), le TCAS avait retenu que le bénéficiaire souffrait de plusieurs maladies psychiques graves – nécessitant la prise de médicaments psychotropes – et de lésions dentaires consécutives à sa médication. Le TCAS avait considéré que la pose d'une prothèse amovible était contre-indiquée et dangereuse, étant donné que le recourant avait failli s'étouffer avec une prothèse lors d'une crise d'épilepsie. À cela s'ajoutait que

---

la prise de certains médicaments comportait un risque de sécheresse buccale, ce qui diminuait l'adhérence d'une prothèse totale. Dans la mesure où seul un traitement implantaire paraissait efficace et adéquat, il n'y avait pas lieu d'examiner plus avant la question de son économicité.

Dans un autre arrêt rendu le 3 décembre 2015 (ATAS/929/2015), la CJCAS a jugé qu'une prothèse amovible bilatérale, préconisée par le médecin-dentiste conseil de l'assureur-maladie, constituait un traitement approprié et efficace, permettant de rétablir la fonction masticatoire. Le bénéficiaire ne pouvait donc pas exiger de son assureur-maladie qu'il prenne en charge la réalisation d'un traitement par implants endo-osseux, dont les coûts étaient plus de quatre fois supérieurs à la prothèse amovible bilatérale. À ce propos, le médecin-conseil de l'assureur-maladie avait relevé que si des prothèses amovibles partielles devaient être proscrites en raison d'un risque plus élevé d'absorption, des prothèses conçues pour les patients présentant un édentement bilatéral constituaient un traitement acceptable. Comme la prothèse amovible supérieure préconisée en 2014 par le médecin-conseil était plus volumineuse que ne l'était la prothèse amovible inférieure installée en 2004, la CJCAS a estimé qu'il était invraisemblable qu'une telle prothèse puisse glisser dans la gorge du bénéficiaire et l'exposer à un risque d'étouffement.

10. Dans la décision sur opposition attaquée, l'intimé, sur la base d'un avis émis par son dentiste-conseil, n'a accepté de prendre en charge que partiellement – à hauteur de CHF 880.90 pour la dent n°35 et CHF 1'468.- pour la dent n°15 – les traitements figurant dans un devis du 23 février 2018, lequel concernait la réalisation d'un implant et d'une couronne au niveau la dent n°35, respectivement d'une couronne sur la dent n°15. L'intimé a notamment fait valoir que « les reconstructions prothétiques (couronnes, ponts, implants etc.) [n'étaient] pas considérées comme des traitements simples, économiques et adéquats au sens de la législation applicable en matière de prestations complémentaires ». À l'appui de sa réponse, puis de sa duplique, l'intimé a produit deux nouveaux avis émis par son dentiste-conseil, proposant successivement de fixer à CHF 3'476.80, puis à CHF 2'850.-, le montant des traitements à rembourser par les prestations complémentaires.

De son côté, le recourant soutient que la prothèse provisoire que semble préconiser le dentiste-conseil pour la dent n°35 – en lieu et place de l'implant et de la couronne devisés – ne correspond qu'à une solution temporaire, qui est inadéquate. Il souligne qu'une telle prothèse présente un fort risque de désintégration si elle est utilisée de manière définitive, voire un risque de perte osseuse et de nécrose de la muqueuse. Par ailleurs, il relève qu'en 2004, il s'est pratiquement étouffé avec une prothèse dentaire amovible partielle, en raison de convulsions liées à son épilepsie tonico-clonique.

11. À titre liminaire, la chambre de céans rappelle que, dans le cadre des prestations complémentaires, les implants ne peuvent être pris en charge que s'il n'existe aucune autre thérapie possible (ATAS/370/2013 du 16 avril 2013). Lorsqu'il y a le

choix entre deux mesures thérapeutiques, il faut opter pour celle qui sera la moins coûteuse. Si plusieurs traitements entrent en considération, il convient, dans le domaine des prestations complémentaires, 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 (ATF 124 V 200 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 22/02 du 5 août 2002 consid. 2).

Par ailleurs, pour permettre au juge 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 (ATAS/290/2018 du 3 avril 2018).

En l'occurrence, les rapports successifs du Dr C\_\_\_\_\_, qui préconisent une prise en charge partielle du devis à hauteur de divers montants contradictoires, ne sont pas motivés de manière intelligible et n'expliquent pas clairement quel traitement plus économique permettrait de rétablir, selon lui, la fonction masticatoire sans risques supplémentaires par rapport aux traitements – un implant et une couronne – devisés pour la dent n°35. Le Dr C\_\_\_\_\_ ne procède pas à une balance détaillée entre les coûts, les bénéfices et les risques des alternatives thérapeutiques, qui permettrait à la chambre de céans de vérifier si des traitements adéquats et potentiellement plus économiques que ceux proposés dans le devis seraient propres à garantir le rétablissement de la fonction dentaire. De surcroît, le Dr C\_\_\_\_\_, qui déclare que « [...] les propos de [la curatrice du recourant] [...] sont très particuliers et comportent bien des erreurs, il est inutile d'en parler », ne répond pas aux critiques formulées par le recourant en ce qui concerne les risques de désintégration, voire d'étouffement, que pourrait entraîner l'utilisation de certains types de prothèses, compte tenu des problèmes d'épilepsie qui l'affectent. On ne sait donc pas, en définitive, si le dentiste-conseil préconise un traitement adéquat en guise d'alternative aux traitements devisés pour la dent n°35. Ces risques d'étouffement avaient d'ailleurs été discutés dans le cadre des procédures antérieures déjà mentionnées, à l'issue desquelles la juridiction cantonale avait considéré qu'une prothèse amovible inférieure exposait effectivement le recourant à un tel risque, contrairement à une prothèse amovible supérieure bilatérale, dont le volume était tel qu'elle ne risquait pas de glisser dans la gorge pour s'y coincer (cf. ATAS/1487/2008 consid. 13c et ATAS/929/2015 consid. 9).

Au vu de ce qui précède, les rapports établis par le Dr C\_\_\_\_\_ revêtent une valeur probante insuffisante pour permettre à la chambre de céans de statuer en connaissance de cause sur le droit du recourant à la prise en charge du traitement dentaire devisé pour la dent n°35. Dans ces conditions, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il complète l'instruction sur ces questions et, si nécessaire, mette en œuvre une expertise dentaire auprès d'un expert indépendant,

désigné en respectant la procédure prévue par l'art. 44 LPG. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision portant sur la prise en charge des frais du traitement dentaire devisé pour la dent n°35.

12. Partant, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire.

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

\*\*\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 22 janvier 2019, en tant qu'elle porte sur le remboursement des traitements devisés pour la dent n°35.
3. Renvoie la cause au SPC pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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