RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/972/2023 **ATAS/716/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 septembre 2023

Chambre 6

En la cause

A_____ recourante

représentée par INCLUSION HANDICAP, soit pour elle Karim HICHRI, mandataire

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'intéressée), née le _____ 1983, est au bénéfice de prestations complémentaires fédérales et cantonales à sa rente entière d'invalidité. Elle perçoit en outre une allocation pour impotent de degré grave.

b. En avril 2022, l'intéressée a transmis au Service des prestations complémentaires (ci-après : SPC) une attestation du 29 mars 2022 du docteur B_____, médecin-dentiste exerçant au cabinet dentaire de C_____, expliquant qu'elle était atteinte d'une maladie neurologique mentale handicapante, qu'elle souffrait depuis plusieurs années d'une dentition fonctionnellement insuffisante et avait urgemment besoin de réaliser des traitements dentaires fixes lui permettant de se nourrir convenablement. Selon le plan de traitement établi sur la base d'examens cliniques et radiologiques, il fallait extraire les dents 11, 12 et 21, les remplacer, ainsi que celles manquantes, par un pont sur implant 13-23, poser en outre des implants à la place des dents postérieures manquantes 16, 36 et 45, sur lesquelles viendraient les couronnes et ponts sur implants 14-16, 27, 36 et 45-46, sachant que l'implant était déjà en place en position 14 et 27 et que la dent 46 avait une extension distale. La mise en place de ces traitements était vitale pour l'intéressée car elle avait, en plus de ses problèmes neurologiques, des difficultés notables à se nourrir, à cause des dents manquantes.

c. Un devis du même jour était joint à l'attestation précitée portant sur un montant total de CHF 25'952.90, se décomposant comme suit : CHF 13'413.70 d'honoraires, CHF 8'000.- de frais de laboratoire et CHF 4'539.20 de frais de médicaments et matériel.

B. **a.** À la suite d'un mandat d'expertise lui ayant été confié par le SPC, le docteur D_____, médecin-dentiste conseil de ce service, a indiqué, le 14 juillet 2022, que le plan de traitement devait être modifié pour une valeur maximale de CHF 10'000.-, précisant qu'il s'agissait-là d'une somme exceptionnelle, vu la situation de l'intéressée.

b. Par décision du 19 septembre 2022 envoyée sous plis simple, le SPC a informé l'intéressée qu'il ne pouvait lui accorder une participation à ses frais de traitement dentaire que jusqu'à concurrence de CHF 10'000.-. Ce montant étant inférieur à celui du devis du Dr B_____, deux possibilités lui étaient offertes, à savoir prendre contact avec son médecin-dentiste pour modifier le plan de traitement prévu afin de le ramener à la valeur de sa participation, ou faire exécuter tel quel le plan de traitement en assumant la différence de coût ainsi que d'éventuelles suites de traitement.

c. Le 22 octobre 2022, l'intéressée, sous la plume de Pro Infirmis, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée, opposition qu'elle a complétée le 25 novembre 2022. La pose d'une prothèse dentaire de type amovible que le SPC préconisait systématiquement, car moins chère, n'était pas adaptée à son cas en

raison du traumatisme crânio-cérébral sévère dont elle souffrait qui l'empêchait de comprendre qu'elle portait une telle prothèse. Les dangers allaient de la perte de l'objet à l'étouffement pendant son sommeil, car elle n'avait pas conscience de porter un objet extérieur à son corps et risquait fortement d'oublier de l'enlever. La solution préconisée par le SPC n'était donc pas adéquate et ne répondait pas aux besoins imposés par son état de santé. Deux attestations étaient jointes au complément d'opposition, soit :

- Un certificat médical du 22 novembre 2022 de la docteure E_____, spécialiste FMH en neurologie, attestant que l'intéressée souffrait d'un grave handicap intellectuel, mental et moteur, suite à un traumatisme crânio-cérébral sévère dans l'enfance ayant nécessité des chirurgies cérébrales, et qu'elle présentait une très mauvaise dentition. Pour des raisons neuro-psychologiques dominées par un syndrome frontal, elle ne pouvait comprendre et accepter le fait de porter une prothèse dentaire qu'elle enlèverait de suite. Il se justifiait donc de poser des implants plutôt qu'une prothèse, ceux-ci permettant d'améliorer grandement sa qualité de vie.
- Un rapport médical du Dr B_____ du 19 octobre 2022 précisant qu'une solution amovible, à savoir des prothèses dentaires (« dentiers »), n'était pas viable car l'intéressée, du fait de ses troubles cognitifs, pouvait les perdre ou, pire encore, les avaler durant son sommeil, de nombreux patients avec de tels troubles oubliant de les enlever la nuit.

d. Le 16 décembre 2022, le SPC a transmis l'ensemble du dossier pertinent au Dr D_____ et requis qu'il lui remette un rapport complet, mentionnant en particulier, s'agissant d'implants dentaires, quelles positions du devis devaient éventuellement être prises en charge, à hauteur de la somme de CHF 10'000.- acceptée.

e. Le 3 janvier 2023, le SPC a reçu de l'intéressée une notre d'honoraires du cabinet dentaire de C_____ datée du 26 décembre 2022 portant sur des soins réalisés entre le 1er novembre et le 23 décembre 2022 s'élevant à CHF 10'123.10, réduits à CHF 10'000.-, ayant notamment consisté en la pose d'implants en position 15 et 24, l'extraction des dents 11, 12 et 21 et la pose de couronnes sur implants en position 13, 15 et 24.

f. Par courrier du 26 janvier 2023, le Dr D_____ a répondu à la demande du SPC du 16 décembre 2022 rappelant que les soins dentaires devaient être simples et économiques. Le devis présenté proposait une reconstruction prothétique avec des ponts fixes, ce qui n'était jamais accepté par les assurances sociales, une telle solution n'étant ni simple, ni économique. Dans le cas particulier, le SPC devait participer à un traitement de prothèse amovible, à savoir aux extractions des incisives supérieures et à la pose d'une prothèse partielle amovible provisoire pendant la période de cicatrisation et aux soins y relatifs, pour une somme de CHF 2'000.- environ, à la pose de deux prothèses partielles de type satellite, pour

CHF 5'000.- environ, aboutissant à un total de CHF 7'000.- comprenant les frais du laboratoire pour les prothèses. Il avait mentionné la somme de CHF 10'000.- comme participation en tenant compte de l'âge et du handicap de l'intéressée, et d'éventuels réajustages et rebasages ultérieurs des prothèses accordées.

g. Par décision du 3 février 2023, le SPC a accepté de prendre en charge les frais de traitement de CHF 10'000.- ayant fait l'objet de la note d'honoraires du 26 décembre 2022.

h. Par décision sur opposition du 21 février 2023, le SPC a déclaré l'opposition recevable et l'a rejetée. Il a transmis à l'intéressée la correspondance du Dr D_____ du 26 janvier 2023 et affirmé que le montant maximal des frais médicaux annuels remboursables pour une personne seule s'élevait selon la loi à CHF 25'000.-, de sorte que la prise en charge du devis présenté était quoi qu'il en soit exclue.

C. **a.** Le 17 mars 2023, l'intéressée, sous la plume d'Inclusion Handicap, a interjeté recours à l'encontre de la décision précitée devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant à ce que le SPC prenne en charge les frais de traitement sous la forme de la pose d'implants dentaires à concurrence de CHF 25'000.-, sous suite de frais et dépens. Elle souffrait d'un traumatisme crânio-cérébral sévère et avait une très mauvaise dentition qui l'empêchait notablement de se nourrir. La pose de prothèses dentaires sous forme de dentier n'était pas viable car elle pouvait les avaler durant son sommeil, en raison de sa déficience mentale. La pose d'implants dentaires était le seul traitement possible au vu de son état de santé et répondait donc au critère de l'adéquation, puisqu'un traitement était obligatoire et que celui sollicité lui permettrait de se nourrir sans risque pour sa santé, au vu de son handicap intellectuel, mental et moteur.

b. Par mémoire de réponse du 12 avril 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, se référant aux motifs de sa décision sur opposition et aux rapports d'expertise du Dr D_____. Il a en outre relevé que le montant annuel maximal des frais médicaux remboursables était en réalité de CHF 90'000.- en raison du fait que la recourante bénéficiait d'une allocation d'impotence grave de l'assurance-invalidité.

c. Par réplique du 3 mai 2023, la recourante a modifié ses conclusions en ce sens que l'intimé devait prendre en charge la totalité des frais de traitement sous la forme de la pose d'implants dentaires à concurrence du montant qui serait facturé, pour autant que celui-ci soit inférieur à CHF 90'000.-. Elle a de plus souligné que le Dr D_____ n'expliquait pas pour quelle raison la reconstruction prothétique avec des ponts fixes n'était ni simple ni économique dans sa situation particulière. Il se limitait à déclarer des principes généraux en avançant que ce traitement n'était jamais accepté par les assurances sociales et outrepassait de la sorte ses compétences en prenant position à la place de l'ensemble des services cantonaux concernés.

d. Le 21 juin 2023, la recourante a requis que la chambre de céans sollicite la production de son dossier auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), dans la mesure où son état de santé y était décrit de manière circonstanciée. Compte tenu des séquelles consécutives à son accident, notamment un syndrome psycho-organique frontal sévère avec des troubles graves de la personnalité (personnalité impulsive, manque de contrôle émotionnel, hyperactivité permanente et désinhibition), elle devait être surveillée en permanence et la solution proposée par l'intimé n'était ni simple, ni économique, ni adéquate, quand bien même le dentiste-conseil déclarait avoir pris en considération son état de santé global.

e. Par ordonnance du 22 juin 2023, la chambre de céans a requis de l'OAI la production du dossier de la recourante, lequel lui a été transmis le 4 juillet 2023.

Il ressort de ce dossier que la recourante souffre de plusieurs séquelles consécutivement à un accident par défenestration dont elle a été victime le 29 mai 1991 qui lui a causé un traumatisme crânio-cérébral sévère, notamment un syndrome psycho-organique frontal sévère avec de graves troubles de la personnalité. En 1993, la pensée était décrite comme fortement atteinte et trop soumise aux processus primaires. En 2002, la division réadaptation de l'OAI a jugé que l'important retard mental de la recourante et ses troubles de la personnalité ne permettraient jamais le suivi d'une formation professionnelle initiale. Compte tenu d'une invalidité évaluée à 94%, le droit à une rente entière d'invalidité lui a été reconnu dès le 1er décembre 2001 et une allocation pour impotent de degré grave lui a été versée dès le 1er novembre 2001, la recourante ayant besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie, et nécessitant une surveillance personnelle. Lors de la procédure portant sur une éventuelle révision de la rente d'invalidité, en 2009, la recourante a été décrite comme une personne cérébro-lésée, dont l'état était stationnaire, sans aucune possibilité d'amélioration.

f. Le 13 juillet 2023, la recourante a transmis à la chambre de céans un rapport de la Dre E_____ du 27 juin 2023 indiquant qu'en raison de ses troubles neurologiques et neuropsychologiques elle devait bénéficier d'implants dentaires plutôt que d'une prothèse amovible, telle que préconisée par le Dr D_____. La recourante n'était en effet pas en capacité intellectuelle de comprendre et d'accepter des prothèses amovibles, risquant, malgré un encadrement familial et socio-éducatif étroit, de les enlever systématiquement, de se blesser ou même de les avaler lors d'une crise d'épilepsie, ce qui pouvait mettre sa vie en danger.

g. Sur ce, 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 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. 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 légaux, le recours est recevable (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 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).

4. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimé du traitement dentaire ayant fait l'objet du devis établi le 29 mars 2022 par le Dr B_____, étant précisé que certains soins dentaires ont déjà été réalisés dans l'intervalle, à hauteur de CHF 10'000.- et pris en charge par l'intimé. N'est plus litigieux le fait qu'un éventuel remboursement n'est pas limité à CHF 25'000.-.

5. Les nouvelles conclusions prises par la recourante dans sa réplique du 3 mai 2023, aux termes desquelles elle sollicite que l'intimé prenne en charge la totalité des frais de traitement sous la forme d'implants dentaires à concurrence du montant qui serait facturé pour autant que celui-ci soit inférieur à CHF 90'000.-, excèdent l'objet du litige.

Dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls peuvent en effet être examinés et jugés 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, en règle générale sur opposition. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, si 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 ; arrêt du Tribunal fédéral I 12/01 du 9 juillet 2001 consid. 1).

L'intimé ne s'étant prononcé que sur le devis du 29 mars 2022, il n'y a pas lieu d'étendre l'objet du litige à tout traitement dentaire hypothétique qui ne lui a pas été soumis.

6.

6.1 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 toutefois être inférieurs à CHF 25'000.- pour les personnes seules ou les conjoints de personnes vivant dans un home ou un hôpital, respectivement CHF 90'000.- pour les personnes vivant à domicile qui ont droit à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-accident lorsque l'impotence est grave, dans la mesure où les frais de soins et d'assistance ne sont pas couverts par l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI (al. 3 let. a ch. 1 et al. 4).

6.2 L'art. 2 al. 1 let. c 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, lesquels doivent répondre aux règles suivantes : les montants maximaux remboursés doivent correspondre aux montants figurant à l'art. 14 al. 3 LPC (ch. 1), et les remboursements sont limités aux dépenses nécessaires dans le cadre d'une fourniture économique et adéquate des prestations (ch. 2).

6.3 Le Conseil d'État a fait usage de la compétence lui étant déléguée par l'article précité 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), entré en vigueur le 1er janvier 2011.

Aux termes de l'art. 10 al. 1 RFMPC, les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. Si le coût d'un traitement dentaire dépasse CHF 1'500.-, 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 1'500.- sans approbation préalable du devis, le montant maximal du remboursement se limite en principe à ce montant. Il peut exceptionnellement le dépasser si le bénéficiaire démontre *a posteriori* que

le remboursement sollicité correspond à un traitement simple, économique et adéquat (al. 4).

6.4 Comme l'y autorise l'art. 1 al. 3 RFMPC, le département compétent a en outre émis 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 1er janvier 2011. Ces directives énoncent qu'en principe les frais de traitement dentaire (frais de dentiste, travaux de technique dentaire, matériel, médicaments) ne peuvent être pris en compte dans le cadre des prestations complémentaires que s'il s'agit d'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 (ch. 7.15).

7. 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. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_621/2012 du 3 avril 2013 consid. 5.1 et les références).

L'économie du traitement peut prêter à discussion en matière de traitements prothétiques, étant donné l'éventail des prestations – plus ou moins onéreuses – qu'offre en ce domaine la médecine dentaire. Si plusieurs traitements sont donc envisageables, il y a lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices du traitement. Si l'un d'entre eux permet d'arriver au but recherché, tel par exemple 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 et les références ; ATF 139 V 135 consid. 4.4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral P 22/02 du 8 août 2022 consid. 2).

Une balance entre coûts et bénéfices n'apparaît légitime en matière d'assurances sociales que si plusieurs traitements sont envisageables et que l'un permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres (François-X. DESCHENAUX, Le précepte de l'économie de traitement dans l'assurance-maladie sociale, *in* Le droit des assurances sociales en mutation, 1992, p. 536 ; Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherungsrechtliche Aspekte der zahnärztlichen Behandlung nach Artikel 31 Abs. 1 KVG*, *in* LAMal - KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, 1997, p. 248).

En principe, les coûts occasionnés par tous les traitements dentaires doivent être remboursés pour autant que les conditions de simplicité, d'économicité et d'adéquation de la mesure soient remplies. Il n'existe aucune base légale pour une exclusion générale des mesures dentaires visant à traiter une maladie (ATF 130 V 185 consid. 4.3).

Concernant la pose de couronnes, dans un arrêt P 59/05 du 29 mars 2006, le Tribunal fédéral a retenu que les prestations complémentaires n'étaient pas tenues de prendre en charge une couronne céramo-métallique dont le coût dépassait la limite de CHF 3'000.- alors en vigueur, au-delà de laquelle le traitement devait être approuvé par l'autorité compétente en matière de prestations complémentaires. Le bénéficiaire n'avait en effet pas prouvé *a posteriori* que le traitement était simple, économique et adéquat.

La chambre de céans a jugé que des implants ne peuvent être pris en charge dans le cadre des prestations complémentaires que s'il n'existe aucune autre thérapie possible (ATAS/370/2013).

8. L'association des médecins-dentistes cantonaux de Suisse (ci-après : AMDCS) a émis diverses recommandations en matière de médecine dentaire visant à l'harmonisation et la coordination de l'appréciation des cas.

8.1 La recommandation K de l'AMDCS, dans son état en janvier 2018, traite des prothèses sur implant. Elle indique que les prothèses implantaires simples remplissent les critères de la médecine dentaire sociale (efficace, approprié, économique) et peuvent être autorisées en cas de résorption alvéolaire massive, d'hyposialie, de xérostomie, ou de perte de contrôle moteur due à l'âge ou à une maladie (par exemple maladie de Parkinson, démence ou dysphagie). Les prothèses implantaires du maxillaire supérieur ne peuvent être autorisées qu'à titre exceptionnel.

Sous la rubrique « indications de traitement », figure le fait que l'incapacité masticatoire est restaurée par une prothèse mandibulaire totale de type conventionnel, tandis que sous la rubrique « variantes de planification » l'AMDCS recommande de choisir un système d'implants simples dont les coûts de matériel ne dépassent pas CHF 750.-, étant relevé qu'un système d'implants de haute qualité, de fabrication suisse, coûte actuellement dans les CHF 700.-.

8.2 Le Tribunal fédéral a estimé que la réglementation du canton de Bâle-Ville prévoyant expressément que le critère de la simplicité, de l'économicité et de l'adéquation du traitement dentaire se déterminait selon les recommandations de l'AMDCS respectait le cadre de la délégation de l'art. 14 al. 2 LPC, en tant que l'organe d'exécution des prestations complémentaires s'y référait à titre de lignes directrices. De telles recommandations pouvaient en effet servir à interpréter et concrétiser les notions juridiques indéterminées de la simplicité, de l'efficacité et de l'adéquation et ne restreignaient pas l'obligation de prester de l'autorité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_576/2013 du 15 avril 2014 consid. 3.3.2 et 3.3.3).

8.3 La chambre de céans a jugé que les recommandations de l'AMDCS doivent être considérées comme des présomptions en faveur du caractère simple, économique et adéquat des traitements dentaires qui y sont mentionnés (ATAS/1017/2018 consid. 7).

9. 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. À 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. Étant 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).

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).

10. 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 1er mars 2010 consid. 3.2).

11.

11.1 En l'espèce, l'intimé s'est appuyé sur l'avis de son médecin-dentiste conseil pour refuser la prise en charge des soins dentaires figurant dans le devis du 29 mars 2022.

Or, ni dans sa prise de position du 14 juillet 2022, ni dans son rapport du 26 janvier 2023, le Dr D_____ n'a discuté précisément de la question pertinente en l'occurrence, à savoir du type de traitement pouvant être entrepris par la recourante, compte tenu de son état de santé. Il s'est en effet borné à examiner le soins requis sous l'angle de la simplicité et de l'économicité, affirmant qu'une reconstruction prothétique avec des ponts fixes n'était jamais acceptée par les assurances sociales.

Une telle affirmation générale ne permet pas de vérifier le respect du critère de l'adéquation de la prestation, ni même de discuter en détail du caractère simple et économique de la mesure, étant rappelé qu'il n'existe aucune base légale pour une

exclusion générale des soins dentaires visant à traiter un problème médical (cf. ATF 130 V 185 consid. 4.3).

Il ressort des rapports médicaux produits par la recourante, déjà à l'occasion de son opposition, qu'elle ne pourrait supporter de porter une prothèse dentaire amovible, qu'elle risquerait de la perdre ou de l'avaler, en raison des séquelles liées au traumatisme crânio-cérébral sévère subi dans son enfance (cf. attestations de la Dre E_____ du 22 novembre 2022 et du Dr B_____ du 19 octobre 2022).

Ces risques, causés par les difficultés cognitivo-comportementales de la recourante, ont également été confirmés par la neurologue traitante dans son certificat du 27 juin 2023 – lequel, bien que postérieur à la décision attaquée, doit être pris en considération, puisqu'il porte sur des éléments concernant l'état de santé antérieur de la recourante –, dans lequel elle réfute au surplus l'adéquation du traitement préconisé par le Dr D_____.

L'intimé n'a jamais contesté les troubles neurologiques et neuro-psychologiques dont souffre la recourante, tels que décrits par ses médecins traitants. Ceux-ci sont de surcroît confirmés à la lecture du dossier AI de la recourante.

Du reste, l'intimé, en reprenant simplement à son compte l'appréciation du Dr D_____, n'a jamais non plus contesté sérieusement les attestations du Dr B_____ et de la Dre E_____ selon lesquelles seul un traitement implantaire serait adéquat et permettrait de restaurer la capacité masticatoire de la recourante. Il n'a de plus pas réfuté l'avis de la Dre E_____ soulignant expressément l'inadéquation du traitement préconisé par le Dr D_____.

En définitive, les rapports du Dr D_____ n'abordant pas la problématique centrale du cas d'espèce, à savoir le type de traitement dont peut bénéficier la recourante compte tenu de ses troubles neurologiques et neuro-psychologiques, ils doivent être écartés, car non probants.

À l'inverse, il n'y a aucune raison de remettre en cause les conclusions des rapports médicaux produits par la recourante, soulignant que seul un traitement dentaire de prothèses fixes sur implants peut être envisagé. Ces conclusions ne sont en effet pas contestées en tant que telles par l'intimé, et sont justifiées par l'état de santé de la recourante. Elles apparaissent ainsi suffisamment probantes, sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

L'adéquation, en l'espèce, de prothèses fixes sur implants est par ailleurs confirmée par la recommandation K de l'AMDCS – laquelle constitue, selon la jurisprudence, une présomption en faveur du caractère simple, économique et adéquat d'une mesure. Cette recommandation donne en effet des exemples de cas dans lesquels des prothèses implantaires remplissent les critères de la médecine dentaire sociale, et cite expressément la situation de perte de contrôle moteur due à l'âge ou à une maladie, qui se rapproche de celle de la recourante.

Compte tenu de l'état de santé de la recourante, il faut par conséquent retenir que l'indication médicale du traitement dentaire préconisé par le Dr B_____ est clairement établie, de sorte que ce traitement apparaît adéquat, contrairement à celui recommandé par le Dr D_____.

Une mise en balance entre coûts et bénéfices des deux traitements respectifs n'a ainsi pas être réalisée, puisque seule la pose de prothèses dentaires fixes est adéquate dans le cas d'espèce.

11.2 L'intimé ne conteste par ailleurs pas, en tant que tel, que le traitement devisé (solution de prothèses fixes sur implants) remplit les conditions d'économicité et de simplicité, en relation avec ce genre de traitements. Sa critique, basée sur l'appréciation du Dr D_____ selon laquelle le traitement devisé doit être refusé car il est plus onéreux que la pose de prothèses amovibles, doit être écartée, car, comme il a été vu, seules des prothèses fixes sont appropriées à la problématique médicale de la recourante.

Au surplus, il apparaît que le coût des implants et des pièces auxiliaires devisé par le Dr B_____ rentre dans les maximas de la recommandation K de l'AMDCS (cf. CHF 750.-). Le coût total du traitement ne dépasse par ailleurs pas le plafond de CHF 90'000.- par année, applicable compte tenu du fait que la recourante bénéficie d'une allocation pour impotent de degré grave.

À la lecture du dossier, et en l'absence de critique de l'intimé sur un point essentiellement technique, la chambre de céans estime donc que les soins dentaires faisant l'objet du devis du 29 mars 2022 sont simples et économiques, outre d'être adéquats.

11.3 Il en résulte que c'est à tort que l'intimé a refusé la prise en charge des soins dentaires faisant l'objet du devis du Dr B_____ et que sa décision doit être réformée en ce sens qu'il doit prester pour ceux-ci, pour autant qu'ils soient toujours d'actualité.

La chambre de céans attire en effet l'attention de la recourante sur le fait qu'elle devrait soumettre à l'intimé un nouveau devis pour le cas où les soins qu'elle doit aujourd'hui recevoir s'écarteraient de ceux devisés le 29 mars 2022, au vu des traitements réalisés en novembre et décembre 2022, qui pourraient modifier le plan de traitement. Dans cette hypothèse, il appartiendrait en effet à l'intimé d'examiner une nouvelle fois si le nouveau traitement préconisé remplirait les conditions légales pour être pris en charge, en tenant compte du fait qu'il a été admis que seul un traitement de prothèses fixes est adéquat.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 21 février 2023 sera annulée.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario* et 89H al. 1 LPA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 21 février 2023.
3. Ordonne à l'intimé de prendre en charge les frais du traitement dentaire de la recourante selon le devis du 29 mars 2022, dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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