

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 avril 2013

Présidence de M. NEU, juge unique
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

T._____, à Champagne, recourante, représentée par Me Olivier Subilia,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS, à Clarens,
intimée.

Art. 3 al. 1 let b et 14 al. 1 let. a LPC ; art. 82 LPA-VD

Vu le recours formé le 8 novembre 2012 par T._____, (ci-après : la recourante) contre la décision sur opposition rendue le 8 octobre 2012 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse), lui refusant la prise en charge d'un traitement dentaire par une réhabilitation prothétique fixe, au motif qu'il n'y avait pas de contre-indication à la pose de prothèses amovibles, moins coûteuse, et ce malgré l'insuffisance respiratoire sévère dont souffre la recourante, en raison d'une maladie de reflux gastro-oesophagien,

vu les conclusions de la recourante, qui demande en substance principalement la réforme de la décision du 8 octobre 2012 en ce sens que la Caisse doit prendre en charge ses frais de traitement dentaire selon le devis établi par la Dresse Q._____ pour une réhabilitation prothétique fixe, subsidiairement que soit ordonné un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pour établir le caractère adéquat du devis de la Dresse Q._____ au vu de la maladie dont souffre la recourante,

vu le courrier de la Caisse du 7 janvier 2013 préavisant pour le rejet du recours,

vu le courrier du 29 janvier 2013 de la recourante, qui produit un article paru dans la Revue des Maladies Respiratoires ([2012], 29, 1165 - 1168), à la lecture duquel il peut être constaté que les prothèses dentaires amovibles sont susceptibles de se décrocher et d'être avalées par le patient, la recourante soulignant que le risque de broncho-aspiration et d'étouffement est d'autant plus présent dans son cas qu'elle souffre d'une maladie de reflux et présente des épisodes de toux violents et incoercibles, qui ne peuvent être évités,

vu la réponse de l'intimée du 21 février 2013, confirmant ses conclusions,

vu les pièces du dossier ;

attendu que, formé en temps utile, le recours est recevable en la forme (art. 60 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]),

qu'en vertu de l'art. 94 al. 1 let. a LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), un membre du tribunal cantonal statue en tant que juge unique dans le domaine des assurances sociales pour les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 francs,

qu'en l'espèce, la valeur litigieuse est inférieure à ce montant ;

attendu qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1) et que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet, sommairement motivée (al. 2) ;

attendu qu'en vertu de l'art. 3 al. 1 let. b LPC (loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, RS 831.30), les prestations complémentaires se composent du remboursement des frais de maladie et d'invalidité,

que selon l'art. 14 al. 1 let. a LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais de traitement dentaire,

que selon l'al. 2 de cette disposition, les cantons peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations,

qu'en vertu de la jurisprudence (ATF 124 V 196 consid. 3 et les références ; TF 9C_685/2012 du 6 mars 2013 consid. 4.4.3 ; P 22/02 du 5 août 2002 consid. 2), lorsque 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,

que si l'un d'entre eux 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 traitement le plus onéreux,

qu'en l'espèce, les pièces figurant au dossier ne permettent pas de se faire une idée précise des deux traitements devisés, en particulier s'agissant de la nature des prothèses amovibles, de la présence de couronnes ou de traitements de dents isolées,

que, si le traitement préconisé par le médecin-dentiste conseil de la Caisse est effectivement moins onéreux que celui proposé par la Dresse Q._____, l'instruction sur le plan médical s'avère insuffisante pour déterminer s'il est adéquat, au vu des pathologies présentées par l'assurée et dûment diagnostiquées,

qu'ainsi, le Dr P._____, pneumologue traitant, évoque dans un certificat médical du 3 mai 2011, des risques médicaux à la pose de prothèses amovibles et dont le bien fondé aurait dû être instruit sur le plan médical, soit directement par le médecin-dentiste conseil de l'intimée, qui aurait dû étayer ses réfutations en démontrant l'absence de risque concret, au regard de chaque traitement prothétique proposé, au besoin en interpellant les auteurs des devis de prothèses afin qu'ils se déterminent, soit en s'adjoignant le concours d'un spécialiste neutre,

qu'il n'appartient pas au Tribunal d'instruire *ab initio* la question des risques concrets sur le plan respiratoire et pneumologique des deux traitements proposés, ni de se substituer au pouvoir d'appréciation de l'autorité de décision une fois la question instruite ;

attendu que, dans ces conditions, il convient d'admettre partiellement le recours, au regard des conclusions subsidiaires de la recourante, d'annuler la décision sur opposition rendue le 8 octobre 2012 par l'intimée et de lui renvoyer la cause pour qu'elle procède à un complément d'instruction sur le caractère adéquat du traitement préconisé par son médecin-conseil, au regard notamment de la maladie dont souffre la recourante, et rende une nouvelle décision sur la prise en charge des frais du traitement que la recourante appelle de ses vœux ;

attendu que la recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD), dont il convient d'arrêter le montant à 1'000 fr. à la charge de l'intimée,

qu'il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 8 octobre 2012 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est annulée et la cause renvoyée à cette autorité pour nouvelle décision, après complément d'instruction sur le plan médical.
- III. La Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS versera à T._____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.
- IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Olivier Subilia, avocat (pour T. _____),
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :