

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 avril 2024

Composition : Mme BERBERAT, juge unique
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 14 al. 1 let. a LPC ; art. 19 al. 1 let. f et 47 RLVPC-RFM

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], bénéficie de prestations complémentaires de l'assurance-vieillesse, survivant et invalidité (AVS/AI) depuis plusieurs années.

Le 21 mars 2023, la Dre K. _____, médecin-dentiste de l'assuré, a soumis au médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise (ci-après : le ou la médecin-dentiste conseil), par l'intermédiaire de la plateforme Medident, un devis d'un montant de 3'294 fr. 55 (frais de laboratoire inclus) pour le remplacement de la molaire 46 de son patient par un implant et une couronne.

Le 25 mai 2023, toujours via cette plateforme, la médecin-dentiste conseil, la Dre D. _____, a refusé d'entrer en matière sur le traitement demandé, au motif que ce dernier n'était pas conforme au principe fonctionnel du chapitre IX du Référentiel des Prestations Dentaires admises pour le paiement des frais (version 2023).

Le 31 mai 2023, l'assuré, sous la plume de la Dre K. _____, s'est opposé à cette non-entrée en matière auprès de la C. _____ (ci-après : la Caisse), faisant valoir ne pas être en mesure de payer la pose d'un implant et d'une couronne en remplacement de sa molaire.

Interpellée par le Caisse, la Dre D. _____ a relevé, dans un courrier du 14 juillet 2023, notamment ce qui suit (*sic*) :

« [...]

Les conditions d'attribution pour le remplacement de la 46 ne sont donc pas remplies (principe fonctionnel et esthétique, Référentiel Ch. 09, p.19).

En conclusion, la capacité masticatoire de ce patient est considéré comme acceptable au vu de l'occlusion et de l'édentation et le traitement implantaire demandé ne peut donc pas être accordé. L'accord antérieur pour l'implant + CCM (couronne céramo-métallique) en position 36 était tout-à-fait exceptionnel et unique.

Je ne peux donc pas revenir sur ma décision de non-entrée en matière du 25.05.2023 qui est donc maintenue.

[...] ».

Par décision sur opposition du 14 septembre 2023, la Caisse a rejeté l'opposition de l'assuré.

B. Le 6 octobre 2023, G._____ a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme en ce sens que les frais relatifs à la pose d'un implant et d'une couronne céramo-métallique sur sa dent 46 soient pris en charge par la Caisse. Il a en substance soutenu que l'absence de sa molaire mènerait dans le futur à un dérèglement de l'occlusion dentaire, lequel provoquerait des problèmes de mastication, d'élocution et au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire. A l'appui de son argumentation, il a produit plusieurs documents, dont des photographies et des radiographies de ses dents réalisées en 2014 et 2023.

Par réponse du 6 décembre 2023, la Caisse - se remettant à l'appréciation de la Dre D._____ - a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition litigieuse.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable aux prestations versées en vertu de la LPC (loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI ; RS 831.30). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr. – le devis pour le traitement dentaire demandé se montant à 3'294 fr. 55 –, la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a refusé d'entrer en matière sur la demande du recourant de prise en charge, au titre de prestations complémentaires, des frais du traitement dentaire en lien avec le remplacement de sa dent 46 (pose d'un implant et d'une couronne).

3. a) En vertu de l'art. 3 al. 1 let. b LPC, les prestations complémentaires comprennent le remboursement des frais de maladie et d'invalidité. Conformément à l'art. 14 al. 1 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle, s'ils sont dûment établis, les frais de traitement dentaire (let. a). Ils précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'alinéa premier. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (art. 14 al. 2 LPC). Selon l'art. 14 al. 7 LPC, ils peuvent rembourser directement au fournisseur les frais facturés qui n'ont pas encore été acquittés.

b) Les limites du remboursement des frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, aux bénéficiaires de prestations complémentaires AVS/AI sont fixées depuis le 1^{er} janvier 2020 par le RLVPC-RFM (règlement vaudois du 1^{er} mai 2019 d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité et sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires ; BLV 831.21.1), dont l'art. 18 al. 1 renvoie à l'art. 3 al. 1 let. f LVPC (loi vaudoise du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité ; BLV 831.21).

L'art. 19 al. 1 let. f RLVPC-RFM reprend le principe du remboursement des frais dentaires, dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations. L'art. 47 RLVPC-RFM prévoit que les frais de traitement dentaire et orthodontique sont remboursés conformément au Référentiel des Prestations Dentaires admises pour le paiement des frais (version 2017) et au tarif conventionnellement admis par le département en charge de l'action sociale ou fixé par arrêté du Conseil d'Etat (al. 1). Ces frais font l'objet d'une procédure d'estimation et de remboursement et doivent être soumis au médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale, dont les déterminations fondent les décisions de la Caisse, s'ils dépassent un montant de 500 francs. Lorsque les frais sont inférieurs à la limite précitée, la Caisse statue seule (al. 2).

c) La convention concernant les frais de traitements dentaires pouvant être remboursés par les régimes sociaux financés par le canton, conclue entre le Département de la Santé et de l'Action Sociale et la Profession Dentaire Vaudoise de 2019 (consultable sur le site internet <https://www.md-conseil-vd.ch>, rubrique « Documentation de référence ») est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2020. Elle est signée pour une année civile et a été prorogée par des avenants successifs, le dernier pour la période du 1^{er} janvier 2024 au 16 janvier 2025. Elle a notamment la teneur suivante :

« ARTICLE 1 : But

¹ La présente convention a pour but de régler :

- a) Les procédures d'estimations d'honoraires, de validation du traitement à charge des régimes sociaux financés par le canton, de collaboration et de contrôle par le médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise (*Policlinique Médicale Universitaire désignée ci-après par : MDC*).
- b) La procédure de remboursement par le régime des prestations complémentaires AVS/AI et les régimes d'action sociale de l'Etat de Vaud des frais de traitement dentaire directement au médecin-dentiste traitant (*ci-après désigné par : MDT*), par le système du tiers payant.

ARTICLE 2 : Devis et facturation

¹ Les frais de traitement dentaire qui dépassent CHF 500.- pour les PC AVS/AI et pour l'aide sociale (ci-après : AS) en 2019 sont soumis obligatoirement à la présentation d'un devis ou d'une facture pro

forma (ci-après : FPF) pour approbation par le MDC. Pour les années subséquentes, l'article 14 est réservé.

² Les soins d'urgence et les soins de prophylaxie de moins de CHF 500.-, ne sont pas soumis à la présentation préalable d'un devis ou d'une FPF. Ces soins seront réglés directement au médecin-dentiste conventionné ou à l'assuré si la facture a été préalablement réglée par ce dernier.

³ Tous les devis et FPF présentés doivent obligatoirement comporter le détail des soins donnés selon la nomenclature et les points du tarif dentaire AA/AI/AM, ainsi que les numéros des dents concernées.
[...]

ARTICLE 5 : Application du référentiel

¹ Le référentiel des prestations dentaires, annexé à la présente comme partie intégrante de la convention, établit le cadre des prestations admises. Ce document est élaboré conjointement par le département et les représentants des médecins-dentistes signataires.

² Si le MDT envisage un traitement hors référentiel, celui-ci doit être identifié avec la mention « Hors référentiel ».

ARTICLE 6 : Détermination du Médecin-dentiste conseil

¹ A réception du devis de traitement dentaire, le service concerné (Caisse cantonale de compensation AVS [CAVS] ou la Direction générale de la cohésion sociale [DGCS] le soumet à l'avis du MDC. Celui-ci expertise le dossier et transmet sa détermination audit service.

² Pour fonder sa détermination, le MDC peut, le cas échéant, convoquer le patient pour examiner et déterminer, dans un délai de deux mois à dater de la réception du devis par le MDC :

- a. La conformité du devis aux besoins thérapeutiques du patient.
- b. La conformité des prestations proposées avec les dispositions du référentiel.

³ Le MDC peut proposer au MDT des modifications de devis ou demander l'établissement d'un devis conforme au référentiel.

⁴ Sur demande du MDC, le MDT doit fournir à tout moment les éléments du dossier relatifs au devis ou au traitement effectué.

⁵ En cas de contestation, le MDC peut fournir une deuxième détermination motivée ou transmettre le dossier à la commission des litiges pour détermination.

ARTICLE 7 : Paiement des honoraires

¹ Les factures soumises à l'approbation du MDC sont transmises par le MDT via l'application MEDIDENT, sauf en cas de traitements orthodontiques (cf. art. 4, ci-dessus).

² Les factures doivent obligatoirement comporter le détail des soins donnés (*positions du tarif dentaire AA / AM / AI*), le numéros des dents concernées et le nom du bénéficiaire. Le MDT les envoie au service concerné, en tenant compte de l'article 2, alinéa 4, ci-dessus.

[...]

⁵ Les prestations du devis refusé par le MDC ou par la commission des litiges ne font l'objet d'aucun remboursement par le service concerné.

[...] ».

d) Le Référentiel des Prestations Dentaires admises pour le paiement des frais (ci-après : le Référentiel), dans sa version de 2017, mentionne notamment ce qui suit à son chapitre IX (Prothèses) :

« L'acceptation de la réalisation d'une prothèse est soumise aux directives de l'association suisse des médecins-dentistes cantonaux (AMDCS) :

- Principe fonctionnel : moins de 10 paires de dents antagonistes en occlusion
- Principe esthétique : perte de dents antérieures, y compris les dents 14 et 24

[...] ».

e) Concernant la prise en charge des traitements dentaires des bénéficiaires des prestations complémentaires, l'association suisse des médecins-dentistes cantonaux (ci-après : l'AMDCS) a émis la recommandation G « Couronnes, ponts, implantologie » (état au mois de janvier 2018), laquelle expose notamment ce qui suit :

« **Cadre et pronostic**

Les prothèses dentaires fixes et les couronnes implanto-portées apportent du confort, mais elles coûtent très cher et ne respectent bien souvent pas les critères EAE (efficace, approprié et économique).

En principe, les prothèses fixes ne sont prises en charge que dans des cas exceptionnels, uniquement dans le cadre d'une bonne collaboration et d'une hygiène bucco-dentaire satisfaisante de la part du patient ainsi que d'un pronostic favorable à long terme sur plus de dix ans.

Cependant, lorsque la denture du patient est saine et exempte de caries, on rencontre de plus en plus de cas dans lesquels il ne serait pas raisonnable de recourir à un traitement sans prothèse fixe. Ce dernier occasionnerait trop de dommages supplémentaires au système masticatoire. À long terme, avoir recours à une prothèse fixe peut permettre de réaliser d'importantes économies.

En vertu de l'arrêt P 59/05 du Tribunal fédéral des assurances (29 mars 2006), les prestations complémentaires ne sont pas tenues de prendre en charge une couronne céramo-métallique. Certes, une couronne peut être considérée comme une solution efficace, voire appropriée, mais pas économique. [...]

Indications de traitement

- [...]
- Comblent **l'espace d'une seule dent** dans une denture saine et exempte de caries dans laquelle la pose d'une prothèse amovible serait trop invasive ou provoquerait trop de problèmes fonctionnels. Pour cela, il faut poser l'indication fonctionnelle ou esthétique suivante :
 - **Indication fonctionnelle** : suite à la perte de dents, le patient est dans l'incapacité de mâcher et d'adapter sa fonction masticatoire et possède moins de dix paires d'antagonistes fonctionnelles.
 - **Indication esthétique** : perte de dents antérieures, dents 14 et 24 incluses, prévue dans la planification établie ou durant les 18 mois précédents.

[...] ».

Exigence pour la planification d'une prothèse fixe

Le patient présente une denture soignée et exempte de caries, s'intéresse à sa santé bucco-dentaire et s'emploie activement à la maintenir saine depuis des années. Cela doit être attesté par le médecin-dentiste traitant.

[...] ».

S'agissant en particulier du domaine des prestations complémentaires, la recommandation G de l'AMDCS indique que le médecin traitant doit fournir une brève attestation de coopération du patient certifiant que les contrôles ont eu lieu et que les instructions de prophylaxie ont été données.

4. a) 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 avec 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 145 V 116 consid. 3.2.2 ; 139 V 135 consid. 4.4.2). La question de l'adéquation 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 *loc. cit.*).

b) 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 (ATF 124 V 196 consid. 3 ; TF 9C_621/2012 du 3 avril 2013 consid. 5.1).

c) Dans un arrêt 2006, le Tribunal fédéral des assurances a retenu que les prestations complémentaires n'étaient pas tenues de prendre en charge une couronne céramo-métallique. Selon lui, une telle couronne pouvait certes être considérée comme une solution efficace, voire appropriée, mais elle n'était pas économique (TFA P 59/05 du 29 mars 2006 consid. 2 et 3).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

b) D'après l'art. 61 let. c, seconde phrase, LPGA, la maxime inquisitoire est applicable à la procédure judiciaire cantonale. En vertu de ce principe, il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits

déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires. En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties (art. 61 let. c, première phrase, LPGA), lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. Dès lors, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.2).

6. a) En l'espèce, le dossier de l'assuré et le devis de la Dre K. _____ ont été soumis au médecin-dentiste conseil pour analyse via la plateforme Medident, dès lors que le montant des frais de prothèse dentaire était supérieur à 500 francs. La Dre D. _____ s'est alors déterminée en se fondant sur le Référentiel dans sa version de 2023, respectivement en examinant la conformité du devis avec les dispositions du Référentiel précité. A cet égard et à l'instar de l'intimé, il convient de préciser que l'art. 47 al. 1 RLVPC-RFM se réfère encore à la version de 2017 de ce document (dans la mesure où le règlement n'a plus été modifié depuis 2019), au contraire de la Dre D. _____, laquelle s'est rapportée à sa version de 2023. Cela n'a toutefois aucune incidence sur le présent cas, étant donné que le contenu relatif aux prothèses est identique dans les deux versions du Référentiel. Par avis du 25 mai 2023 - lequel a fondé la décision de la Caisse -, la Dre D. _____ a refusé d'entrer en matière pour l'implant et la couronne sur la dent 46 - laquelle a d'ores et déjà été extraite -, exposant que le remplacement d'une unité molaire n'était pas accepté, conformément au principe fonctionnel décrit au chapitre IX du Référentiel. À la suite de l'opposition du recourant par le

biais de sa dentiste-traitante, l'intimée a, par décision sur opposition du 14 septembre 2023, confirmé le refus d'entrer en matière en se remettant à l'appréciation de la Dre D._____ du 14 juillet 2023.

b) Contrairement à l'avis du recourant, il convient d'accorder une pleine valeur probante aux appréciations des 25 mai et 14 juillet 2023 de la Dre D._____. En effet, cette dernière a examiné la demande de prise en charge de l'implant et de la couronne céramo-métallique sur la base des radiographies et photographies transmises par le cabinet dentaire traitant, d'une part, ainsi qu'au regard du chapitre IX du Référentiel - lequel trouve application en vertu de l'art. 47 al. 1 RLVPC-RFM (cf. *supra* consid. 3b *in fine*) - et de la recommandation G « Couronnes, ponts, implantologie » de l'AMDCS - auquel se rapporte expressément ledit Référentiel (cf. *supra* consid. 3d) -, d'autre part. La médecin-dentiste conseil a tout d'abord constaté que le patient était en classe I dentaire, ce que le recourant ne conteste pas. En l'occurrence, l'indication fonctionnelle ne pouvait pas être retenue, dès lors que le coefficient masticatoire était suffisant au sens de la définition donnée par l'AMDCS, à savoir que l'intéressé possédait au minimum dix paires de dents antagonistes en occlusion ; l'indication esthétique n'était pas davantage posée, en l'absence de perte de dents antérieures, y compris les dents 14 et 24. La Dre D._____ a par conséquent conclu que la capacité masticatoire du recourant devait être considérée comme acceptable au vu de l'occlusion et de l'édentation et que le traitement implantaire ne pouvait être accordé. Aussi, aucun élément au dossier ne permet de mettre en doute l'avis de la médecin-dentiste conseil, et cela d'autant plus que, comme exposé ci-dessus (cf. *supra* consid. 4c), le Tribunal fédéral des assurances a jugé, dans un arrêt de 2006, que les prestations complémentaires ne sont pas tenues de prendre en charge une couronne céramo-métallique, dans la mesure où il ne s'agissait pas d'une solution économique.

c) Partant, faute pour le recourant de satisfaire à l'un des critères objectifs du chapitre IX du Référentiel, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant l'hypothèse d'une altération de l'occlusion par suite de la perte

de la dent 46. L'assuré ne saurait enfin se prévaloir d'une prise en charge extraordinaire du traitement dentaire, notamment en alléguant que l'intimée avait payé, en 2014, le remplacement de sa dent 36 et la pose d'un implant et d'une couronne céramo-métallique. Cette opération avait en effet été indemnisée à la suite d'un accord exceptionnel, lequel ne saurait justifier ultérieurement - comme l'a souligné à bon droit la Dre D. _____ - d'autres accords exceptionnels.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 14 septembre 2023 par l'intimée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 14 septembre 2023 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- G. _____,
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :