

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 mars 2015

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique  
Greffier : M. Cloux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.N.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par sa mère **B.N.** \_\_\_\_\_, à [...]

et

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

---

**Art. 14 LPC; art. 17 RLVPC**

**E n f a i t :**

**A.** A.N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), qui est au bénéfice d'une rente d'invalidé depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2004, perçoit des prestations complémentaires depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006.

Le 27 août 2013, la Dresse D. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste, a établi une facture de 731 fr. 60 pour des soins prodigués à l'assurée les 9 et 12 août 2013, qu'elle a détaillés comme suit :

Date	Code	Qté	Dent	Libellé	Valeur	Nb. Pts	Montant
09.08.13	4000	1		Diagnostic nouveau patient	3.10	21.0	65.10
	4050	2	38/27	Radiographie dentaire/occlusale	3.10	12.0	37.20
	4065	1	27	Anesthésie par infiltration	3.10	11.0	34.10
	4502	1	27	Obturation au ciment à plus. faces	3.10	18.0	55.80
12.08.13	4065	2	Quad 3	Anesthésie par infiltration	3.10	22.0	68.20
	4207	1	38	Extraction dent incluse compliquée	3.10	116.0	359.60
	4290	1	38	Ctrl. plaie/subs. dent traumatisée	3.10	12.0	37.20
	4295	3	38	Sutures. par suture	3.10	12.0	37.20
	4050	2	38	Radiographie dentaire/occlusale	3.10	12.0	37.20

La Dresse D. \_\_\_\_\_ a transmis cette facture au Dr S. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste et médecin-conseil de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse) le 21 février 2014. Elle a exposé que lors d'une consultation d'urgence du 9 août 2013, elle avait relevé une périoronarite en 38 et une carie profonde en 27. Après l'assainissement de la carie et un traitement de l'infection, elle a programmé l'extraction de la "DDS incluse compliquée".

Répondant le 17 mars 2014, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué que les postes de la facture relatifs à l'extraction de la dent n° 38 ne seraient pas pris en charge, s'agissant d'une dent en dislocation avec kyste qui relevait de l'assurance-maladie.

Le même jour, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a précisé que l'image radiologique transmise au Dr S. \_\_\_\_\_ (réd. : sur laquelle il avait fondé son appréciation) avait été prise durant l'intervention - les images antérieures ayant été perdues lors de leur transmission à la Caisse - et qu'elle était trompeuse. Cette image avait ainsi été prise à la suite d'un

problème avec la racine distale de la dent n° 38 incluse, qu'il avait fallu sectionner en plusieurs fragments, aucune kyste n'ayant toutefois été décelé.

Le Dr S. \_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit le 18 mars 2014 :

"(...) Dans le cadre de soins, les extractions préventives de dents de sagesse qui n'ont pas de pathologie évidente ou de pericoronarite à récurrence ne sont pas prises en compte.

Dans la situation qui nous occupe, d'une part un épisode de coronarite n'est pas suffisant pour justifier une extraction et d'autre part une dent incluse compliquée est en principe une dent complètement sous l'os ou en dislocation. Malheureusement aucune Rx (réd. : radiologie) ne vient justifier ce positionnement.

C'est à la patiente d'assumer la responsabilité de vous avertir qu'elle est prise en charge par le service social afin qu'une EH (réd. : estimation d'honoraires) puis être faite pour tout traitement envisagé.

Il est évident qu'en fonction de vos commentaires la LAMal ne pourra pas prendre en charge cette extraction, mais nous n'aurions pas accepté non plus cette extraction préventive si elle avait fait l'objet d'un devis.

(...)"

Le 27 mars 2014, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a transmis à l'assurée une nouvelle facture, d'un montant de 534 fr. 60, correspondant aux opérations non admises par le Dr S. \_\_\_\_\_, savoir les suivantes :

Date	Code	Qté	Dent	Libellé	Valeur	Nb. Pts	Montant
12.08.13	4065	1	Quad 3	Anesthésie par infiltration	3.30	11.0	36.30
	4207	1	38	Extraction dent incluse compliquée	3.30	116.0	382.80
	4290	1	38	Ctrl. plaie/subs. dent traumatisée	3.30	12.0	39.60
	4295	3	38	Sutures, par suture	3.30	12.0	39.60
	4050	2	38	Radiographie dentaire/occlusale	3.30	11.0	36.30

Par courrier - non daté mais reçu le 4 avril 2014 - l'assurée, désormais représentée par sa mère B.N. \_\_\_\_\_, a transmis à la Caisse la facture du 27 mars 2014 et les écrits précités du Dr S. \_\_\_\_\_ "dans le cadre de la LAMal". Elle a requis d'être informée de la procédure à suivre pour la prise en charge des soins dentaires par les prestations complémentaires.

Par décision de prestations complémentaires de guérison du 23 avril 2014, la Caisse a admis la prise en charge des frais de traitement

de l'assurée à concurrence de 224 fr. 75. Cette décision a été transmise à l'assurée par courrier du 5 mai 2014, la Caisse informant l'intéressée que le solde de 534 fr. 60 restait à sa charge.

Le 13 mai 2014 l'assurée a fait opposition à cette décision, faisant valoir que le médecin-conseil de la Caisse avait justifié sa position à l'aune des conditions de l'assurance-maladie à l'exclusion de celles régissant les prestations complémentaires, et que l'intervention pratiquée faisait partie du traitement d'une infection dentaire qu'elle n'avait pas sollicité à titre préventif ou par confort.

Par décision sur opposition du 31 juillet 2014 la Caisse, renvoyant aux arguments développés par le Dr S. \_\_\_\_\_ le 18 mars 2014, a rejeté l'opposition de l'assurée.

**B.** Par acte du 27 août 2014, A.N. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision sur opposition, concluant à la prise en charge de l'intégralité des honoraires de la Dresse D. \_\_\_\_\_ par 731 fr. 60 au titre de prestations complémentaires. A l'appui de cette conclusion, elle soutient avoir indiqué, lors de sa consultation en urgence du 9 août 2013, qu'elle était prise en charge par le Service social de [...], renvoyant pour le surplus à ses précédents arguments. Selon elle, la périoronarite dont elle souffrait justifiait l'intervention pratiquée.

Répondant le 29 septembre 2014, la Caisse a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition querellée.

La recourante a répliqué le 15 novembre 2014, maintenant sa position. Elle a produit une attestation de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 13 novembre 2014, notamment rédigée dans les termes suivants :

"(...) La patiente nous a référé dans l'anamnèse qu'elle avait déjà eu d'autres épisodes dans le passé, mais par contre nous a initialement pas informée (sic) qu'elle était soumise au prestation complémentaire (sic) de la caisse à Clarens.  
(...)"

Dans sa duplique, la Caisse a maintenu sa conclusion, relevant qu'aucune pièce au dossier ne confirmait les allégations de la recourante quant au fait qu'elle avait déjà souffert d'épisodes de périodontite avant de consulter la Dresse D.\_\_\_\_\_. La Caisse a par ailleurs contesté que cette intervention, qui avait eu lieu le 12 août 2013, ait été nécessaire au traitement de l'infection dentaire dont souffrait l'intéressée, cette infection ayant été traitée le 9 août 2013.

La duplique a été transmise par avis du 2 décembre 2014 à la recourante, qui n'a pas réagi.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent 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 sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]). Un membre du Tribunal cantonal statue en tant que juge unique sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

Le litige porte en l'espèce sur le solde des honoraires de la Dresse D.\_\_\_\_\_, savoir un montant de 534 fr. 60, de sorte que la compétence de la juge unique est donnée.

**b)** L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA),

doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours – qui remplit les conditions légales de forme – a été déposé le 27 août 2014, moins de trente jours après le prononcé de la décision sur opposition du 31 juillet 2014, de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** Les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont notamment droit à des prestations complémentaires dès lors qu'elles perçoivent une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants (art. 4 al. 1 let. a LPC). Les prestations complémentaires comprennent notamment le remboursement des frais de maladie et d'invalidité par les cantons, aux conditions posées par les art. 14 ss LPC.

Selon l'art. 14 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle, lorsqu'ils soient dûment établis, les frais de traitement dentaire (al. 1 let. a), les cantons devant préciser quels frais peuvent être remboursés et pouvant limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (al. 2).

**b)** Dans le canton de Vaud, le Conseil d'Etat a reçu le pouvoir d'édicter des disposition règlementaires fixant notamment les limites au remboursement des frais de maladie et d'invalidité, les prestations prises en considération devant être économiques et adéquates (art. 3 let. f *in initio* LVPC [loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 13 novembre 2007; RSV 831.21]).

L'art. 17 al. 1 RLVPC (règlement d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 9 janvier 2008; RS 831.21.1) prévoit que les frais de traitement dentaire sont soumis à une procédure d'estimation et de remboursement fixée dans le cadre d'une convention

passée entre le département et les instances représentant les médecins-dentistes du canton de Vaud. En vertu de l'art. 17 al. 2 *in medio* RLVP, les frais admis sont fixés dans un référentiel annexé à la convention et établi par le médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale.

Pour la prise en charge d'une extraction de dent incluse compliquée (code 4207), le Référentiel des prestations dentaires pour le remboursement des frais (accessible dans sa version 2015 sur le site Internet du Médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise : [www.md-conseil-vd.ch](http://www.md-conseil-vd.ch)) impose à son chapitre V (chirurgie orale) l'existence d'une indication chirurgicale.

**3. a)** Dans son message à la Dresse D.\_\_\_\_\_ du 18 février 2014, le Dr S.\_\_\_\_\_ a précisé en quoi consistait une telle indication chirurgicale, savoir la présence d'une pathologie évidente ou de périecoronarite à récurrence. On relèvera à cet égard que ces conditions sont compatibles avec les exigences légales applicables, qui limitent le remboursement aux dépenses nécessaires dans un cadre économique et adéquat (cf. art. 14 al. 2 *in fine*, cité *supra* consid. 2/a *in fine*).

Ces conditions ne sont pas remplies dans le cas d'espèce, la Dresse D.\_\_\_\_\_ ayant uniquement justifié son intervention par l'existence d'une périecoronarite sur la dent n° 38 de la recourante (cf. son message du 21 février 2014).

On ne saurait par ailleurs admettre la thèse défendue par la recourante quant au fait que l'extraction de la dent n° 38 était nécessaire en raison d'une infection buccale. En effet, comme le relève la Caisse, la carie et l'infection qui ont été traitées en urgence le 9 août 2013 concernaient une autre dent (27), sans qu'on puisse les rattacher à la périecoronarite ayant conduit à l'extraction de la dent n° 38 trois jours plus tard, le 12 août 2013.

Les honoraires litigieux, tels qu'ils sont détaillés dans la facture de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 27 mars 2014, ne sont dès lors pas couverts par les prestations complémentaires.

**4. a)** Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition querellée du 31 juillet 2014 confirmée.

**b)** La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA), de sorte qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires. Vu le sort du recours, il n'y a en outre pas lieu d'allouer des dépens à la recourante (art. 61 let. f LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD), qui n'a au demeurant pas fait appel aux services d'un mandataire professionnel.

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

- I.** Le recours interjeté le 27 août 2014 par A.N. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 31 juillet 2014 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 :

- B.N. \_\_\_\_\_ (pour A.N. \_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :