

GE_GERICHTE ATAS/424/2017 vom 22. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_424_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/424/2017 du 22 mai 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/424/2017 del 22 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS/GE E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la

A/2054/2015 - 13/25 - 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 l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 8 mai 2015 refuse la prise en charge de l'intervention chirurgicale sollicitée en 2013, puis derechef en 2014, de sorte que sont applicables les modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).

E. 4

a. En vertu des art. 37 al. 1 LPGA et 9 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; RS/GE E 5 10), une partie peut, en tout temps, se faire représenter,

à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas. Tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire (art. 37 al. 3 LPGA). Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui sert à éviter d'emblée tout doute sur la question de savoir si les communications doivent être notifiées à la partie elle-même ou à son représentant ainsi qu'à établir une règle claire quant à la notification déterminante pour le calcul du délai de recours (ATF 99 V 177 consid. 3 ; DTA 2002 n°9 p. 66

A/2054/2015 - 14/25 - consid. 2; RAMA 1997 n° U 288, p. 442 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_791/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2.2). Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de la date de celle-ci incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une incidence juridique. L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve en ce sens que si la notification, ou sa date, sont contestées, et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2 ; ATF 124 V 400 consid. 2a et les références). b. Selon l'art. 49 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). Ce même principe est repris en droit cantonal à l'art. 47 LPA. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit, entre autres, un dimanche, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA). c. En l'espèce, l'intimé a adressé sa décision du 8 mai 2015 directement à la mère de la recourante, omettant ainsi de tenir compte de l'élection de domicile faite en faveur de son avocat. Dans ces conditions, bien que le pli recommandé ait été retiré par la recourante le 12 mai 2015, il y a lieu de s'en tenir aux allégations de son mandataire selon lesquelles copie de ladite décision lui a été remise le 15 mai 2015 seulement, de sorte que le délai de recours a commencé à courir le 16 mai 2015 et est arrivé à échéance le dimanche 14 juin 2015. Partant, le recours interjeté le 15 juin 2015, dans la forme prescrite par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 5

L'objet du litige consiste à examiner si la recourante a droit à la prise en charge de l'opération de correction mammaire.

E. 6

Selon l'art. 5 al. 2 LAI, l'invalidité des assurés âgés de moins de 20 ans qui n'exercent pas d'activité lucrative est déterminée selon l'art. 8 al. 2 LPGA. Aux termes de cette dernière disposition, les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle.

E. 7

a. En vertu de l'art. 12 al. 1 LAI, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de

l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou

A/2054/2015 - 15/25 - l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. Aux termes de l'art. 2 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI ; RS 831.201), sont considérés comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact - pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. Les mesures doivent être considérées comme indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate. b. L'art. 12 al. 1 LAI vise notamment à tracer une limite entre le champ d'application de l'assurance invalidité et celui de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation repose sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion, sans égard à la durée de l'affection, ressortit en premier lieu au domaine de l'assurance-maladie et accidents (ATF 104 V 81 consid. 1 ; ATF 102 V 41 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010). En règle générale, on entend par traitement de l'affection comme telle la guérison ou l'amélioration d'un phénomène pathologique labile. L'assurance-invalidité ne prend en charge, en principe, que les mesures médicales qui visent directement à éliminer ou à corriger des états défectueux stables, ou du moins relativement stables, ou des pertes de fonction, si ces mesures permettent de prévoir un succès durable et important au sens de l'art. 12 al. 1 LAI (ATF 120 V 279 consid. 3a et les références ; VSI 2000 p. 301 consid. 2a). L'effet positif obtenu grâce à un traitement médical ne peut être qualifié d'important, au sens de l'art. 12 al. 1 LAI, que s'il atteint un degré absolu de réussite suffisamment élevé dans un laps de temps déterminé (ATF 98 V 211 consid. 4b). D'une façon générale, on doit pouvoir attendre des mesures médicales qu'elles rencontrent un minimum de succès sur le plan de l'activité lucrative pendant une durée minimale. Il n'est pas possible de dire de manière générale dans quelle mesure le succès probable de la réadaptation peut encore être qualifié d'important, car il faut en décider d'après les particularités du cas d'espèce. Cependant, les mesures qui n'aboutissent qu'à une faible amélioration de la capacité de gain ne sont pas prises en charge par l'assurance-invalidité. Il faut poser comme condition qu'une capacité de gain encore importante soit préservée d'une diminution notable, car dans le cadre de l'art. 12 LAI, la loi ne prévoit pas de mesures destinées à conserver un résidu incertain de capacité de gain. La question du caractère important du succès de la réadaptation doit, en outre, être résolue en fonction, d'une part, de la gravité de l'infirmité et, d'autre part, du genre de l'activité lucrative exercée par l'assuré ou entrant en ligne de compte pour lui dans

A/2054/2015 - 16/25 - le cadre d'une réadaptation optimale. Dès lors, il n'y a pas lieu de prendre en considération les circonstances personnelles qui n'ont pas de rapport avec l'activité lucrative exercée par l'assuré (ATF 115 V 191 consid. 5a et 5c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 418/01 du 29 octobre 2001). Lorsqu'il s'agit de mineurs, la jurisprudence a précisé que des mesures médicales pouvaient déjà être utiles de manière prédominante à la réadaptation professionnelle et, malgré le caractère encore provisoirement labile de l'affection, pouvaient être prises en charge par l'AI si, sans ces

mesures, la guérison serait accompagnée de séquelles ou s'il en résulterait un état défectueux stable d'une autre manière, ce qui nuirait à la formation professionnelle, diminuerait la capacité de gain ou aurait ces deux effets en même temps (ATF 105 V 19 ; VSI 2000 p 65). Pour les jeunes assurés, une mesure médicale permet d'atteindre une amélioration durable au sens de l'art. 12 al. 1 LAI lorsque, selon toute vraisemblance, elle se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79 ; ATF 101 V 43 consid. 3b et les références). De plus, l'amélioration au sens de cette disposition légale doit être qualifiée d'importante. En règle générale, on doit pouvoir s'attendre à ce que des mesures médicales atteignent, en un laps de temps déterminé, un résultat certain par rapport au but visé (ATF 101 V 52 consid. 3c ; ATF 98 V 205 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.2 et 2.3). c. Dans un arrêt du 22 septembre 1976, le Tribunal fédéral a retenu, en ce qui concernait une assurée présentant une anomalie de la croissance d'un sein, que les défauts d'ordre esthétique n'influençaient généralement pas la capacité de gain, sous réserve des cas exceptionnels où ils causaient des souffrances morales qui influençaient à leur tour l'aptitude à exercer une activité lucrative. En conséquence, du point de vue de l'assurance-invalidité, ces défauts ne pouvaient être pris en considération que s'ils étaient graves au point qu'il fallait s'attendre à une diminution effective et sensible de l'aptitude de l'intéressée à exercer un métier ou à accomplir sa besogne habituelle (RCC 1977, p. 125 consid. 2). Plus récemment, le Tribunal fédéral des assurances a examiné la situation d'une assurée qui présentait un sein tubulaire droit et une aplasie du sein gauche. Il a jugé que, même si l'on devait admettre que l'assurée pouvait souffrir moralement de la malformation de sa poitrine dans une mesure non négligeable, le dossier ne contenait aucun élément permettant de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, qu'elle était perturbée par le développement inégal de ses seins au point que sa capacité de gain future serait entravée. Cela était d'autant plus vrai que cette anomalie pouvait être aisément dissimulée dans un contexte professionnel et que l'assurée n'était pas suivie sur le plan psychique par un psychologue ou un psychiatre. Notre Haute cour a précisé que le fait qu'une telle affection revête un caractère invalidant ou non résultait de l'analyse de l'ensemble des circonstances dans chaque cas individuel (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 475/00 du 27 mars 2001).

A/2054/2015 - 17/25 -

E. 8

a. L'art. 13 LAI dispose que les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGA) jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2). Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. b. L'art. 1 al. 1 de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC ; RS 831.232.21), arrêtée conformément à l'art. 3 RAI, précise que la simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale, et que le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant. Le chiffre 113 de l'annexe à l'OIC ne prévoit que la prise en charge d'une amastie congénitale et d'une athélie congénitale, à savoir l'absence de la glande mammaire, respectivement de celle du mamelon (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 475/00 du 27 mars 2001). Le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC qualifie d'infirmité congénitale les troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes

psychiques et cognitifs chez les sujets d'intelligence normale, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année (syndrome psycho-organique, psycho-syndrome dû à une lésion diffuse ou localisée du cerveau et syndrome psycho-organique congénital infantile). Selon la pratique administrative, plusieurs symptômes - troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, troubles des pulsions, troubles perceptifs et cognitifs, troubles de la concentration et troubles de la faculté d'attention - doivent être réunis avant l'âge de neuf ans pour qu'une infirmité congénitale au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC soit retenue.

E. 9

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la

A/2054/2015 - 18/25 - valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3). 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). S'agissant de la valeur probante des 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins-traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007

consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins-traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). On ajoutera qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral A/2054/2015 - 19/25 - 9C_885/2007 du 15 septembre 2008 consid. 3.2 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

E. 10

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). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, 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 le principe 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 serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a

récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

A/2054/2015 - 20/25 -

E. 11

Par ordonnance du 12 novembre 2015 (ATAS/855/2015), la chambre de céans a considéré que, dans le cas d'espèce, l'existence d'un diagnostic d'amastie, à charge de l'intimé, ne ressortait par des pièces du dossier. Au contraire, le Dr F_____ avait fait état d'une « malformation mammaire bilatérale avec asymétrie » (bon du 25 mai 2013), soit d'un « non-développement des seins avec un développement de la glande mammaire uniquement au niveau des mamelons, ce qui entraînait une protrusion ». Il avait observé la « présence d'un anneau fibreux autour du mamelon et un sein quasi inexistant » et retenu le diagnostic de « sein tubéreux stade IV » (rapport du 27 juin 2013). En novembre 2014, il avait constaté une « déformation type tuber du sein gauche et du sein droit avec forte asymétrie » et conclu à une « déformation des seins type seins tubéreux avec thélothisme ». Il avait ajouté que ce « problème mammaire » s'inscrivait probablement dans le cadre d'un syndrome plus important, entraînant un ptosis palpébral (rapport du 14 novembre 2014). Quant au gynécologue traitant, il avait signalé une « malformation avec asymétrie mammaire bilatérale », à savoir l'existence de « seins tubéreux (...) avec un thélotisme et une importante asymétrie » (attestation du 8 juin 2015 du Dr J_____). Aucune de ces atteintes ne correspondait à une amastie, laquelle était caractérisée par l'« absence congénitale d'un sein sur la paroi thoracique » (cf. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr>). Enfin, le psychiatre traitant de la recourante avait mentionné que cette dernière souffrait d'une « aplasie mammaire » (rapport du Dr K_____ du 8 juin 2015), à savoir une « absence de développement d'une ou des deux glandes mammaires » (cf.

<http://dictionnaire.academie-medecine.fr>). Ce diagnostic, outre le fait qu'il n'émanait pas d'un spécialiste, ne consistait pas non plus en une infirmité congénitale. Partant, les affections présentées par la recourante ne figuraient pas dans la liste des infirmités congénitales annexées à l'OIC, de sorte que le droit au traitement de ces anomalies en vertu de l'art. 13 LAI n'était pas ouvert. À cet égard, le compte rendu opératoire du 12 février 2016, lequel rappelle le diagnostic de malformation mammaire bilatérale type seins tubéreux stade VI selon Grolleau et note qu'il est constaté une agénésie importante du muscle pectoral - qui est absent dans toute la région du segments III (des deux côtés) - ne modifie pas cette appréciation, dès lors qu'il ne constate pas une absence de glande mammaire ou de mamelon (Arrêt du Tribunal fédéral du 27 mars 2001 I 475/00).

E. 12

La chambre de céans a estimé, lors de l'examen du droit à la prise en charge de l'intervention chirurgicale litigieuse, au sens de l'art. 12 LAI, qu'une expertise judiciaire était nécessaire en considérant ce qui suit : a. L'intimé considère que les troubles psychiques ne sont pas liés de façon prépondérante à l'atteinte mammaire et qu'il n'est pas établi qu'une opération améliorerait, à elle seule, de façon durable et importante l'état

psychique de la recourante de manière à influencer sa future capacité de gain. Ces conclusions sont

A/2054/2015 - 21/25 - fondées sur l'appréciation du Dr I_____, lequel estime que la recourante souffre d'une fragilité psychique justifiant un suivi psychiatrique depuis longtemps, soit bien avant sa puberté. Selon lui, le problème mammaire aggrave cette fragilité, sans être la cause première du trouble anxieux qui entraîne des difficultés relationnelles importantes (avis du 25 juin 2015). La recourante conteste ces conclusions et soutient que le développement anormal de sa poitrine aggrave considérablement son anxiété sociale et a des conséquences sur son intégration sociale et ses études, précisant être pour la première fois en échec scolaire. Elle se réfère aux rapports établis par ses médecins traitants, dont son gynécologue qui atteste que la malformation mammaire engendre un comportement d'évitement et une grande atteinte psychologique, et qu'une intervention permettrait d'améliorer son développement et sa santé psychique (attestation du Dr J_____ du 8 juin 2015). Quant au psychiatre de la recourante, il est d'avis que le trouble anxieux et sa forte composante phobique sociale, lesquels entraînent des difficultés relationnelles importantes et interfèrent avec les études et la vie en groupe, sont considérablement aggravés par l'aplasie mammaire. Cette aggravation retentit fortement sur la scolarité, l'intégration sociale et donc sur l'avenir professionnel. Une intervention chirurgicale permettrait très probablement de beaucoup diminuer le handicap subi par la recourante (rapport du Dr K_____ du 8 juin 2015). b. A titre préalable, il convient de relever que ces deux documents, lesquels font état de troubles psychiques préexistants à la décision litigieuse et en lien avec les malformations mammaires, doivent être pris en considération par la chambre de céans. En effet, même si le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références), les faits survenus postérieurement doivent être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). c. En l'occurrence, la chambre de céans constate que, contrairement à ce que retient l'intimé, l'existence de multiples atteintes à la santé et celle d'un suivi psychiatrique antérieure à la puberté ne permet pas d'exclure que la déformation mammaire cause à la recourante une souffrance morale entraînant des répercussions sur son aptitude future à exercer une activité lucrative. Cela est d'autant plus vrai que la recourante souffre d'une infirmité congénitale qui implique notamment la présence de symptômes psychiques avant la 9ème année de l'enfant. L'appréciation du Dr I_____ n'emporte donc pas la conviction et est sérieusement contredite par les avis des médecins-traitants de la recourante, en particulier son psychiatre, sa psychothérapeute et son gynécologue, de sorte qu'il est nécessaire d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire, laquelle sera confiée à la Dresse

A/2054/2015 - 22/25 - L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents.

E. 13

a. Le rapport d'expertise de la Dresse L_____ du 31 mars 2016 répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Fondé sur une étude complète du dossier, deux entretiens avec la recourante et la mère de celle-ci, l'analyse des rapports d'examen neuropsychologique de Mme Q_____ et du centre de

consultation spécialisé en autisme de l'office médico-pédagogique, il expose de façon claire les diagnostics retenus, soit un trouble du spectre autistique de niveau 1 et un syndrome dysmorphogénétique, une cardiopathie, des troubles praxiques, des troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels, ainsi que des malformations dentaire et des seins. Le rapport conclut que la malformation mammaire est un facteur de crise ayant des répercussions sur la scolarité de la recourante mais n'est pas la seule cause des difficultés scolaires et sociales de celle-ci. L'experte a expliqué que la malformation mammaire était le symptôme d'un syndrome génétique - lui-même en lien avec le trouble du spectre autistique - lequel avait un poids psychologique important, rendant nécessaire l'opération mammaire ; cette intervention participait à l'amélioration de la situation en offrant un certain soulagement ; l'experte conclut en estimant que l'opération mammaire devrait être prise en charge par l'assurance-invalidité. b. La recourante adhère aux conclusions du rapport d'expertise mais relève que l'experte a posé à tort le diagnostic du trouble du spectre autistique de stade 1, a indiqué de façon erronée qu'elle avait doublé sa première année de collège alors qu'il s'agissait de la seconde, et semblait insinuer qu'elle aurait refusé de se séparer de sa mère durant l'entretien ce qui était faux ; il était par ailleurs honteux que l'experte n'ait pas cherché à la revoir après l'intervention chirurgicale. A cet égard, l'experte a posé le diagnostic de trouble du spectre autistique de niveau 1, en relevant que les particularités de ce trouble avaient fait l'objet d'études récentes et de recherches intenses et que ce diagnostic restait difficile à poser, malgré la fréquence du trouble, surtout lorsque, comme en l'espèce, il était de niveau 1. L'experte a ainsi de façon précise et complète effectué une description des difficultés présentées par les enfants concernés par ce trouble et expliqué les critères diagnostics, ce qui lui a ensuite permis de retenir ce diagnostic dans le cas de la recourante, étant encore relevé que l'association du trouble du spectre autistique avec d'autres malformations génétiques, comme celles présentées par la recourante, était bien connue. La chambre de céans constate, contrairement à l'avis de la recourante, que l'experte a motivé de façon particulièrement convaincante les diagnostics retenus. c. L'intimé estime que l'expertise judiciaire a pleine valeur probante. Les réponses aux questions posées étaient très claires, sous réserve de l'avis de l'experte sur la

A/2054/2015 - 23/25 - prise en charge de l'intervention par l'assurance-invalidité, cet aspect sortant de son rôle. Selon l'experte, les troubles psychiques n'étaient pas liés de façon prépondérante à l'atteinte aux seins, de sorte que le refus de prise en charge de l'intervention devait être confirmé. A cet égard, la chambre de céans constate que l'experte a clairement expliqué que la recourante présentait principalement un trouble du spectre autistique lequel entraînait un manque de capacités adaptatives, du stress et de l'angoisse ; la malformation mammaire, laquelle faisait partie d'un ensemble de malformations physiques dû au syndrome génétique, avait en particulier exacerbé les rituels secondaire au stress et avait eu un impact important sur la disponibilité psychique et sur la gestion du temps de la recourante ; elle était un des facteurs de crise actuel, crise qui avait des répercussion sur la scolarité de la recourante ; dans ce sens, l'opération mammaire pouvait offrir un certain soulagement en la libérant de ces rituels trop envahissants ; cette opération participait à une amélioration de la situation et faisait partie des mesures à prendre pour aider la recourante à avancer ; l'amélioration ou la dégradation de la capacité d'apprentissage de la recourante était multifonctionnelle et la prise en charge de l'opération mammaire avait une valeur de réparation sociale, son refus pouvant avoir des conséquences excessivement négatives. En l'occurrence, les conclusions de l'experte judiciaire démontrent que la malformation mammaire de la recourante, si elle n'est qu'un facteur

parmi d'autres intervenants dans la fragilité psychique de la recourante, constitue néanmoins un élément ayant eu un impact important sur la disponibilité psychique et sur le stress de la recourante, en augmentant aussi les rituels secondaires au stress, ces aspects ayant eu un impact négatif sur les capacités d'apprentissage de la recourante. Dans ce sens, il convient d'admettre que l'aptitude à se former et à exercer une activité lucrative de la recourante est influencée négativement par la malformation mammaire. d. Au vu de ce qui précède, l'intervention de reconstruction mammaire est à la charge de l'intimé.

E. 14

a. Partant, le recours sera admis et la décision du 8 mai 2015 sera annulée. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. b. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). c. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (cf. SVR 2013 IV n°1 p.1 [9C_13/2012] consid. 3 ; consid. 3 non publié aux ATF 139 V 225 de l'arrêt 8C_984/2012 du 6 juin 2013). Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures

A/2054/2015 - 24/25 - indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Dans un arrêt ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a considéré que lorsque le tribunal cantonal des assurances (respectivement le Tribunal administratif fédéral) constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même une expertise en œuvre (consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Dans ce cas, les coûts de l'expertise ordonnée par le tribunal auprès du COMAI peuvent être mis à la charge de l'assurance-invalidité (consid. 4.4.2). Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux exigences jurisprudentielles, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier [ATF 139 V 496 consid. 4.4 p. 502 et les références (arrêt du Tribunal fédéral 8C_251/2016 du 10 avril 2017)]. En l'occurrence, l'instruction de l'intimé, qui s'est contenté de demander l'avis du SMR, est lacunaire dans la mesure où elle ne permettait pas de répondre aux questions nécessaires à l'issue du litige, de sorte que les frais d'expertise de CHF 5'000.- seront mis à la charge de l'intimé.

A/2054/2015 - 25/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.