

GE_GERICHTE ATAS/631/2011 vom 21. Juni 2011

GE Cour de justice, 2011-06-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_631_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/631/2011 du 21 juin 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/631/2011 del 21 giugno 2011

Erwägungen

E. 1

a) Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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 l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

b) 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 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de l'assurée à des mesures médicales sollicitée en 2010. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

E. 2

a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision en date du 25 janvier 2011, qui a été confirmé par la décision du 9 mars 2011 contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 11 avril 2011.

A/1067/2011 - 4/7 - c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

a) Aux termes de l'art. 8 al. 2 LPGA, 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. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

b) 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. 1er). 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. L'art. 1er al. 1er de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC), arrêtée conformément à l'art. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (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. L'art. 1er al. 2, 2e phrase OIC prévoit en outre, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er décembre 2004, que le Département fédéral de l'intérieur peut adapter chaque année la liste des infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales. c) La liste des infirmités congénitales de l'OIC comporte plusieurs subdivisions, dont le chapitre II concernant la squelette et le chapitre IV concernant la face, qui regroupe notamment les infirmités congénitales liées à la dentition (dysplasie dentaire, anodontie congénitale, hyperdontie congénitale, micromandibulie, etc.).

E. 4

a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

A/1067/2011 - 5/7 - Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

E. 5

Dans le cas d'espèce, le Dr M_____, professeur de médecine dentaire, spécialiste en orthopédie dento-faciale qui a ausculté l'assuré, a confirmé que le patient ne présente aucune infirmité congénitale. Son dentiste traitant ne le conteste pas. Ainsi, la condition indispensable à l'octroi de mesures médicales fondées sur l'art. 13 LAI fait défaut. La décision querellée est certes succincte, mais elle est parfaitement motivée, dès lors qu'elle cite les dispositions applicables, puis motive le refus de prestations par l'absence d'infirmité

congénitale. Le père de l'assuré n'a pas fait usage du délai accordé par la Cour pour compléter sa motivation, cas échéant produire des pièces complémentaires permettant d'étayer sa position. Il ne se justifie donc pas d'ordonner d'autres mesures d'instruction d'ordre médical, la demande de prestations n'étant fondée sur aucun rapport médical retenant une infirmité congénitale. A noter que tous les traitements d'orthodontie ne relèvent pas de l'assurance-invalidité, ce que le dentiste traitant de l'assuré a vraisemblablement clairement indiqué aux parents de celui-ci.

E. 6

La décision de refus est ainsi bien fondée et le recours est rejeté.

E. 7

Seul le recourant qui obtient gain de cause et qui est représenté par un avocat ou un mandataire professionnellement qualifié a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 de la loi du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative). Débouté, le recourant n'a pas droit à des dépens. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant la Cour de céans est soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI),

A/1067/2011 - 6/7 - fixés initialement à 200 fr. à la charge du recourant. Toutefois, la Cour renoncera exceptionnellement à la perception d'un émolument compte tenu de la volonté de l'assuré de retirer son recours, manifestée tardivement, l'arrêt étant déjà mis en délibération.

A/1067/2011 - 7/7 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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