

GE_GERICHTE A/101/2011 vom 6. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_101_2011

FR: GE_GERICHTE A/101/2011 du 6 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE A/101/2011 del 6 ottobre 2011

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause L _____, représentée par son père Monsieur L _____, domiciliée au GRAND-SACONNEX recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT L _____ (ci-après : l'assurée) est née en 2002 à 33 semaines ; elle pesait alors 1960 grammes. L'enfant est restée hospitalisée jusqu'au 9 avril 2002. Les complications consistaient en une détresse respiratoire transitoire, une hypotension artérielle, un risque infectieux mineur, un pied talus valgus droit et une hyperbilirubinémie. Elle n'a pas fréquenté la consultation des prématurés et enfants à risque (cf. rapport de l'unité de néonatalogie des Hôpitaux universitaires de Genève [HUG] du 9 avril 2002). Le 4 avril 2002, les parents de l'assurée ont déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI). L'OAI a accordé des mesures médicales pour le traitement de l'infirmité congénitale n° 494 (nouveau-nés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 grammes) - du 29 mars 2002 jusqu'à la reprise d'un poids de 3000 grammes - et pour celui de l'infirmité n° 177 (malformation congénitale des extrémités) - du 29 au 31 mars 2003 - (cf. communications des 26 et 27 juin 2002). Par décision du 8 avril 2004, l'OAI a accepté de prendre en charge les coûts de la poursuite du traitement de l'infirmité congénitale n° 177, y compris les contrôles médicaux et la physiothérapie et ce, du 1^{er} avril au 28 mai 2003, date de fin du traitement. Le 12 novembre 2009, les parents de l'assurée ont requis de nouvelles mesures médicales. Ils ont expliqué que leur fille était traitée depuis août 2009 pour des séquelles de prématurité sous forme de dysplasie dentaire par le Dr A _____, médecin dentiste. LA _____ souffrait en effet d'une malformation de l'émail des dents permanentes ; les mesures préconisées par le médecin étaient préventives, avant de faire place à un traitement définitif. Les parents ont produit à l'appui de leur demande un rapport établi par le Dr A _____ le 11 novembre 2009 précisant que les dents définitives n° 11, 32, 16, 26, 36 et surtout 46 étaient atteintes. Le médecin émettait l'avis qu'il n'y avait pas d'infirmité congénitale au sens de l'ordonnance sur les infirmités congénitales et confirmait la nécessité d'un traitement dentaire, dès le mois d'août 2009 et pour une durée indéterminée. Le 25 novembre 2009, l'OAI a adressé aux parents un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter leur demande au motif que le dossier médical ne permettait pas de conclure à une infirmité congénitale au sens de l'ordonnance et que les conditions d'une prise en charge de mesures n'ayant pas pour objet le traitement de l'affection comme telle n'étaient pas remplies. En effet, le traitement résultant de l'hypoplasie dentaire n'entrait pas dans les traitements pris en charge par l'assurance-invalidité. Par courrier du 26 novembre 2009, les parents de l'assurée ont contesté ce projet. Le 17 décembre 2009, ils ont produit une attestation du Dr A _____ datée du 30 novembre 2009 précisant que l'enfant souffrait d'hypoplasies importantes aux molaires - dents qui commençaient leur

minéralisation un mois avant la naissance. L'assurée étant née prématurément à sept mois, il y avait une forte probabilité que ces hypoplasies en fussent une des conséquences. Les parents ont également produit un article du Dr. B _____ indiquant que les hypoplasies de l'émail sont dues à un dysfonctionnement des améloblastes se traduisant par une formation incomplète ou défectueuse de la matrice. Cliniquement, elles se manifestent le plus souvent par la présence de sillons ou stries horizontales ou des défauts ou altérations de la surface de l'émail, voire même parfois par une malformation de la couronne. Ces hypoplasies peuvent être d'origine héréditaire ou d'origine environnementale (certaines déficiences nutritionnelles, maladie exanthémateuses, syphilis congénitale, hypoglycémie, problèmes de trauma à la naissance, prématurité, maladie hémolytique, problèmes d'infection ou de traumatisme local, exposition à des éléments tels que le fluor). Le nombre des dents atteintes varie selon la cause. D'une manière générale les hypoplasies d'origine environnementale sont liées à des événements ayant eu lieu pendant la première année de l'enfant. Le traitement est conservatoire ; on utilise dans un premier temps des techniques de blanchiment ou de micro abrasion qui permettent de conserver au maximum le tissu dentaire. En cas d'échec ou de dysplasies plus marquées, on envisage une restauration en composite ou la pose d'une facette. Le 3 février 2010, le Dr C _____, pédiatre FMH et médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a confirmé que l'émail des enfants prématurés était statistiquement plus fragile. Il a fait remarquer qu'aucun chiffre de l'ordonnance ne couvrait cependant la fragilité de l'émail et que l'assurance-invalidité ne prenait pas en charge toutes les conséquences d'une naissance prématurée. Par décision du 16 février 2010, l'OAI a confirmé son projet et a refusé les mesures médicales requises. Saisi d'un recours en date du 9 mars 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - l'a admis partiellement, a annulé la décision du 16 février 2010 et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire (cf. arrêt du 27 avril 2010 [ATAS/429/2010]). Le Tribunal a constaté que l'OAI n'avait pas examiné si les troubles dont souffrait l'assurée pouvaient tomber sous le coup du chiffre 205 de l'OIC (dysplasies dentaires congénitales lorsqu'au moins 12 dents de la seconde dentition après éruption sont fortement atteintes) et qu'il n'avait en outre pas suffisamment instruit la question du lien de causalité tant naturelle qu'adéquate entre l'infirmité congénitale n°494 et les dysplasies dentaires constatées chez l'assurée. Sur demande de l'OAI, le Dr A _____ a établi un nouveau rapport médical en date du 2 juillet 2010 dans lequel il a précisé que l'hypoplasie énamélaire (MIH) était en lien direct avec la prématurité (causalité naturelle) et qu'il n'existait aucun chiffre dans la littérature concernant la fréquence de ce trouble en cas d'infirmité congénitale n°494 (causalité adéquate). La couronne des molaires de six ans commençait sa minéralisation un mois avant la naissance pour la terminer vers quatre ans. La probabilité d'une perturbation de la minéralisation de ces molaires lors d'un problème à la naissance (prématurité, hypoxie, etc.) était grande. Le 24 septembre 2010, le Dr C _____ a observé que l'assurée était née après 33 semaines de gestation avec un poids de naissance de 1960 grammes, ce qui correspondait à une prématurité modérée et à un poids en rapport avec son âge, sans grands problèmes médicaux néonataux. Son poids de naissance lui avait permis - pour 40 grammes - de répondre aux conditions du chiffre 494 de l'ordonnance. En l'absence de chiffres statistiques étayant l'appréciation du Dr A _____ sur le lien de causalité entre la prématurité et l'atteinte dentaire, ce rapport de causalité était sujet à caution. Le Dr C _____ a fait remarquer que si un tel lien était évident, les dentistes crouleraient sous les traitements d'émail, vu le nombre d'enfants naissant avec une prématurité modérée telle que celle de l'assurée. En outre, s'agissant du

chiffre 205 de l'ordonnance, le médecin a noté que seules six dents de la seconde dentition étaient touchées et qu'aucune odontodysplasie n'était décrite. Le 5 octobre 2010, l'OAI a adressé aux parents un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter une nouvelle fois leur demande au motif que le dossier médical ne permettait pas de conclure à une infirmité congénitale reconnue par l'assurance-invalidité et que les conditions d'une prise en charge en tant que mesures médicales n'ayant pas pour objet le traitement de l'affection comme tel n'étaient pas remplies. Le 4 novembre 2010, les parents de l'assurée ont contesté ce projet. Ils ont relevé que l'hypoplasie dentaire dont leur fille souffrait nécessitait un traitement long et onéreux consistant à l'époque en contrôles réguliers, mais nécessitant probablement, à long terme, la pose d'implants dentaires. Ils ont produit un article d'une infirmière américaine, M _____, et un rapport du Dr A _____ du 3 novembre 2010 rappelant que leur fille suivait un traitement pour un problème de MIH (molar-incisiv-hypomineralization) au niveau, surtout, des dents 16, 26 et 46. Ce traitement avait un but purement préventif jusqu'à l'âge de 18 ans, sous forme de reminéralisation et de fluoruration de la surface énamélaire à l'aide de vernis et de gel, ainsi que de protection de la surface dentinaire exposée à l'aide de verres ionomères. C'est seulement à partir de cet âge qu'une reconstitution sous forme de composite direct ou indirect pourrait être envisagée. L'assurée devait se soumettre à des contrôles rapprochés tous les trois mois représentant un coût approximatif de 800 fr. par année jusqu'à l'âge de 18 ans. Le 7 décembre 2010, le Dr C _____ a souligné que, selon l'article de M _____, ces problèmes dentaires touchaient les prématurés très petits à la naissance (moins d'un kilogramme) ou très malades et ceux qui avaient connu des problèmes sévères en période néonatale (infections, intubation prolongée, soins intensifs avec difficultés nutritionnelles), ce qui ne correspondait pas du tout à la situation de l'assurée. Le médecin a estimé que, dans le cas d'espèce, la relation entre l'hypoplasie de l'assurée et sa prématurité modérée n'était clairement pas établie. Il a par ailleurs relevé qu'il n'y avait pas encore de lésions à proprement parler et qu'il s'agissait donc bien d'un traitement préventif et non curatif. Par décision du 16 décembre 2010, l'OAI a confirmé sa position et rejeté la demande de prestations. Par acte du 14 janvier 2011, les parents de l'assurée ont interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant implicitement à la prise en charge par l'intimé du traitement de l'hypoplasie dentaire de leur fille. Les recourants reprennent les mêmes arguments que ceux développés dans leurs observations du 4 novembre 2010. En outre, ils contestent la distinction faite par le SMR entre prématurité importante et légère au motif que, selon la définition du dictionnaire, un prématuré est un bébé viable né avant terme. Selon eux, l'hypoplasie dont souffre leur fille est une conséquence de sa prématurité et doit donc être considérée comme une malformation congénitale. Enfin, ils contestent que le traitement ne soit que préventif, puisqu'il est indispensable pour tenter d'éviter les implants dentaires. Dans sa réponse du 17 février 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'intimé soutient qu'il n'existe aucun lien de causalité adéquate qualifiée entre les hypoplasies dentaires et la prématurité répondant aux conditions du chiffre 494 de l'ordonnance. Selon lui, compte tenu du peu de gravité des symptômes à la naissance, l'hypoplasie dentaire dont souffre l'assurée n'est pas liée à la prématurité. En outre, ces hypoplasies dentaires n'ont été découvertes qu'à l'âge de six ans, de sorte que de nombreuses étiologies peuvent être envisagées avec une vraisemblance égale. Au vu de la diversité des facteurs étiologiques, cette affection ne peut être considérée comme une manifestation pathologique secondaire en étroite connexion avec les symptômes de la prématurité. Le 22 février 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice a transmis cette écriture aux recourants en leur

accordant un délai pour consulter le dossier, faire part de leurs remarques et produire toutes pièces utiles. EN DROIT 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 1^{er} 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, et les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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). Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 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 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la LPGA est applicable puisque la demande de prestations est postérieure à son entrée en vigueur. Du point de vue matériel, le droit à des mesures médicales doit être examiné au regard des modifications de la LAI à partir du 1^{er} janvier 2008 (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des mesures médicales. En vertu de l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 3 al. 2 LPGA jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral s'est vu confier la compétence d'établir la liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées et la possibilité d'exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2). Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'OIC du 9 décembre 1985 (SR 831.232.21). Sont réputées infirmités congénitales les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant (art. 1 al. 1 OIC) et qui figurent dans la liste annexée à l'ordonnance (art. 1 al. 2 1^{ère} phrase OIC), dont il est précisé qu'elle peut être adaptée chaque année par le Département fédéral de l'intérieur (ci-après : DFI ; art. 1 al. 2 2^{ème} phrase OIC). D'après la jurisprudence, la liste des infirmités congénitales est exhaustive et ne saurait être étendue par le juge - serait-ce à l'aide d'un raisonnement par analogie (cf. ATF 125 V 21 consid. 6a) -, sous réserve de son pouvoir de contrôler la légalité et la constitutionnalité de l'OIC. Le Tribunal fédéral des assurances a précisé qu'il n'examine qu'avec une grande retenue le contenu du catalogue annexé à l'OIC, dans la mesure où l'art. 13 al. 2 LAI confère au Conseil fédéral une large compétence de déterminer, parmi les infirmités congénitales au sens médical, celles pour lesquelles les prestations de l'art. 13 LAI doivent être accordées (infirmités congénitales au sens de la LAI; ATF 105 V 21 consid. 1b) et où le catalogue dressé à cette fin, parfois en tenant légitimement compte d'impératifs de praticabilité, présente un caractère technique marqué (ATFA non publié I 64/01 du 20 février 2002, consid. 4bb). Par ailleurs, dans la mesure où

le DFI peut corriger la liste à bref délai (art. 1 al. 1 2^{ème} phrase OIC), le système mis en place permet de tenir raisonnablement compte des progrès de la science médicale (ATFA non publié I 64/01, op. cit., consid. 4bb). Selon la jurisprudence, le droit aux mesures médicales peut s'étendre exceptionnellement au traitement d'atteintes secondaires à la santé qui n'appartiennent certes pas à la symptomatologie de l'infirmité congénitale, mais qui, à la lumière des connaissances médicales, en sont une conséquence fréquente. Il doit cependant exister entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire un lien très étroit de causalité adéquate (ou rapport de causalité adéquate qualifié: ATF 129 V 207 consid. 3.3, 100 V 41 consid. 1a; SVR 2005 IV no 22 p. 86; ATFA 1965 p. 159 consid. 2b et 160 consid. 3, 1962 p. 51 consid. 1 et p. 215; VSI 2001 p. 71 consid. 3a et b, 1998 p. 252. consid. 2a et b). Il n'est pas nécessaire que l'affection secondaire soit directement liée à l'infirmité; des conséquences même indirectes de l'infirmité congénitale peuvent également satisfaire à l'exigence d'un lien qualifié de causalité adéquate (Pra 1991 no 214 p. 903 consid. 3b et les références). Par ailleurs, la question de la prise en charge par l'assurance-invalidité des effets secondaires d'une infirmité congénitale pour laquelle le Conseil fédéral a lui-même restreint l'étendue des prestations se pose exclusivement dans les limites temporelles qu'il a fixées. Ainsi les atteintes secondaires d'infirmité congénitale mentionnée au chiffre 394 de l'Annexe à l'OIC n'ouvrent-elle droit aux prestations que jusqu'à ce que le prématuré ait atteint le poids de 3000 grammes (ATF 129 V 207 consid. 3.4). Ce n'est que si ce lien de causalité qualifié entre l'atteinte secondaire à la santé et l'infirmité congénitale est donné et si le traitement se révèle en outre nécessaire que l'AI doit prendre en charge les mesures médicales dans le cadre de l'art. 13 LAI (ATF 100 V 41 avec références; VSI 2001 p. 71 consid. 3a; RCC 1974 p. 386). La causalité naturelle est donnée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'infirmité congénitale, l'affection secondaire ne se serait pas produite du tout, ou qu'elle ne serait pas survenue de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, qu'elle soit la cause unique ou immédiate de l'affection secondaire; il faut et il suffit que l'infirmité congénitale, associée éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'affection secondaire, c'est-à-dire qu'elle se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'infirmité congénitale et l'affection secondaire sont liées par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve: 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 l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3). 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). La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon

générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références). C'est une question de droit qui doit être tranchée par l'office de l'assurance-invalidité ou par le juge en cas de recours (ATF 123 V 98 consid. 3d et 137 consid. 3c, 111 V 186 consid. 2b). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Sans remettre en cause ce principe, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). En ce qui concerne les 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 consid. cc). En l'espèce, l'intimé a accordé à la recourante des mesures médicales pour deux infirmités congénitales. D'une part, il a pris en charge l'infirmité n° 494 OIC (nouveau-nés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 grammes) jusqu'à la reprise d'un poids de 3000 grammes (communication du 26 juin 2002). D'autre part, il a accepté de prester pour l'infirmité n° 177 (autres défauts congénitaux et malformations congénitales des extrémités, lorsqu'une opération, un appareillage ou un traitement par appareil plâtré sont nécessaires), du 29 mars au 28 mai 2003, date à laquelle le traitement a pris fin (cf. communication du 27 juin 2002 et décision du 8 avril 2004). Il ressort des rapports du Dr A._____ des 11 novembre 2009 et 3 novembre 2010, que l'assurée souffre d'hypoplasies dentaires (malformation de l'émail sous forme d'hypominéralisation des incisives et des molaires) au niveau de certaines dents définitives dont les incisives 11 et 32 ainsi que la molaire 36, mais surtout les molaires 16, 26 et 46, pour lesquelles elle est en traitement depuis le mois d'août 2009. Ledit traitement consiste actuellement à reminéraliser et fluorer la surface énamélaire avec des vernis et du gel ainsi qu'à protéger la surface dentinaire exposée à l'aide de verres ionomères. Lorsque l'assurée aura atteint l'âge de 18 ans, une reconstitution sous forme de composite direct ou indirect pourra être envisagée. Le chiffre 205 OIC est le seul de l'ordonnance évoquant les troubles dont souffre l'assurée. Il cite les dysplasies dentaires congénitales mais pose la condition qu'au moins 12 dents de la dentition après éruption soient très fortement atteintes. En cas d'odontodysplasie (ghost teeth), il suffit qu'au moins deux dents dans un quadrant soient

atteintes. Suite au complément d'instruction requis par le Tribunal cantonal dans son arrêt du 27 avril 2010, le Dr C _____ a précisé, en date du 24 septembre 2010, que seules six dents de la seconde dentition étaient touchées chez l'assurée et qu'aucune odontodysplasie n'était décrite. Les divers rapports du Dr A _____ ne mentionnent effectivement pas d'odontodysplasie, mais une hypoplasie énamélaire qui, selon ce médecin, ne peut être considérée comme une infirmité congénitale au sens de l'OIC. En outre, il ressort de ces rapports que, parmi les six dents touchées, ce sont surtout trois molaires qui sont atteintes. Force est de constater à l'étude de ces divers documents, qu'il n'existe aucun élément justifiant de s'écarter des conclusions du Dr C _____ : les conditions permettant d'admettre l'existence d'une affection congénitale au sens du chiffre 205 OIC ne sont pas réalisées. Il convient encore d'examiner si les hypoplasies dentaires dont souffre l'assurée sont en rapport de causalité naturelle et adéquate avec sa prématurité. Selon le rapport du Dr A _____ du 30 novembre 2009, il y a une forte probabilité que ces hypoplasies soient une conséquence de la prématurité. Le médecin a toutefois admis, dans son rapport du 2 juillet 2010, qu'il n'existe aucune statistique dans la littérature médicale déterminant la fréquence de cette atteinte dentaire en cas de prématurité. Dans ses avis des 3 février, 24 septembre et 8 novembre 2010, le Dr C _____ reconnaît que l'émail des enfants prématurés est effectivement statistiquement plus fragile mais qu'en l'absence de chiffres précis sur le lien entre la prématurité et l'atteinte dentaire, le rapport de causalité admis par le Dr A _____ est sujet à caution. En l'espèce, le fait de conclure, comme le fait le Dr A _____, à un lien de causalité fort probable entre les hypoplasies dentaires et la prématurité au seul motif que l'assurée est née après 33 semaines ne saurait convaincre. En effet, ce faisant, le médecin invoque une cause pour en tirer une conséquence, sans pouvoir s'appuyer sur des éléments objectifs tels que des statistiques. Selon les divers documents tirés d'Internet produits par les parents de l'assurée, les hypoplasies dentaires peuvent être d'origine héréditaire ou environnementale et, dans ce dernier cas, elles sont d'une manière générale liées à des événements ayant eu lieu pendant la première année de l'enfant. En outre, selon l'article de Yves DELBOS et Béatrice RICHARD de l'Université de Bordeaux, odontologie pédiatrique, sur les anomalies de structure publié en août 2009 (<https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/a18da394-9d7e-49bf-bdd5-346d30b1a28d>, page 8) l'hypominéralisation incisive et molaire (MIH) est définie comme une anomalie acquise idiopathique de structure de l'émail affectant une ou plusieurs molaires permanentes, éventuellement associée à celle des incisives. L'incidence varie de 3.25% à 25% en Europe et semble augmenter depuis les années 1970. L'étiologie serait systémique à savoir liée à la pollution et aux pathologies respiratoires, notamment aux dioxines. Étant donné que les diverses publications médicales en la matière évoquent plusieurs origines possibles à ce trouble - ce qui est confirmé par sa classification en tant qu'anomalie idiopathique, c'est-à-dire dont la cause est inconnue -, il n'est pas possible d'admettre avec le degré de vraisemblance prépondérante requis en assurances sociales un lien qualifié de causalité avec la prématurité, laquelle n'est que l'une des nombreuses causes possibles des hypoplasies dentaires MIH. On relèvera encore que même si un tel lien était admis, la restriction temporelle concernant l'étendue des prestations liée à l'affection congénitale n° 424 OIC aurait quoi qu'il en soit empêché la prise en charge du traitement dentaire, indépendamment de savoir s'il s'agit d'une mesure préventive ou non. En effet, l'assurée, âgée de sept ans lors de la demande du 12 novembre 2009, avait manifestement atteint un poids supérieur à 3000 grammes à cette époque. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestation. Au vu de ce qui précède, le

recours sera rejeté. Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner les recourants au paiement d'un émolument de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge des parents de l'assurée. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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