

GE_GERICHTE A/1968/2014 vom 24. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1968_2014

FR: GE_GERICHTE A/1968/2014 du 24 juin 2015

IT: GE_GERICHTE A/1968/2014 del 24 giugno 2015

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause L'enfant A_____, représentée par sa mère, Madame B_____ A_____, domiciliée à CHÊNE-BOURG recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENVE intimé EN FAIT 1. L'enfant A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1997, a présenté à sa naissance des hémangiomes multiples au visage et au tronc.
2. Par décision du 16 mars 2000, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) a mis l'assurée au bénéfice de mesures médicales pour l'infirmité congénitale chiffre 109 de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 (OIC - RS 831.232.21) relativement aux naevi congénitaux, y compris les contrôles médicaux et le traitement au laser 13.1.
3. Par décision du 31 mars 2000, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice des mesures médicales pour l'infirmité congénitale n° OIC 313 relativement à la malformation des vaisseaux, y compris les contrôles ophtalmologiques.
4. Par décision du 15 juillet 2004, l'OAI a accepté de prendre en charge les problèmes ophtalmologiques de l'assurée en tant qu'ils étaient en relation avec l'infirmité congénitale OIC 313.
5. Le 19 juillet 2005, le département de pédiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) a établi un bilan multidisciplinaire dont il appert que l'assurée, âgée de sept ans et demi, connue pour une hémangiomatose de naissance et des céphalées chroniques depuis 2002, présentait des céphalées continues avec des crises fréquentes, en casque, rétro-orbitaires, non pulsatives accompagnées de photophobies et de nausées, la réveillant la nuit. Il fut relevé également une énurésie secondaire surtout nocturne ainsi qu'un gonflement par intermittence des membres inférieurs et du visage et des crises douloureuses aux quatre membres. Des troubles de l'attention et de la mémoire à court terme furent relevés ainsi qu'une diplopie par intermittence depuis un an et demi. Une imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) cérébrale du 12 juillet 2005 n'avait pas montré d'augmentation de l'angiome rétinien, ni de lésion intra-cérébrale, mais une augmentation du nombre d'angiomes de la calotte crânienne. Par rapport complémentaire du 12 juillet 2005, il fut noté sur le plan psycho-social un status triste, abattu, renfermé, handicapé par les céphalées, des troubles de la concentration et de la mémoire à court terme et une disposition à l'auto-hypnose, ressource pouvant être développée par un suivi psychologique pour alléger les douleurs.
6. La famille de l'assurée ayant déménagé en France, le dossier de l'assurée a été transmis à l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) par acte du 14 septembre 2005.
7. L'OAIE a repris la couverture des mesures médicales pour les infirmités OIC 109 et 313 et l'a prolongée jusqu'au 30 septembre 2013 (communication du 16 septembre 2008). Il a également pris en charge les frais afférents aux séances de psychothérapie jusqu'au 31 décembre 2009 (communications des 5 février 2008 et 19 mai 2009).
8. Par décision du 8

avril 2008, l'OAIE a refusé de prendre en charge un traitement d'oxygénothérapie, au motif que les céphalées aiguës dont souffrait l'assurée n'étaient pas liées directement avec les infirmités congénitales OIC 109 et 313. Suite au recours interjeté par l'assurée, agissant par sa mère, Madame B _____ A _____ (ci-après la mère de l'assurée), le Tribunal administratif fédéral a renvoyé la cause à l'administration pour instruction complémentaire sur le lien de causalité entre les céphalées et les infirmités congénitales précitées, sur le bien-fondé d'une thérapie par oxygénothérapie et sur l'intégration éventuelle de la maladie congénitale chiffre OIC 381 (arrêt C_3408/2008 du 16 septembre 2010). A la demande de l'OAIE, par rapport du 15 mars 2011, le docteur C _____, spécialiste FMH en neuropédiatrie, a expliqué les raisons pour lesquelles il estimait que l'assurée présentait l'infirmité congénitale OIC 381. A la demande de l'OAIE, par rapport du 7 avril 2011, le docteur D _____, spécialiste FMH en neuropédiatrie auprès des HUG, a expliqué qu'il existait, avec une probabilité prépondérante, une relation directe entre les céphalées et les infirmités congénitales chiffres OIC 109 et 313. La reprise de l'anamnèse faisait état de céphalées mixtes, d'une part chroniques quotidiennes dont la nature restait à préciser et d'autre part une composante aiguë caractérisée par des douleurs concernant l'hémiface et même plus précisément le territoire cutané dans lequel était également impliqué l'angiome facial. Ce deuxième type de douleur était décrit par l'assurée comme très important et invalidant et était accompagné de signes végétatifs de l'hémiface concernée à type d'œdème ou de rougeur. Ce type de céphalées évoquait un "cluster headache" ou une hémicrânie paroxystique. On pouvait également formuler l'hypothèse que l'assurée présentait des épisodes de migraine. Quoi qu'il en soit, l'angiome facial de l'assurée impliquant des régions à forte innervation et les exacerbations algiques dont elle se plaignait étant accompagnées de signes végétatifs exactement en regard du territoire cutané de l'angiome, une relation directe entre les céphalées et les infirmités congénitales chiffres OIC 109 et 313 semblaient exister avec une probabilité prépondérante. Par ailleurs, selon l'expert, l'oxygénothérapie était une mesure dont la science médicale avait reconnu l'indication dans le traitement du "cluster headache". Il a précisé que l'absence de description formelle dans la littérature scientifique d'une association entre ce type d'atteinte et le syndrome de Sturge-Weber n'excluait pas que l'assurée souffre de ces deux entités. En l'occurrence, c'était avant tout les caractéristiques cliniques qui faisaient évoquer la possibilité qu'un "cluster headache" soit présent chez l'assurée. L'efficacité de traitement d'oxygène ne faisait aucun doute chez l'assurée et ce traitement tendait au but visé d'une manière simple et adéquate. Enfin, de l'avis du Dr D _____, l'assurée ne présentait pas l'infirmité congénitale chiffre OIC 381 (malformations du système nerveux et de ses enveloppes). 12. Selon une lettre de sortie datée du 12 avril 2011, établie par le professeur E _____, spécialiste FMH en pédiatrie, la doctoresse F _____, spécialiste FMH en pédiatrie et le docteur G _____, médecin interne auprès des HUG, l'assurée avait été hospitalisée pour un bilan multidisciplinaire du 14 février au 8 avril 2011. Le diagnostic principal posé était un syndrome de Sturge-Weber like: angiomes plans disséminés, malformation veineuse cérébrale complexe avec anomalie du retour veineux et un glaucome de l'œil gauche. Les diagnostics secondaires étaient une aménorrhée secondaire, une incontinence urinaire et une sinusite. Les complications étaient une mycose vaginale post-antibiothérapie et une arthrite à la cheville gauche. A l'anamnèse, les médecins ont expliqué que l'assurée, âgée de 13 ans, était connue pour des angiomes plans depuis sa naissance et une malformation veineuse et cérébrale complexe avec anomalie du retour veineux. Elle présentait depuis 2003 des céphalées chroniques et

des douleurs très invalidantes au niveau des membres inférieurs et de l'hémiface gauche. Les céphalées pouvaient atteindre une intensité de 9/10 sans symptôme neurologique associé. Depuis 2003, elle avait bénéficié de multiples traitements médicamenteux, elle pratiquait l'hypnose et recevait de l'oxygène lors des crises douloureuses. L'assurée présentait également des douleurs lombaires, de nouvelle apparition, descendant jusqu'au coccyx et l'empêchant de rester assise plus de 20 minutes. Du point de vue des angiomes, ceux-ci s'étaient péjorés au niveau du dos et de la région lombaire et des fesses avec également une chaleur plus marquée. Du point de vue ophtalmologique, l'assurée présentait une baisse progressive de l'acuité visuelle de l'œil gauche et une amaurose intermittente avec scotome. Du point de vue endocrinologique, l'assurée présentait une aménorrhée secondaire depuis huit mois. Du point de vue rénal, elle avait présenté plusieurs épisodes de pyélonéphrites et des cystites à répétition. Elle présentait également une énurésie nocturne et une incontinence vésicale diurne surtout pendant les crises douloureuses. Du point de vue psychologique, l'assurée était suivie une fois par mois en ambulatoire. Elle se sentait triste et ne fréquentait presque plus l'école depuis la rentrée 2010. Les activités de la vie quotidienne étaient fortement anéanties par les douleurs. Un examen clinique d'entrée, des examens complémentaires et des consultations spécialisées ont été effectuées au cours de l'hospitalisation. Les médecins ont indiqué que du point de vue des douleurs, l'assurée se plaignait principalement de céphalées d'intensité maximale 9/10, de type serrement, bilatérales, diffuses. En accord avec les neurologues, un traitement de Lyrica a été introduit et l'oxygénothérapie a été poursuivie. A la sortie, ses douleurs chroniques étaient évaluées à 6.5/10. Du point de vue de l'étiologie, le syndrome de Sturge-Weber n'était pas connu pour provoquer ces symptômes, raison pour laquelle les médecins avaient demandé un second avis. Les angiomes étaient diffus mais épargnaient l'abdomen. L'assurée avait bénéficié de séances de laser en 2007 et 2008, arrêtées en raison des douleurs. Selon la doctoresse H_____, spécialiste FMH en dermatologie, les angiomes n'avaient pas évolué ces dernières années. L'assurée avait été présentée au colloque des angiomes à Genève le 4 avril 2011 et pour les spécialistes, il n'y avait pas d'autres traitements à proposer. Les médecins avaient contacté pour un second avis, la doctoresse R_____ à Paris, et un rendez-vous était prévu le 14 juin 2011. Du point de vue des douleurs lombaires et coccygiennes, l'assurée présentait un léger glissement de L5-S1 qui ne nécessitait pas de chirurgie actuellement, selon le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Elles diminuaient sous traitement d'Hydromorphone et physiothérapie et il était recommandé qu'elle poursuive la physiothérapie à son retour à domicile. Elle bénéficiait d'un traitement par hypnose une fois par mois et les médecins proposaient d'essayer l'acupuncture. Du point de vue orthopédique, elle présentait des douleurs avec tuméfaction de la cheville gauche sans notion de traumatisme. Les examens avaient permis d'exclure une entorse sévère et une thrombose. Du point de vue ophtalmologique, l'assurée présentait des pressions trop élevées de l'œil gauche, fluctuantes lors des mesures répétées. Un médecin spécialiste du glaucome allait discuter de la thérapie avec la doctoresse J_____, spécialiste FMH en ophtalmologie. Du point de vue néphrologique, l'assurée présentait une incontinence diurne et nocturne. Les néphrologues proposaient une physiothérapie par biofeedback. Elle avait présenté une mycose vaginale, complication possible de l'antibiothérapie prescrite pour la sinusite. S'agissant de l'aménorrhée secondaire, l'assurée présentait une croissance normale, un bilan thyroïdien normal et une hypophyse normale. La diminution du FSH, LH et oestradiol pourrait être d'origine fonctionnelle sur une maladie chronique ou perte pondérale.

L'assurée allait être contrôlée dans six mois. Du point de vue pédopsychiatrique, l'assurée était suivie à la consultation des adolescents par la doctoresse K_____, spécialiste FMH en pédiatrie, sa famille et elle par le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents. A l'extérieure, elle allait être suivie par Madame M_____, psychothérapeute, et la famille par le Dr L_____. 13. Le 25 mai 2011, les HUG ont adressé à l'OAIE une facture pour un montant total de CHF 43'884.45 concernant cette hospitalisation. 14. Par courrier du 31 mai 2011, la mère de l'assurée a informé l'OAIE que sa fille était domiciliée dans le canton de Genève depuis le 1^{er} mai 2011. 15. Par rapport du 10 juin 2011 à l'OAIE, le Dr C_____ a expliqué qu'en novembre 2010, neuf séances de physiothérapie avaient été prescrites à l'assurée pour une mobilisation douce en piscine à but antalgique en raison d'une aggravation des douleurs liées à son angiomatose. En effet, malgré un traitement antalgique médicamenteux porté à son maximum, des douleurs sacro-coccygiennes s'étaient exacerbées progressivement nécessitant une approche de thérapie physique sous forme de physiothérapie. Les douleurs étaient telles que la mobilité de l'assurée s'en trouvait grandement réduite. 16. Par rapport du 7 juillet 2011 à l'OAI, le Dr C_____ a rappelé que l'assurée était suivie régulièrement en consultation de neuropédiatrie pour un angiome plan et une malformation veineuse cérébrale associés respectivement à des douleurs des membres et des céphalées nécessitant un traitement médicamenteux lourd. Elle présentait également des malaises associés aux douleurs. Depuis l'automne 2010, les douleurs et les malaises allaient progressivement en croissant. La Dresse J_____ avait objectivé une baisse considérable de l'acuité de l'œil gauche liée à l'angiome choroïdien qui a occasionné une forte baisse du champ visuel. Les céphalées allant progressivement en augmentant, le traitement antalgique avait suivi. Des douleurs sacro-coccygiennes étaient alors survenues pour lesquelles un bilan radiologique et une consultation chez le docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, avait été pratiqué. L'assurée avait bénéficié d'un traitement antalgique par physiothérapie, le traitement médicamenteux ne pouvant plus être augmenté au-delà du raisonnable. L'assurée avait présenté une aménorrhée secondaire, ce qui associé aux douleurs sacro-coccygiennes, avait motivé une IRM du pelvis. La Dresse H_____ avait alors suggéré une hospitalisation en raison des multiples problèmes posés en automne 2010 afin de revoir de manière critique l'ensemble des possibilités thérapeutiques. 17. Par avis du 12 juillet 2011, le docteur O_____, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès de l'OAIE, a notamment relevé que le séjour hospitalier de l'assurée aux HUG du 14 février au 8 avril 2011 était en partie seulement dû aux infirmités congénitales. Les lombalgies, l'énurésie et l'œdème cartilagineux étaient des problèmes sans lien avec les chiffres OIC 109 et 313. Les examens endocrinologiques et l'aménorrhée secondaire étaient en lien douteux avec ces infirmités. Les problèmes ophtalmologiques et les céphalées étaient cependant en lien avec ces infirmités. Par conséquent, ce médecin proposait une prise en charge à 50% des frais relatifs à ce séjour hospitalier. 18. Par courrier du 25 juillet 2011 aux HUG, l'OAIE a expliqué que son service médical avait examiné la facture et le rapport de sortie du 12 avril 2011 et avait constaté que le traitement stationnaire du 14 février au 8 avril 2011 n'était que partiellement en relation directe avec le traitement des infirmités congénitales OIC 313 et 109. Durant cette hospitalisation, des investigations concernant des problèmes orthopédiques (douleurs lombaires) et des problèmes urologiques avaient été entreprises. Ces investigations et les examens endocrinologiques n'étaient pas à considérer comme étant des mesures simples et adéquates en relation directe avec les infirmités congénitales

précitées. Par conséquent, l'OAIE ne pouvait prendre en charge la totalité de ces frais. En revanche, les frais pouvaient être partagés avec l'assureur maladie et pris en charge au maximum à 50% du montant facturé.![endif]>![if> 19. Par décision du 2 août 2011, l'OAIE a accepté de prendre en charge les frais pour l'oxygénothérapie à compter du 12 mai 2006 jusqu'au 30 septembre 2013.![endif]>![if> 20. Par décision du même jour, l'OAIE, se référant à la demande du Dr C_____ et à l'arrêt du TFA du 16 septembre 2010, a refusé de prendre en charge les mesures médicales sous le chiffre OIC 381 dès lors que les critères de reconnaissance de cette infirmité (malformation du système nerveux et de ses enveloppes) n'étaient pas remplis. Tous les traitements médicaux occasionnés par l'association des angiomes cutanés et de la malformation vasculaire présentés par l'assurée, y compris l'oxygénothérapie, étaient pris en charge par l'assurance-invalidité sous les chiffres OIC 109 et 313.![endif]>![if> 21. Par rapport du 23 janvier 2012 à l'OAI, la Dresse H_____ a rappelé notamment que l'assurée souffrait de céphalées, de problèmes de concentration, de vue et d'énurésie. Elle nécessitait un traitement anti-douleurs et de l'oxygénothérapie. ![endif]>![if> 22. Le 9 février 2012, l'OAI a pris en charge les coûts du traitement du chiffre OIC 313 y compris les contrôles ophtalmologiques, du 19 mai 2011 (date du retour de l'assurée en Suisse) au 31 décembre 2017, ainsi que les coûts du traitement de l'OIC 109, y compris les contrôles médicaux et le traitement au laser, pour la même période.![endif]>![if> 23. Le 30 juillet 2012, l'OAI a reçu un rapport non daté établi par le Dr L_____, pédopsychiatre de liaison. Il en résulte notamment que le premier entretien de l'assurée avec Mme M_____ avait eu lieu en avril 2011 et celui avec le Dr L_____ le 26 janvier 2012. L'assurée avait été adressée par la Dresse F_____ et par le Dr L_____ en raison d'un épisode dépressif sévère dans un contexte de syndrome douloureux chronique. Au début de la thérapie, en avril 2011, l'assurée présentait un état dépressif important, sans idées suicidaires, mais avec des angoisses de mort et de séparation importantes. Elle était très preneuse d'une prise en charge psychothérapeutique à long terme, étant fixée sur ses symptômes et la potentialité de leur aggravation imprévisible. ![endif]>![if> Les diagnostics étaient : un trouble anxieux et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques, une maladie organique avec angiome, à prédominance au niveau choroïdien à gauche et au niveau frontal à gauche, et un trouble somatoforme probable. L'assurée présentait une thymie plutôt triste, avait beaucoup de questionnements sur sa maladie, évoquait assez vite la composante dépressiogène de la douleur, son élan vital était conservé, elle présentait des troubles du sommeil avec des difficultés à l'endormissement et un réveil matinal précoce, des moments de cauchemars, des angoisses de mort et de séparation par rapport à sa maladie ainsi que celle de sa mère. L'assurée bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique à raison d'une fois par semaine. Le traitement antidépresseur réagissait sur l'humeur et sur la composante douleur et angoisse, déclenchées par la pathologie d'angiome facial. L'évolution était plutôt favorable avec une légère amélioration de son état psychique grâce aux deux interventions psychologiques. La thérapie nécessitait une continuité à long terme, et il était difficile de se prononcer sur la fin du traitement, vu la complexité des symptômes et la polyopathie entre corps et psyché, en plus pendant le processus de l'évolution adolescente dans laquelle se trouvait l'assurée. Le Dr L_____ intervenait une fois chaque six semaines, Mme M_____, une fois par semaine. Le traitement médicamenteux consistait en la prise de Cipralax 5 mg par jour. 24. Par rapport du 14 août 2012, le Dr C_____ a expliqué que l'assurée était notamment suivie pour les aspects psychologiques par le Dr L_____ . La psychothérapie, suite à l'hospitalisation de février 2011, était

pratiquée par Mme M_____, initialement une fois par semaine et actuellement deux fois par semaine. A la suite de l'hospitalisation de février 2011 et de la prise en charge pédopsychiatrique et de la psychothérapie, le Dr C_____ avait observé, sans aucun doute, une amélioration de l'état de l'assurée avec une diminution de la consommation médicamenteuse pour l'antalgie malgré des poussées de lombalgie, de céphalalgie et de mélalgie. Pour l'instant, le suivi neuropédiatrique, pédopsychiatrique et la psychothérapie étaient à poursuivre en raison des bénéfices évidents qu'en retirait l'assurée.![endif]>![if> 25. Par avis du 11 décembre 2012, le docteur P_____, médecin auprès du service médical régional AI (ci-après SMR) a estimé que la psychothérapie pouvait être prise en charge sous couvert des chiffres OIC 109 et 313.![endif]>![if> 26. Le 8 janvier 2013, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice de la prise en charge des coûts d'une psychothérapie ambulatoire médicalement prescrite, en rapport avec l'infirmité congénitale chiffre OIC 313 et dispensée dans le cadre des HUG à raison d'une à deux séances hebdomadaires du 1^{er} septembre 2011 au 31 décembre 2013.![endif]>![if> 27. Selon une note de travail du 8 janvier 2013 de l'OAI, les factures du Dr C_____ étaient à prendre en charge selon la communication du 9 février 2012.![endif]>![if> 28. Par avis du 30 mai 2013, le Dr P_____ s'est déterminé sur l'hospitalisation de l'assurée du 14 février au 8 avril 2011. Selon lui, les céphalées étaient avec une probabilité prépondérante liées aux infirmités congénitales chiffres OIC 109 et 313 selon le rapport du Dr D_____ du 7 avril 2011, ainsi que les angiomes et les problèmes ophtalmologiques. L'origine des aménorrhées n'était pas claire et leur relation avec les infirmités congénitales n'était pas exclue, mais pas évidente non plus. Les problèmes psychologiques n'étaient pas d'origine claire non plus, d'autant plus que le rapport du Dr L_____ parlait de trouble anxieux et de trouble dépressif récurrent, ainsi que de trouble somatoforme probable. En conclusion, aucun médecin ne savait exactement ce qui était lié de manière certaine aux syndromes apparentés au Sturge-Weber, à part les atteintes cutanées et ophtalmologiques. La Dresse F_____ établissait un lien direct entre toutes les complications et les infirmités congénitales reconnues. Elle avait peut-être raison, mais c'était tout sauf certain. ![endif]>![if> 29. Par rapport du 30 août 2013, le Dr C_____ a expliqué notamment que l'assurée était suivie régulièrement pour un angiome de type Sturge-Weber (OIC 109) avec une malformation vasculaire avec absence des veines jugulaires internes (OIC 313). Son traitement médicamenteux actuel concernait son état douloureux lié à des céphalées de type trigémino-autonome avec des pics douloureux de plusieurs à aucun par jour répondant exclusivement à l'oxygène. Il convenait par conséquent de prolonger la prise en charge de l'oxygénothérapie.![endif]>![if> 30. Le 20 septembre 2013, l'OAI a prolongé la prise en charge de l'oxygénothérapie en complément aux mesures médicales nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale OIC 313 du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2015. ![endif]>![if> 31. Par pli du 24 septembre 2013 à l'OAI, Concordia, assureur maladie de l'assurée (ci-après l'assureur maladie) a indiqué refuser d'intervenir dans la prise en charge du séjour hospitalier. De l'avis de son médecin-conseil, l'hospitalisation relevait des obligations de l'OAI, car elle était couverte par les chiffres OIC 313 et 109. De plus, l'OIC 483 (angiomatose encéphalo-trigémine; Sturge Weber Krabbe) pourrait faire l'objet d'une décision de la part de l'OAI. ![endif]>![if> 32. Par avis du 27 février 2014, le Dr P_____ a expliqué que suite à la détermination de l'assureur maladie, il n'avait rien à ajouter à son avis du "18 mars 2013". S'agissant du chiffre OIC 483, l'assurée présentait un syndrome "apparenté au Sturge-Weber", mais le docteur Q_____, spécialiste FMH en neuropédiatrie, écrivait déjà en 2003 que l'on ne pouvait pas parler d'une maladie de Sturge-Weber. Selon le Dr

P_____, les chiffres OIC 109 et 313 devraient être préférés au chiffre OIC 483, et de toute façon ces deux chiffres permettaient de prendre en charge tout ce que le chiffre OIC 483 autoriserait. Par contre, les factures du Dr C_____ pouvaient être prises en charge sous couvert du chiffre 313 OIC.![endif]>![if> 33. Par courriel du 11 mars 2014 à l'OAI, le Dr P_____ a confirmé que les examens et status neurologiques du Dr C_____ pouvaient être pris en charge sous couvert du chiffre OIC 313 (présence de malformations veineuses cérébrales).![endif]>![if> 34. Par projet de décision du 3 avril 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait refuser la prise en charge complète de l'hospitalisation du 14 février au 8 avril 2011. Une copie du projet était adressée à l'assureur maladie. ![endif]>![if> 35. Par pli du 14 avril 2014, l'assureur maladie a indiqué ne pas être d'accord avec le projet précité et a sollicité un délai pour se déterminer.![endif]>![if> 36. Par rapport du 17 avril 2014, Mme M_____ a notamment indiqué que l'assurée avait présenté un épisode dépressif sévère dans un contexte de syndrome douloureux chronique. Il y avait une légère amélioration de son état psychique. La dernière séance avait eu lieu le 26 novembre 2013, l'assurée ne souhaitant plus continuer sur un long terme. ![endif]>![if> 37. Par décision du 2 juin 2014, l'OAI a refusé la prise en charge complète de l'hospitalisation de l'assurée du 14 février au 8 avril 2011. Il a indiqué que le SMR avait constaté qu'aucun médecin ne savait exactement ce qui était lié de manière certaine aux syndromes apparentés au Sturge-Weber à part les atteintes cutanées et ophtalmologiques, lesquelles avaient été reconnues par l'OAI. Le rapport fourni par les HUG ne permettait pas de changer de position. Par ailleurs, la demande de l'assureur maladie portant sur la possibilité de reconnaître l'infirmité congénitale OIC 483 (angiomatose encéphalo-trigémينية, Sturge-Weber-Krabbe) ne changeait en rien la position du SMR, celui-ci estimant que l'assurée présentait un syndrome "apparenté au Sturge-Weber", mais que le Dr Q_____ écrivait déjà en 2003 que l'on ne pouvait pas parler d'une maladie de Sturge-Weber. Les deux chiffres OIC 109 et 313 devaient être préférés au chiffre OIC 483 et de toute façon, ces deux chiffres permettaient de prendre en charge tout ce que le chiffre OIC 483 autoriserait. Par conséquent, l'OAI prenait en charge uniquement la moitié du montant de la facture relative à l'hospitalisation de l'assurée. Une copie de la décision était adressée à l'assureur maladie.![endif]>![if> 38. Par acte du 5 juillet 2014, l'assurée, agissant par sa mère, a interjeté recours contre la décision. Elle a fait valoir que l'intimé n'avait pas consulté les derniers intervenants l'ayant prise en charge. Pendant son hospitalisation, sa mère avait consulté à Paris des spécialistes du syndrome de Sturge-Weber à l'hôpital Bicêtre et des spécialistes des angiomes à l'hôpital Trousseau. Les médecins de l'hôpital Bicêtre avaient confirmé que son cas répondait bien aux critères qui sont déterminants pour définir un syndrome de Sturge-Weber et les médecins de l'Hôpital Trousseau avaient estimé que son angiomatose était très particulière. Leurs rapports avaient été adressés à la cheffe de clinique de l'hôpital des enfants et il convenait de les prendre en compte. Par ailleurs, le Dr C_____ avait demandé une extension des mesures médicales car les chiffres OIC 109 et 313 ne permettaient pas de prendre en charge tout ce que le chiffre OIC 483 autoriserait. Selon ce médecin, la recourante présentait le syndrome de Sturge-Weber de type II. Les médicaments liés aux affections neurologiques, pris en charge jusqu'ici par l'intimé, ne l'étaient plus depuis la fin de l'année 2013. Enfin, la recourante a rappelé qu'elle avait obtenu gain de cause quant à la prise en charge de l'oxygénothérapie, alors qu'il ne s'agissait pas d'un traitement pris en charge par les chiffres OIC 109 et 313.![endif]>![if> 39. Le 10 juillet 2014, l'intimé a réservé ses conclusions en attendant une copie des rapports évoqués par la recourante.![endif]>![if> 40. Le 7 août 2014, la recourante a sollicité une prolongation de

délai. Elle a précisé que le recours était important pour elle, car l'assureur maladie lui réclamait des sommes conséquentes pour des médicaments que l'intimé ne prenait plus en charge. 41. Par pli du 5 septembre 2014, la recourante a transmis un courrier de la Dresse H_____ et la lettre de sortie des HUG du 12 avril 2011. Selon la recourante, le courrier de la Dresse H_____ indiquait bien le diagnostic de syndrome de Sturge-Weber et la lettre de sortie "un syndrome de Sturge-Weber like" en tant que diagnostic principal. L'ensemble des médecins nommaient actuellement son syndrome "Sturge-Weber", ce qui n'était pas le cas précédemment, lorsqu'ils en savaient moins sur ledit syndrome. La recourante avait appris qu'il n'y avait pas de rapport concernant les consultations à Paris. Toutefois, c'était bien sur la base des résultats de ces consultations que le diagnostic avait été confirmé par les spécialistes parisiens et la demande faite à l'intimé pour une extension de la prise en charge. Par rapport du 2 septembre 2014, la Dresse H_____ a indiqué notamment qu'au vu de la complexité du syndrome de la recourante, vu l'atteinte multiorganique de son angiomatose avec syndrome de Sturge-Weber, la recourante avait été envoyée en consultation à Paris. Il n'y avait toutefois pas de rapport concernant ces consultations. 42. Par écriture du 6 octobre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision. Selon l'avis du SMR du 12 juillet 2011, l'aménorrhée, les troubles psychologiques, la lombalgie et les troubles urinaires n'étaient pas de manière évidente liés aux affections congénitales 313 et 109 OIC. Il en allait de même des douleurs à la cheville. L'intimé s'est par ailleurs référé à l'avis du SMR du 30 mai 2013. Selon celui-ci, seuls pouvaient être reconnus comme liés à une infirmité reconnue, les céphalées, les angiomes et les problèmes ophtalmologiques. L'intimé a ajouté qu'au vu de la complexité de la pathologie présentée par la recourante, il convenait de conclure qu'il n'était pas possible de déterminer quelle était la composante prépondérante du bilan multidisciplinaire effectué par les HUG, ni par conséquent quels étaient les aspects accessoires. En effet, pour certaines affections (aménorrhée, problèmes psychologiques), le lien de causalité qualifié entre lesdites affections et l'infirmité congénitale n'était pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante. Enfin, l'intimé a rappelé que par décision du 2 août 2011, il avait informé la recourante que les conditions pour admettre le chiffre OIC 381 n'étaient pas remplies. 43. Le 25 mars 2015, la chambre de céans a demandé à la Dresse F_____ de se déterminer sur l'avis du Dr P_____ du 30 mai 2013 et d'indiquer quels troubles (autres que les angiomes, céphalées et problèmes ophtalmologiques) étaient liés aux infirmités congénitales OIC 109 et 313. 44. Par rapport du 13 avril 2015, la Dresse F_____ a expliqué que la recourante souffrait d'un angiome plan de la tête de type II de Sturge-Weber et aussi d'angiomes plans du corps entier. A sa connaissance, cette combinaison d'angiomes n'était pas définie dans la littérature médicale par un syndrome précis. Cette maladie chronique avait engendré non seulement des céphalées et des problèmes ophtalmologiques investigués pendant l'hospitalisation en 2011, mais avait aussi engendré une douleur chronique qui avait eu un impact important sur la santé physique et mentale de la recourante. S'agissant de l'aménorrhée secondaire, à l'arrivée de la recourante aux HUG en 2011, celle-ci n'avait plus ses règles depuis huit mois. Ne pouvant pas exclure un processus intracrânien pouvant dérégler les hormones de la recourante et en vue des risques liés avec une aménorrhée prolongée, les médecins avait été obligés de contrôler les taux hormonaux. Ils avaient trouvé une déficience des hormones sexuelles. Après avoir exclu d'autres maladies qui auraient pu expliquer ce problème, ils avaient conclu à un trouble fonctionnel des hormones déclenché par le contexte de stress et de douleur chronique liés avec la maladie chronique

de la recourante. La recourante avait été suivie par l'équipe d'endocrinologie, et après sa sortie de l'hôpital, quand les douleurs avaient été mieux contrôlées, la recourante n'avait plus d'aménorrhée. En conclusion, le stress et les douleurs chroniques déclenchés par les infirmités congénitales OIC 109 et 313 avaient été la cause de l'aménorrhée. S'agissant des problèmes psychologiques, la Dresse F_____ a expliqué être d'avis que ces problèmes étaient directement liés avec les infirmités congénitales OIC 109 et 301 pour les raisons suivantes: un des motifs primaires pour l'hospitalisation de la recourante avait été une douleur chronique qui n'était pas contrôlée malgré une polymédication très importante. En raison de cette douleur non contrôlée, la recourante présentait un absentéisme scolaire très important et n'arrivait plus à fonctionner dans ses tâches quotidiennes. Cette douleur avait même nécessité un traitement intraveineux de morphine en continu au début de l'hospitalisation. Le vécu difficile de cette douleur, l'impact sur sa vie au quotidien et sa longue hospitalisation avaient eu un impact direct sur le moral de la recourante. Comme toute patiente avec une maladie chronique sévère, la recourante avait nécessité un soutien psychologique pour trouver des stratégies afin de gérer sa maladie. En conclusion, la Dresse F_____ était de l'avis que les problèmes investigués pendant l'hospitalisation en 2011 étaient en lien direct avec les infirmités congénitales OIC 109 et 313. Malheureusement, la recourante souffrait d'une forme sévère de cette maladie et les implications sur sa santé mentale et physique étaient importantes nécessitant une prise en charge globale. 45. Par écriture du 12 mai 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Le rapport de la Dresse F_____ avait été soumis au SMR. Selon l'avis du 11 mai 2015, le Dr P_____ avait relevé que l'argumentation de la Dresse F_____ était cohérente; toutefois elle ne se basait sur aucune donnée scientifique (littérature, études, etc.). Par conséquent, on ne pouvait néanmoins pas admettre avec certitude qu'il existait un lien réel entre ces pathologies et les chiffres OIC reconnus. Selon l'intimé, on ne pouvait donc relier de façon certaine les aménorrhées secondaires et les problèmes psychologiques aux chiffres OIC 109 et 313. Il ressortait du rapport de la Dresse F_____ que c'étaient les douleurs qui avaient engendré les aménorrhées et les troubles psychologiques. Cette explication, non fondée sur des éléments objectifs, semblait être une conclusion "par défaut". Les aménorrhées et les problèmes psychologiques semblaient être liés aux douleurs, soit une conséquence de l'affection, et étaient donc causales. Le lien de causalité qualifié entre les affections concernées et l'infirmité congénitale n'était toujours pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante. 46. La recourante ne s'est pas déterminée sur le rapport de la Dresse F_____. 47. Sur ce, la cause a été gardée à juger par la chambre de céans. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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. 2. Interjeté dans la forme et les délais prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le présent recours est recevable. 3. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé la prise en charge complète de l'hospitalisation de la recourante du 14 février au 8 avril 2011 aux HUG. Par ailleurs, compte tenu des arguments que fait valoir la recourante s'agissant de l'extension des mesures médicales au chiffre OIC 483 et de la prise en charge par l'intimé de médicaments liés aux affections neurologiques, la chambre de

céans relèvera que ces questions ne seront pas examinées dans le cadre de la présente procédure. On rappellera en effet que dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). En l'occurrence, même si la décision litigieuse évoque la question de savoir si la recourante souffre de l'atteinte décrite sous le chiffre OIC 483 (suite à la demande de l'assureur maladie), il n'en demeure pas moins que seule la question de la prise en charge de l'hospitalisation du 14 février au 8 avril 2011 a été tranchée par l'intimé. Par conséquent, la chambre de céans se limitera à examiner ce point.

4. a. Selon l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Selon l'art. 2 al. 1 OIC, le droit prend naissance au début de l'application des mesures médicales, mais au plus tôt à la naissance accomplie de l'enfant. L'al. 2 énonce que le droit s'étend à toutes les mesures médicales qui se révèlent par la suite nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale. L'al. 3 précise que sont réputées mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate. b. Les mesures médicales accordées conformément à l'art. 13 LAI doivent tendre, en principe, à soigner l'infirmité congénitale elle-même. La jurisprudence admet toutefois qu'elles puissent traiter une affection secondaire, qui n'appartient certes pas à la symptomatologie de l'infirmité congénitale, mais qui, à la lumière des connaissances médicales, en sont une conséquence fréquente; il doit, en d'autres termes, exister entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire un lien très étroit de causalité adéquate (ATF 129 V 207 consid. 3.3). Il n'est pas nécessaire, cependant, que l'affection secondaire soit directement liée à l'infirmité; des conséquences même indirectes de l'affection congénitale de base peuvent également satisfaire à l'exigence d'un lien qualifié de causalité adéquate (arrêt du Tribunal fédéral 9C_817/2009 du 14 avril 2010; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.576/05 du 25 novembre 2005 consid. 3.1). 5. a. Selon l'art. 64 LPGA, le traitement d'une atteinte à la santé est à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi (al. 1). L'assureur social tenu de verser des prestations prend en charge le traitement des atteintes à la santé dont il n'a pas à répondre lorsque ces atteintes surviennent au cours d'un traitement hospitalier et ne peuvent être traitées séparément (al. 4). Sur le plan temporel, l'assureur social n'est toutefois tenu de verser des prestations pour un traitement hospitalier que le temps que dure la prise en charge du cas d'assurance qu'il est tenu de couvrir (ATF 134 V 1 consid. 6.2.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_817/2009 consid. 2.1). b. Le concours de plusieurs mesures médicales prodiguées dans un traitement hospitalier qui, chacune en elle seule, relèvent du domaine de compétence d'une assurance distincte et qui sont certes appliquées en même temps, mais concernent des atteintes à la santé que l'on peut délimiter les unes des autres ne doit en principe pas engendrer l'application de l'art. 64 al. 4 LPGA (ATF 134 V 1 consid. 8.1 p. 7). Si dans le cadre d'un seul traitement hospitalier, il est procédé simultanément à l'intervention chirurgicale d'une infirmité congénitale et d'une atteinte à la santé indépendante ne relevant pas du champ d'application de l'assurance-invalidité, par

exemple parce que l'infirmité est localisée dans la même partie du corps et qu'il s'avère inopportun voire irresponsable d'un point de vue médical d'envisager deux interventions séparées (l'une à la charge de l'assurance-invalidité et l'autre à la charge de l'assurance-maladie), les frais qui en découlent doivent faire l'objet d'une répartition. Cette répartition doit se faire selon la part que devraient prendre à leur charge les assurances sociales respectives en cas de traitement séparé et doit être calculée concrètement sur la base des indications médicales à ce sujet (ATF 134 V 1 consid. 8.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_817/2009 consid. 2.2) 6. 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 LPGA), 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

7. 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; ATF 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).

8. a. En l'occurrence, il est établi que la recourante souffre des infirmités congénitales chiffres OIC 109 et 313, soit des naevi congénitaux et des malformations congénitales des vaisseaux, pour lesquelles elle bénéficie de mesures médicales prises en charge par l'intimé. Du 14 février au 8 avril 2011, la recourante a été hospitalisée aux HUG pour un bilan multidisciplinaire. En se fondant sur l'avis du Dr P_____, l'intimé a estimé qu'il ne pouvait pas prendre en charge de manière complète cette hospitalisation dans la mesure où une partie des atteintes investiguées, soit notamment l'aménorrhée, les lombalgies, la psychothérapie, les problèmes urologiques et l'atteinte à la cheville, n'était pas liée aux infirmités congénitales reconnues. Dans son avis du 30 mai 2013, le Dr P_____ a estimé que seuls les angiomes, les problèmes ophtalmologiques et les céphalées étaient liés aux infirmités de la recourante. Selon lui, l'origine de l'aménorrhée n'était pas claire et sa relation avec les infirmités congénitales n'était pas exclue, mais pas évidente non plus. Les problèmes psychologiques n'étaient pas d'origine claire non plus, d'autant plus que le rapport du Dr L_____ parlait de

trouble anxieux et de trouble dépressif récurrent, ainsi que de trouble somatoforme probable. En conclusion, aucun médecin ne savait exactement ce qui était lié de manière certaine au syndrome apparenté au Sturge-Weber, à part les atteintes cutanées et ophtalmologiques. b. Dans le cadre de l'instruction de la présente procédure, la Dresse F_____ a expliqué que l'aménorrhée et les problèmes psychologiques de la recourante étaient en lien direct avec les infirmités congénitales OIC 109 et 313. Dans son rapport du 13 avril 2015, cette spécialiste a indiqué notamment que pendant l'hospitalisation de la recourante, après avoir exclu d'autres maladies qui auraient pu expliquer l'aménorrhée que la patiente présentait depuis huit mois, les médecins avaient conclu à un trouble fonctionnel des hormones déclenché par le contexte de stress et de douleur chronique liés avec la maladie chronique de la recourante. La recourante avait été suivie par l'équipe d'endocrinologie, et après sa sortie de l'hôpital, quand les douleurs avaient été mieux contrôlées, la recourante n'avait plus d'aménorrhée. En conclusion, le stress et les douleurs chroniques déclenchés par les infirmités congénitales OIC 109 et 313 avaient été la cause de l'aménorrhée. S'agissant des problèmes psychologiques, la Dresse F_____ a expliqué qu'ils étaient aussi directement liés avec les infirmités congénitales OIC 109 et 301 pour les raisons suivantes: un des motifs primaires pour l'hospitalisation de la recourante avait été une douleur chronique qui n'était pas contrôlée malgré une polymédication très importante. En raison de cette douleur non contrôlée, la recourante présentait un absentéisme scolaire très important et n'arrivait plus à fonctionner dans ses tâches quotidiennes. Cette douleur avait même nécessité un traitement intraveineux de morphine en continu au début de l'hospitalisation. Le vécu difficile de cette douleur, l'impact sur sa vie au quotidien et sa longue hospitalisation avaient eu un impact direct sur le moral de la recourante. Comme toute patiente avec une maladie chronique sévère, la recourante avait nécessité un soutien psychologique pour trouver des stratégies afin de gérer sa maladie. c. La chambre de céans constate que l'avis dûment motivé et détaillé de la Dresse F_____, spécialiste en pédiatrie auprès des HUG, emporte la conviction sur le fait que l'aménorrhée et les problèmes psychologiques se trouvent en relation de causalité avec les infirmités congénitales dont souffre la recourante. Il apparaît en effet clairement qu'après avoir exclu les maladies pouvant expliquer l'aménorrhée, les médecins ont conclu à un trouble fonctionnel des hormones déclenché par le contexte du stress et des douleurs chroniques déclenchés par les infirmités congénitales. En outre, une fois que les douleurs ont pu être mieux contrôlées, la recourante n'a plus eu d'aménorrhée. Il apparaît en outre que ce sont également les douleurs chroniques et leur impact sur le moral de la recourante, souffrant d'une maladie chronique sévère, qui ont nécessité la mise en place d'un soutien psychologique. d. Le Dr P_____ a estimé l'argumentation de la Dresse F_____ cohérente. Toutefois, dans la mesure où elle ne se basait sur aucune donnée scientifique, on ne pouvait admettre avec certitude qu'il existait un lien réel entre ces pathologies et les infirmités congénitales (avis du 11 mai 2015). L'intimé a ajouté qu'en se fondant uniquement sur les douleurs, l'explication de la Dresse F_____ n'était pas justifiée par des éléments objectifs. e. La chambre de céans est d'avis que l'appréciation du Dr P_____ et les objections de l'intimé ne sont pas suffisamment motivées pour mettre sérieusement en doute le rôle majeur des douleurs engendrées par les infirmités OIC 109 et 313 dans l'apparition de l'aménorrhée et des problèmes psychologiques de la recourante. En effet, quand bien même la Dresse F_____ ne s'est pas basée sur des données scientifiques, on ne saurait toutefois écarter ses conclusions au motif qu'elle s'est fondée uniquement sur des éléments subjectifs, à savoir les douleurs chroniques dont se plaint la recourante. Au vu de l'ensemble des pièces versées

au dossier, on ne saurait en effet nier l'existence des douleurs aiguës dont souffre la recourante et leur impact. A cet égard, on rappellera qu'en tant qu'expert mandaté par l'OAIE, le Dr D_____ a expliqué que les douleurs que présente la recourante sont accompagnées de signes végétatifs à type d'œdème ou de rougeur exactement en regard du territoire cutané de l'angiome, de sorte qu'il existe une relation directe entre les céphalées et les infirmités OIC 109 et 313 (rapport du 7 avril 2011). La chambre de céans constate ainsi que les douleurs ne sont pas uniquement des plaintes subjectives dans la mesure où elles sont objectivées par des signes végétatifs. D'ailleurs, on relèvera que suite à cette expertise, la recourante a été mise au bénéfice d'un traitement d'oxygénothérapie pour la soulager de ces douleurs, pris en charge par l'OAIE et par l'intimé (décision du 2 août 2011 et communication du 20 septembre 2013). Par ailleurs, s'agissant des problèmes psychologiques de la recourante, on relèvera que dans un rapport reçu le 30 juillet 2012 par l'intimé, le Dr L_____ a diagnostiqué notamment un trouble anxieux et un trouble dépressif récurrent. Il a expliqué que le traitement antidépresseur suivi par la recourante réagissait sur son humeur et sur la composante douleur et angoisse, déclenchées par la pathologie d'angiome facial. Force est donc de constater que ce médecin établit également un lien entre la pathologie d'angiome et l'angoisse présentée par la recourante. On rappellera encore que l'intimé, suite à l'hospitalisation litigieuse, a admis la prise en charge de la psychothérapie en tant que mesures médicales sous couvert des chiffres OIC 109 et 313 (avis du 11 décembre 2012 du Dr P_____ et communication de l'intimé du 8 janvier 2013). C'est par conséquent de manière contradictoire que l'intimé estime, dans sa décision et dans le cadre de la présente procédure, que les problèmes psychologiques investigués lors de l'hospitalisation de la recourante ne sont pas en lien de causalité avec les infirmités congénitales reconnues. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les douleurs chroniques déclenchées par les infirmités congénitales dont souffre la recourante ont causé l'aménorrhée et les problèmes psychologiques investigués lors de son hospitalisation, étant rappelé que selon la jurisprudence, des conséquences même indirectes de l'affection congénitale peuvent également satisfaire à l'exigence d'un lien qualifié de causalité adéquate. Par conséquent, la chambre de céans retiendra qu'il existe, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien très étroit de causalité adéquate entre l'aménorrhée et les problèmes psychologiques de la recourante et ses infirmités congénitales OIC 109 et 303. C'est par conséquent à tort que l'intimé n'a pas reconnu ces affections comme étant à sa charge. S'agissant des lombalgies et des douleurs coccygiennes, des troubles urinaires, des douleurs à la cheville, de la sinusite et de la mycose vaginale, la chambre de céans constate que les pièces versées au dossier ne permettent pas de retenir un lien de causalité entre ces atteintes et les infirmités congénitales précitées, de sorte qu'elles ne sauraient être à charge de l'intimé. 9. Par conséquent, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et l'intimé devra prendre en charge la facture relative à l'hospitalisation de la recourante aux HUG du 14 février au 8 avril 2011 en tant qu'elle concerne les angiomes, les céphalées, les problèmes ophtalmologiques, l'aménorrhée et les problèmes psychologiques de la recourante. 10. Etant donné que, depuis le 1 er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. 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.