

GE_GERICHTE A/3395/2008 vom 9. Juli 2009

GE Cour de justice, 2009-07-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3395_2008

FR: GE_GERICHTE A/3395/2008 du 9 juillet 2009

IT: GE_GERICHTE A/3395/2008 del 9 luglio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.07.2009
A/3395/2008

A/3395/2008 ATAS/958/2009 du 27.07.2009 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3395/2008
ATAS/958/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 3 du 9 juillet 2009 En la cause Mademoiselle D _____, soit pour elle ses
représentants légaux : Monsieur D _____ et Madame D _____, domiciliés à
GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA
recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de
Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT D _____ (ci-après l'assurée ou la recourante),
née en 1997, est atteinte de trisomie 21 (syndrome de Down). L'OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI) l'a mise au bénéfice de diverses
prestations pour mineur, notamment des mesures pédo-thérapeutiques (du 1^{er} juin 1997
jusqu'à son intégration scolaire complète), des mesures thérapeutiques sous forme de
physiothérapie (du 1^{er} octobre 1997 au 30 avril 1999) et de traitement logopédique (du 26
mai 1999 au 31 décembre 2003), une contribution aux frais de soins spéciaux pour
impotence de degré faible dès le 1^{er} avril 1999, une allocation pour impotence de degré
faible dès le 1^{er} janvier 2004 et une formation scolaire spéciale (du 1^{er} octobre 2001 au
30 juin 2007). Par courrier du 22 juillet 2003, dans le cadre d'une action en responsabilité
civile des parents de l'assurée contre le gynécologue ayant suivi la mère de celle-ci, l'OCAI
a expliqué aux parents de l'intéressée que les assurés mineurs ont droit aux mesures
médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales reconnues et mentionnées
de façon exhaustive dans la liste annexée à l'ordonnance sur les infirmités congénitales,
précisant que les affections qui n'étaient pas susceptibles d'être soignées par l'application
d'un traitement scientifiquement reconnu (comme la trisomie) ne figuraient pas dans ladite
liste mais que la trisomie pouvait ouvrir droit à d'autres prestations telles que la formation
scolaire spéciale, des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, des moyens
auxiliaires, une allocation pour mineurs impotents et une rente dès l'âge de 18 ans. Le 17
avril 2008, le Dr L _____, médecin-dentiste de l'assurée, a établi un devis concernant
un traitement en deux phases dont la première, d'une durée de 18 mois, consistait en
documentation initiale et appareillage fonctionnel Planas. Le médecin a estimé ses
honoraires à 4000 fr. et précisé que le cas ne relevait pas de l'assurance-invalidité.
Néanmoins, le 13 mai 2008, les parents de l'assurée ont déposé une demande de prestations
de l'assurance-invalidité pour assurés âgés de moins de 20 ans tendant à l'octroi de mesures
médicales pour malformation de la mâchoire causée par une infirmité congénitale. Le 29
mai 2008, le Dr L _____ a adressé aux parents de l'assurée un décompte de
prestations s'élevant à 2'385 fr. 35 pour la période du 19 mars au 20 mai 2008. Le même
jour, il a établi par ailleurs un rapport d'examen médico-dentaire dans lequel il a fait état

d'une classe d'angle I, d'un surplomb de 4 mm, d'un overbite de 3 mm (recouvrement vertical des dents), d'une articulation croisée latérale des molaires 16/46 et 26/36 ainsi que d'une anodontie partielle des dents 12, 22 et 45. Le médecin a répondu affirmativement à la question de savoir s'il suspectait une anomalie du squelette (face ou crâne). Il a diagnostiqué une « classe I associée à une occlusion croisée des molaires droite et gauche avec manque important de place inférieure » et a émis l'avis qu'il n'y avait pas d'infirmité au sens des dispositions légales. Le médecin a préconisé un traitement jusqu'à l'âge de 20 ans, précisant qu'en cas de soupçon d'infirmité congénitale, il y avait lieu de confier un examen d'orthopédie dento-faciale au Dr M_____. Ce dernier, médecin-dentiste SSO, a établi un rapport en date du 3 juin 2008 dans lequel il a mentionné un angle ANB de 3° et un angle maxillo-basal de 20° et diagnostiqué une « classe I squelettique » hors norme de l'assurance-invalidité. Le Dr M_____ a confirmé qu'à son avis, il n'y avait pas d'infirmité congénitale au sens des dispositions légales et que l'assurée aurait besoin d'un traitement jusqu'à l'âge de 20 ans. Le 12 juin 2008, l'OCAI a communiqué à l'intéressée un projet de décision dans lequel il a considéré que, le dossier médical ne permettant pas de conclure à une infirmité congénitale reconnue, les conditions d'une prise en charge de mesures médicales n'étaient pas remplies. Par courrier du 8 juillet 2008, les parents de l'assurée ont indiqué à l'OCAI qu'ils étaient en train de réunir des éléments médicaux complémentaires destinés à démontrer que le traitement dentaire exécuté était en relation avec l'infirmité congénitale de leur enfant. Par décision du 20 août 2008, l'OCAI a confirmé sa position et a rejeté la demande de prestations. Par écriture du 22 septembre 2008, les parents de l'assurée ont interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant préalablement à l'audition du Dr L_____ et, principalement et sous suite de dépens, à la prise en charge du traitement orthodontique de leur enfant. Ils allèguent que leur fille rencontre des problèmes dentaires typiques des personnes atteintes de trisomie 21 qui nécessitent un traitement orthodontique devant absolument être entrepris durant l'enfance et ayant pour but d'éviter des troubles graves ainsi qu'irréversibles des fonctions masticatoires dont les conséquences à terme seraient une défaillance de l'alimentation et l'impossibilité d'accomplir les tâches quotidiennes habituelles. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 2 octobre 2008, a conclu au rejet du recours. Il relève que la loi prévoit la prise en charge jusqu'à l'âge de 20 ans des mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales énumérées expressément et que, selon la jurisprudence, la trisomie 21 n'est pas susceptible de figurer dans la liste des infirmités congénitales car elle ne peut pas être traitée directement dans son ensemble par l'application d'un traitement scientifiquement reconnu. L'intimé ajoute que le traitement d'orthodontie vise au traitement de l'affection en tant que telle et ne peut pas être considéré comme une mesure médicale de réadaptation. Le 11 décembre 2008, le Tribunal de céans a procédé à l'audition du Dr L_____. Ce dernier a qualifié le cas de l'assurée de typique d'une trisomie 21, avec hypotonie musculaire et ligamentaire. Le témoin a expliqué que l'assurée présente aux mâchoires inférieure et supérieure des anomalies dentaires (nombre et forme des dents) : il manque trois dents, une quatrième est dépourvue de racine et le palais est trop étroit en largeur et trop long en profondeur. Ces problèmes entraînent à la fois des difficultés de mastication et d'élocution. Le témoin a expliqué que l'enfant étant trop jeune pour être baguée, il a commencé un traitement qui consiste à stimuler le système neuromusculaire et a pour objectif d'élargir le maxillaire, d'obliger l'enfant à fermer la bouche (qui reste sinon entrouverte), d'avancer la mâchoire pour essayer de pallier au décalage squelettique et de reculer la langue qui, en raison de l'hypotonie, a tendance à trop s'avancer, ce qui gêne

l'élocution. Selon le témoin, ce traitement a pour objectif d'une part, de « préparer le terrain » pour un traitement logopédique et orthophonique futur qui pourra être entrepris lorsque toutes les dents définitives seront en place, dans des conditions alors optimales, d'autre part, d'améliorer les fonctions masticatoires et la déglutition. Le témoin a émis l'avis qu'attendre deux ans avant de prodiguer un traitement plus classique prêterait de manière importante l'élocution et la mastication. Le témoin a encore précisé que tous les symptômes de l'enfant sont les conséquences de sa trisomie. Dans son écriture après enquêtes du 14 janvier 2009, l'intimé a persisté dans ses conclusions et produit un avis médical du Dr N_____, pédiatre FMH et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), daté du 30 décembre 2008. Le Dr N_____ y émet l'avis que les conditions énoncées pour la prise en charge ne sont pas remplies et relève que cela est d'ailleurs confirmé par les rapports des dentistes. Il explique que le chiffre 210 de l'annexe à l'ordonnance concernant les infirmités congénitales exige un « angle ANB » d'au moins -1° que l'on ne retrouve pas chez l'assurée et que le chiffre 206 OIC (anodontie congénitale) exige quant à lui l'absence de deux dents permanentes juxtaposées ou de quatre dents permanentes par mâchoire, alors que chez l'assurée, manquent deux incisives supérieures (à droite et à gauche) ainsi que la deuxième prémolaire en bas à droite. Le Dr N_____ relève que le traitement entrepris par le Dr L_____ vise à permettre à l'assurée de fermer la bouche, de reculer la langue - qui, en raison de l'hypotonie typique de la trisomie, altère et perturbe l'élocution - et d'améliorer les fonctions masticatoires et de déglutition, qu'en d'autres termes, il s'agit de mesures médicales visant à améliorer les symptômes propres à la trisomie 21, laquelle est associée à une totale incapacité de travail, de sorte que la condition portant sur l'amélioration de la capacité de gain n'est pas remplie. Quant à la recourante, dans son écriture après enquêtes du 5 février 2009, elle reproche au Dr N_____ de se référer aux conditions posées en cas d'infirmités congénitales spécifiques de la face alors qu'elle souffre de trisomie 21, maladie congénitale allant incontestablement au-delà du simple domaine dentaire. Elle souligne qu'il est important de procéder au traitement avant l'âge de 20 ans à la charge de l'assurance-invalidité car, sinon, la suite dudit traitement ne peut être mise à la charge de l'assurance-maladie. Le 6 février 2009, le Tribunal de céans a communiqué cette écriture à l'intimé et, sur ce, gardé la cause à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la LAI. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). 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 345 consid. 3). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont régies par le même principe et sont donc applicables. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision du 20 août 2008 a été reçue au plus tôt le lendemain de sorte que le délai de recours a

commencé à courir le 22 août 2008 et que le recours du 22 septembre 2008 a été formé le dernier jour du délai prolongé en tenant compte du report du délai échéant le samedi ou dimanche au premier jour ouvrable suivant (art. 38 al. 1 et 3 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est donc recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA. Le litige porte sur le droit de la recourante 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'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC). 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). Selon l'ordonnance, 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 (art. 2 al. 3 OIC). Le droit à de telles mesures existe - contrairement au droit prévu par la disposition générale de l'art. 12 LAI - indépendamment de la possibilité d'une future réadaptation dans la vie professionnelle (art. 8 al. 2 LAI). Selon 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 30 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 22 consid. 1b) et où le catalogue dressé à cette fin, parfois en tenant légitimement compte d'impératifs de praticabilité, présente un caractère technique marqué. Ledit catalogue est en effet établi en collaboration avec la Commission fédérale des questions de réadaptation médicale dans l'assurance-invalidité, sur la base des propositions de groupes de travail ad hoc composés de médecins spécialisés (ATFA non publié I 64/01 du 20 février 2002, consid. 4bb). Cette procédure, à l'instar de celle mise en oeuvre pour établir l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), est de nature à assurer au contenu de la liste en cause une certaine homogénéité, qu'il est difficile de conserver lorsque le juge complète cette liste sur la base d'expertises mises en oeuvre de cas en cas (cf. ATF 125 V 30 consid. 6a et ATF 124 V 195 consid. 6). 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). Quant à l'art. 12 al. 1 LAI, il prévoit que l'assuré a droit aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais qui sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et de nature à améliorer de façon durable ainsi qu'importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Par traitement de l'affection comme telle, on entend généralement les mesures médicales visant la guérison ou l'amélioration d'un état pathologique labile que l'assurance-invalidité ne doit pas prendre en

charge. Aussi longtemps qu'il existe un phénomène pathologique labile et qu'on applique des soins médicaux, qu'ils soient de nature causale ou symptomatique, qu'ils visent l'affection originaire ou ses conséquences, ces soins représentent, du point de vue du droit des assurances sociales, le traitement de l'affection comme telle. Ce n'est que si l'état du patient est stabilisé, au moins relativement, qu'on peut se demander si une mesure médicale peut constituer une mesure de réadaptation. En principe, l'assurance-invalidité ne prend en charge que les mesures médicales dont le but immédiat est d'éliminer ou de corriger des états stables défectueux ou des pertes de fonction stables, pour autant qu'on puisse en attendre une amélioration durable et importante au sens de l'art. 12 al. 1 LAI. En revanche, l'assurance-invalidité n'a pas à prendre en charge une mesure destinée au traitement de l'affection comme telle, même si l'on peut prévoir qu'elle améliorera de manière importante la réadaptation (ATF 120 V 279 consid. 3a, 115 V 194 consid. 3, 112 V 349 consid. 2, 105 V 19 consid. 1 et 149, 104 V 82, 102 V 42, 99 V 34 consid. 3). 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 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 199 consid. 5a et consid. 5c et les références; ATF non publié I 411/99 du 25 janvier 2000). 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. Comme toute mesure de réadaptation, le traitement médical des infirmités congénitales est également soumis au principe de la proportionnalité. Pour que la mesure puisse être mise à la charge de l'assurance-invalidité, elle doit ainsi être appropriée et nécessaire pour atteindre le but visé (VSI 2001 p. 73 consid. 1a et 4b). Les assurés âgés de moins de 20 ans qui n'exercent pas d'activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle (art. 5 al. 2 LAI et 8 al. 2 LPGa). Aussi, lorsqu'il s'agit de jeunes assurés, des mesures médicales peuvent déjà s'avérer utiles à la réadaptation professionnelle de manière prédominante et être prises en charge par l'assurance-invalidité, malgré le caractère provisoirement labile de l'affection, lorsque, à défaut de ces mesures, il n'y aurait qu'une guérison imparfaite, ou qu'il subsisterait un état stabilisé défectueux qui entraverait la formation professionnelle ou la capacité de gain, voire toutes les deux (ATF 105 V 19 consid. 1). A cet égard, peu importe que les mesures ordonnées soient des mesures d'urgence (opération chirurgicale, par exemple) ou des mesures d'une certaine durée, telles que la physiothérapie ou l'ergothérapie (RCC 1984 p. 523 consid. 3). Toutefois, lorsqu'il s'agit seulement de retarder la survenance d'un état pathologique stable au moyen d'une thérapie permanente, on ne peut parler de guérison. Dans tous les cas de ce genre, les mesures constituent le traitement (permanent) de

l'affection comme telle. C'est pourquoi l'on ne peut leur reconnaître le caractère prépondérant de mesures de réadaptation au sens de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 42 , 100 V 43 consid. 2a, 100 V 107 ; VSI 1999 p. 130; RCC 1984 523 consid. 1 et 2; ATFA non publié I 64/01, op. cit., consid. 5b). Il ressort de ce qui précède que l'art. 13 LAI confère des droits plus étendus que l'art. 12 LAI, en ce sens qu'il permet également la prise en charge par l'assurance-invalidité du traitement de l'affection comme telle, indépendamment des possibilités de réadaptation; il limite toutefois le cercle des bénéficiaires de ces prestations aux assurés de moins de vingt ans atteints d'infirmité congénitale. Il est donc possible qu'un assuré ne remplissant pas les conditions restrictives posées à l'art. 13 LAI - par exemple parce que l'affection dont il souffre n'est pas une infirmité congénitale au sens de cette disposition - puisse cependant prétendre des prestations limitées à des mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI (ATFA non publié I 64/01. op. cit., consid. 5a). Dans le cas présent, la recourante allègue en premier lieu que la trisomie 21 est incontestablement une infirmité congénitale et qu'elle a par conséquent droit à la prise en charge du traitement dentaire qui vise ses difficultés de mastication et d'élocution, conséquences de sa trisomie. Le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion de se prononcer sur cette problématique qui a fait l'objet de deux arrêts publiés. La Haute Cour y a considéré que la trisomie 21 n'étant comme telle accessible à aucun traitement médical reconnu scientifiquement - puisque l'irrégularité chromosomique à la base de cette maladie ne peut pas être traitée en tant que telle -, elle ne peut donc être considérée comme infirmité congénitale (ATF 131 V 9 consid. 4.1 et ATF 114 V 26 consid. 2c). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé, dans un arrêt I 544/97 du 14 janvier 1999 (VSI 1999 p. 170 consid. 4a et les références), qu'indépendamment de leur caractère congénital ou non, les pathologies entraînant des symptômes multiples qu'on ne peut traiter directement dans leur ensemble, telles que, par exemple, le syndrome de Down ou trisomie 21, ne sont pas susceptibles de figurer comme telles dans la liste des infirmités congénitales reconnues par la LAI. Il a expliqué que cette liste se fonde sur un critère fonctionnel, c'est-à-dire que sa systématique permet de tenir compte, dans l'intérêt évident de l'assuré, des symptômes isolés en tant que tels, indépendamment de leur étiologie, plutôt que des pathologies dans leur ensemble. D'après la jurisprudence, il est conforme à la loi que, pour de telles affections polysymptomatiques, le traitement des divers troubles dont souffre l'assuré soit à charge de l'assurance-invalidité uniquement si ces troubles, considérés isolément, correspondent à l'une ou l'autre des infirmités congénitales énumérées dans l'annexe à l'OIC (p. ex.: malformation cardiaque en cas de trisomie 21; VSI 1999 p. 170 consid. 4a; ATFA non publié I 718/05 du 8 novembre 2006, consid. 3.1). Au vu de cette jurisprudence, force est de constater qu'en l'espèce, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que le syndrome de Down ou trisomie 21 ne peut être considéré comme infirmité congénitale au sens de l'assurance-invalidité. A cet égard, il y a lieu de relever que les parents de la recourante avaient été informés de cette situation par l'intimé par courrier du 22 juillet 2003. Il convient encore d'examiner si les troubles de la mâchoire dont souffre l'assurée correspondent à une des infirmités congénitales faisant partie de l'annexe à l'OIC. Selon cette dernière, les malformations congénitales concernant la face figurent sous chiffres 201 à 218 OIC. Dans son rapport du 29 mai 2008, le Dr L. _____ a mentionné un surplomb de 4 mm, un overbite de 3 mm, une articulation croisée latérale des molaires 16/46 et 26/36 ainsi qu'une anodontie partielle concernant les dents 12, 22 et 45. Il a précisé qu'il n'y avait pas d'infirmité au sens de l'OIC. De plus, dans son devis du 17 avril 2008, il a encore une fois expressément indiqué que le cas ne relevait pas de l'assurance-invalidité. Quant au Dr

M_____, il a fait état d'un angle ANB de 3° et d'un angle maxillo-basal de 20° et a également estimé qu'il n'y avait pas d'infirmité congénitale au sens de l'OIC. Dans son rapport du 30 décembre 2008, le Dr N_____ relève que, selon les rapports des Drs L_____ et M_____, la recourante présente une occlusion croisée au niveau des deux molaires 16/46 et 26/36 ainsi qu'une anodontie partielle des dents 12, 22 et 45. Ainsi que le souligne le Dr N_____, les affections congénitales mentionnées aux chiffres 208 à 210 OIC exigent des angles ANB que l'on ne retrouve pas chez l'assurée, de sorte que ces infirmités ne peuvent pas être retenues. Quant à l'anodontie congénitale, le chiffre 206 OIC exige l'absence d'au moins deux dents permanentes juxtaposées et de quatre dents permanentes par mâchoire à l'exclusion des dents de sagesse, conditions qui ne sont pas non plus remplies en l'espèce puisque l'anodontie de la recourante ne concerne que trois dents et que les deux incisives concernées ne sont pas juxtaposées (il s'agit des dents 12 et 22, séparées par les dents 11 et 21). C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a nié le droit de la recourante à la prise en charge du traitement litigieux au regard de l'art. 13 LAI. Il reste à examiner si l'intimé devait lui allouer les mesures médicales requises en vertu de l'art. 12 al. 1 LAI. Le Dr N_____ estime que les conditions de l'art. 12 LAI ne sont pas réalisées au motif qu'un malade souffrant de trisomie 21 ne présente aucune capacité de travail. Cet argument n'est pas relevant dans la mesure où la jurisprudence a retenu que l'amélioration de la capacité de gain par une mesure médicale peut déjà être qualifiée d'importante au sens de l'art. 12 LAI lorsqu'il est possible de prévoir que l'assuré devenu majeur sera capable, grâce à la mesure préconisée, de gagner mensuellement quelques centaines de francs, le cas échéant en travaillant dans un atelier protégé (cf. ATF non publié I 196/94 du 30 décembre 1994 cité par l'ATF non publié I 408/06 du 15 mars 2007, consid. 4.2). Le Tribunal fédéral a apporté cette précision au sujet d'un recourant souffrant de trisomie 21 de sorte que le raisonnement consistant à exclure d'office l'application de l'art. 12 LAI aux assurés affectés d'une trisomie ne saurait être suivi. En revanche, il ressort des déclarations du Dr L_____ devant le Tribunal de céans que le traitement en question a deux fonctions bien distinctes, à savoir, d'une part, l'amélioration de la mastication et de la déglutition, d'autre part, la mise en place de conditions optimales pour un traitement logopédique et orthophonique futur. Or, l'amélioration de la mastication et de la déglutition n'a aucune incidence sur le maintien ou l'augmentation de la capacité de gain ou de la capacité à effectuer les travaux habituels de sorte que cet aspect du traitement ne peut pas être pris en charge par l'intimé en application de l'art. 12 LAI. Dans la mesure où le dentiste traitant précise que l'autre aspect du traitement est la mise en place de conditions optimales pour un traitement logopédique et orthophonique futur, il admet implicitement que l'atteinte à la mâchoire n'est pas stabilisée puisqu'un traitement futur est déjà programmé et qu'il faut attendre pour ce faire l'apparition des dents définitives. Dès lors, la mesure médicale préconisée a bien plutôt pour but le traitement (permanent) de l'affection comme telle plutôt que la réadaptation (cf. RCC 1981 p. 518 consid. 3a et b). Il en découle que c'est également à juste titre que l'intimé a refusé de prendre en charge le traitement orthodontique sur la base de l'art. 12 al. 1 LAI. 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. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable- Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante . 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); 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 Yaël BENZ La présidente Karine STECK Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY 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.