

GE_GERICHTE A/572/2023 vom 9. Januar 2024

GE Cour de justice, 2024-01-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_572_2023

FR: GE_GERICHTE A/572/2023 du 9 janvier 2024

IT: GE_GERICHTE A/572/2023 del 9 gennaio 2024

Erwägungen

E. 1

!

E. 1.1

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), 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.

E. 1.2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (ci-après : AI), à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 1.3

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

E. 1.4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA et 17 al. 3 LPA).

E. 1.5

L'assuré étant encore mineur, il appartient à son représentant légal – sa mère en l'occurrence – d'interjeter recours ou de confier cette démarche à un avocat ou à un autre mandataire professionnellement qualifié (cf . art. 8 al. 2 et 9 al. 1 LPA). Après réception de la décision le 19 janvier 2023 par PROCAP SUISSE, le délai de recours a commencé à courir le lendemain et est arrivé à échéance le 20 février 2023, le dernier jour du délai tombant un samedi (18 février 2023). Posté le 20 février 2023, le recours a été interjeté en temps utile, et par une avocate mandatée à cette fin par la mère du recourant. Respectant également les exigences de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi l'art. 89B LPA), le recours est recevable.

E. 2

Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur

l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) et de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales du 3 novembre 2021 (OIC-DFI – RS 831.232.211) sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de prestation est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à cette prestation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2). La jurisprudence selon laquelle la survenance de l'invalidité a lieu au moment où le trouble nécessite objectivement un traitement ou un contrôle est également valable en matière d'infirmités congénitales (ATF 111 V 117 consid. 1d ; Ulrich MEYER/Marco REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts über die Invalidenversicherung [IVG], 4 e éd., 2022, p. 151, n. 10 ad art. 13 LAI). En l'occurrence, c'est lors du contrôle effectué le 5 novembre 2021 auprès du CUMD qu'a été constatée la nécessité d'un traitement orthodontique. Ce moment étant antérieur à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2022, des dispositions légales et réglementaires précitées, l'éventuel droit du recourant aux prestations d'assurance doit être examiné à la lumière de ces dispositions dans la teneur qui était la leur jusqu'au 31 décembre 2021. Est en particulier applicable l'ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 (OIC – RS 831.232.21).

E. 3

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé, par sa décision du 18 janvier 2023, à refuser la prise en charge d'un traitement orthodontique au titre d'un mordex clausus congénital (ch. 209 OIC) et/ou d'affection secondaire au TSA (ch. 405 OIC) dont le recourant est atteint.

E. 4

E. 4.1

Aux termes de l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGA) jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2). Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. Sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant. La simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale. Le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant (art. 1 al. 1 OIC). Sont réputés 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). L'OIC énumère de manière exhaustive les différentes infirmités congénitales donnant droit à des prestations (sous réserve d'adaptations selon l'art. 1 al. 2, 2^e phrase, OIC) et les décrit parfois de manière plus précise sur le plan qualitatif ou temporel (ATF 122 V 113 consid. 3a/cc ; arrêt du Tribunal 8C_203/2018 du 9 octobre 2018 consid. 5.1).

E. 4.2

Selon le ch. 405 de la liste des infirmités congénitales de l'OIC (ci-après : ch. 405 OIC), le traitement des troubles du spectre autistique est pris en charge par l'assurance-invalidité, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année. Selon le ch. 209 OIC, le traitement du mordex clausus congénital est pris en charge par l'assurance-invalidité, lorsqu'il entraîne une supraclusie après éruption des incisives permanentes et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillobasal de 12 degrés et moins (respectivement de 15 degrés et moins combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus). Selon les ch. 208-210.1 CMRM, les cas de micrognathia inferior (ch. 208 OIC), mordex apertus aut clausus (ch. 209 OIC) et prognathie inférieure (ch. 210 OIC) peuvent se présenter comme des anomalies congénitales ou des affections acquises. Elles ne peuvent être reconnues comme infirmités congénitales que s'il existe des déviations verticales ou sagittales extrêmes dans le développement du squelette de la mâchoire. L'AI est tenue à prestations dès le moment où les critères de déviation sont remplis.

E. 4.3

Selon la pratique, le droit à des mesures médicales s'étend exceptionnellement aussi au traitement d'atteintes à la santé secondaires qui ne font certes plus partie du cercle des symptômes de l'infirmité congénitale, mais qui, selon l'expérience médicale, sont souvent la conséquence de cette infirmité. Il doit donc exister un lien de causalité adéquate qualifié entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire. Ce n'est que si, dans un cas particulier, ce lien de causalité qualifié entre l'atteinte à la santé secondaire et l'infirmité congénitale existe et que le traitement s'avère en outre nécessaire que l'assurance-invalidité doit prendre en charge les mesures médicales dans le cadre de l'art. 13 LAI (ATF 129 V 207 consid. 3.3 ; 100 V 41 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_842/2016 du 27 avril 2017 consid. 6.1 et les références). Des exigences strictes doivent être posées quant à la réalisation des conditions du lien de causalité juridiquement pertinent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_203/2018 du 9 octobre 2018 consid. 5.2 et la référence au chiffre 11 de la circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI [CMRM]). Il n'est pas nécessaire, cependant, 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 576/05 du 25 novembre 2005 consid. 3.1 et les références). Le chiffre 11 CMRM précise en outre : « Le traitement d'atteintes à la santé qui constituent une conséquence de l'infirmité congénitale est à la charge de l'AI si les manifestations pathologiques secondaires sont en étroite connexion avec les symptômes de l'infirmité congénitale et qu'aucun événement extérieur n'intervient de manière déterminante dans le processus. Dans ces cas-là, il n'est pas nécessaire que l'affection secondaire remplisse les conditions particulières prescrites pour sa reconnaissance comme infirmité congénitale. Il importe cependant de fixer des exigences sévères à la reconnaissance d'un lien de causalité qualifié entre une infirmité congénitale et une atteinte à la santé secondaire ». À cet égard, il convient de rappeler que, selon une jurisprudence constante qui s'applique également dans le domaine de l'assurance-invalidité, seule la question de la causalité naturelle relève du fait – et donc de l'appréciation des médecins – alors que le caractère adéquat de la causalité est une question de droit qui doit être tranchée par le juge en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 12 octobre 2001 en la cause 355/01, consid. 1 ; ATF 123 V 103 consid. 3d et 139 consid. 3c ; ATF 111 V 188 consid. 2b).

E. 4.4

Conformément à ces principes, la jurisprudence fédérale a, par exemple, conclu à l'existence d'un lien qualifié de causalité adéquate entre l'impossibilité pathologique de déglutir chez un enfant gravement infirme et une pneumonie dite d'aspiration (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 1962 p. 215 ss), entre l'hydrocéphalie et un certain strabisme (ATF 97 V 54), entre l'affection congénitale – il s'agissait soit d'une psychose primaire soit d'une oligophrénie grave – et l'hypotonie musculaire dont souffrait l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 125/96 du 7 novembre 1997), entre le syndrome de Prader-Willi et l'obésité (VSI 2001 p. 76 consid. 3b), entre le rétinoblasme ayant nécessité l'énucléation de l'œil gauche de l'assurée alors âgée de trois ans et les troubles du comportement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 355/01 du 12 octobre 2001). Notre Haute Cour a également admis le rapport de causalité adéquate qualifié entre l'affection secondaire de l'assurée – troubles dépressifs et du comportement – et un trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH ; ch. 404 OIC), même si les troubles dépressifs étaient apparus à la suite de facteurs psychosociaux (diagnostic de leucémie posé chez la sœur et problèmes conjugaux des parents), dès lors que le TDAH avait empêché l'assurée de trouver en elle-même les ressources nécessaires pour faire face à ces circonstances adverses (arrêt du Tribunal fédéral 9C_917/2011 du 28 mars 2012 consid. 5.4). Enfin, le Tribunal fédéral des assurances a admis un lien qualifié de causalité adéquate dans le cas d'une assurée souffrant d'une leucopénie congénitale (ch. 322 OIC) et d'une gingivite, au motif que les infections des muqueuses constituaient des conséquences directes de la leucopénie et pouvaient indirectement entraîner des inflammations des gencives, lesquelles pouvaient à leur tour provoquer une parodontose ; en raison de cet enchaînement causal, le risque d'autres conséquences de l'affection de base était à ce point immanent à celle-ci que le lien de causalité naturelle était particulièrement étroit et son adéquation évidente (Pra 1991 n° 214 p. 906 consid. 4a). En revanche, la Haute Cour a nié tout lien qualifié de causalité adéquate entre la dystrophie musculaire progressive et une fracture de la jambe due à une chute (ATF 1965 p. 160 consid. 3), entre la surdi-mutité et une névrose d'abandon (RCC 1965 p. 415), entre un défaut congénital de la cloison ventriculaire et une endocardite ou une pancardite (RCC 1966 p. 304, 1967 p. 559), entre des troubles cérébraux accompagnés de débilité mentale et la schizophrénie (ATF 100 V 41), entre la myopathie congénitale avec troubles moteurs cérébraux et une lésion aux dents subie après une chute (arrêt du Tribunal fédéral I 218/97 du 22 janvier 1998), entre une épilepsie congénitale et des lésions aux dents consécutives à une chute (VSI 1998 p. 255 consid. 2b) et, enfin, entre un reflux vésico-urétéral congénital (ch. 346 OIC), des paralysies cérébrales congénitales (ch. 390 OIC) et un traitement de racine d'une dent carieuse (arrêt du Tribunal fédéral I 801/04 du 6 juillet 2005). Dans ce dernier arrêt, le Tribunal fédéral a précisé que reconnaissance d'un lien de causalité adéquate qualifié ne dépend pas uniquement de la fréquence de l'affection secondaire. En effet, il serait difficile de comprendre pourquoi une personne assurée souffrant d'une infirmité congénitale et présentant une affection secondaire rare n'aurait pas droit au traitement de celle-ci, alors que la solution inverse s'appliquerait aux personnes assurées présentant une atteinte secondaire fréquente à la santé. Aussi faut-il prendre en compte un élément qualitatif : il ne suffit pas qu'une carie soit favorisée de façon certaine par la situation de soins très difficile et l'hypersensibilité accrue de l'assurée dans la zone buccale. Encore faut-il que la carie soit une conséquence inévitable de l'infirmité congénitale elle-même (arrêt du Tribunal fédéral I 801/04 précité, consid. 2.3).

E. 5

!

E. 5.1

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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

E. 5.2

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, 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.

E. 5.2.1

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 5.2.2

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465

consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).!

E. 5.2.3

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. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).!

E. 6

!

E. 6.1

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).!

E. 6.2

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid.

3).!endif]>!if>

E. 7

En l'espèce, le SMR considère que la problématique du recourant correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à un mordex clausus congénital. Aussi recommande-t-il sa prise en charge au titre du ch. 209 OIC, bien que les critères de déviation requis – angle maxillobasal de 12 degrés et moins (respectivement de 15 degrés et moins combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus) – ne soient pas démontrés par les radiographies difficilement exploitables car floues. !endif]>!if> Pour sa part, l'intimé refuse de suivre la position du SMR et de la Dre C_____, motif pris que les critères de déviation du ch. 209 OIC ne sont pas remplis. La chambre de céans considère pour sa part que dans la mesure où le ch. 209 OIC fait dépendre la prise en charge d'un mordex clausus congénital d'un angle maxillobasal de 12 degrés et moins (respectivement de 15 degrés et moins combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus), cela exclut nécessairement les infirmités qui répondent éventuellement au même diagnostic (d'un point de vue strictement médical), mais ne remplissent pas les critères céphalométriques requis d'un point de vue juridique. Pour le reste, il est certes compréhensible que la Dre C_____ ne veuille pas exposer le recourant aux effets possiblement délétères d'une seconde radiographie dont le résultat ne serait pas nécessairement plus net. Quoi qu'il en soit, on ne saurait tirer argument de la piètre qualité de la documentation radiologique existante pour considérer que le caractère « vraiment approximatif » (selon ce médecin) des mesures céphalométriques qui en découlent permettrait de faire abstraction de ces dernières alors qu'elles sont précisément incompatibles avec une prise en charge du cas, ce que la Dre C_____ reconnaît elle-même. En effet, il n'existe 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 (cf . ci-dessus : consid. 6.1 in fine). C'est donc à bon droit que l'intimé a refusé d'accorder le traitement litigieux au recourant au titre du ch. 209 OIC. Il convient cependant de réserver une nouvelle appréciation de la situation au cas où d'éventuels examens radiologiques et céphalométriques futurs révéleraient que les critères du ch. 209 OIC s'avèrent bel et bien réalisés (cf . arrêt du Tribunal fédéral I 537/00 du 31 juillet 2001 consid. 1b pour une problématique et une solution similaire).

E. 8

!endif]>!if>

E. 8.1

Il reste à examiner si la prise en charge du traitement orthodontique litigieux peut être exigée de l'intimé dans la mesure où les problèmes orthodontiques du recourant apparaîtraient comme étant secondaires à son TSA. !endif]>!if> À cet égard, la Dre C_____ retient que la gravité de la situation est intimement liée au TSA. Dans un premier temps, elle a motivé cette appréciation en se référant à des études médicales – sans les citer – selon lesquelles il existerait un lien certain entre TSA, d'une part, overjet /surplomb et deepbite /supraclusie augmentés, d'autre part. Dans un second temps, elle a pris position de façon plus spécifique sur la question en affirmant qu'en l'occurrence, les comportements du recourant, dus à son TSA, qui étaient susceptibles de causer, au degré de la vraisemblance prépondérante, une anomalie du développement des maxillaires et des dents, se situaient au niveau de la position de la langue et du déséquilibre certain entre la force de celle-ci et celle des muscles péri-oraux et sous-mandibulaires. Pour sa part, le SMR s'est appuyé tout

d'abord sur les conclusions de deux études médicales – qu'il qualifie d'opposées – pour retenir qu'il n'existe pas de consensus médical pour admettre qu'il existerait, par rapport à l'ensemble de la population, une prévalence des anomalies orthodontiques chez des personnes atteintes d'un TSA. Dans un deuxième temps, il a affirmé que même si les comportements décrits par la Dre C_____ étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, la cause du problème orthodontique du recourant, ce type de comportement n'était pas spécifique au TSA, tout autre enfant pouvant les présenter. La chambre de céans constate en premier lieu que même si l'étude citée par le SMR (menée par FARMANI, AJAMI et BABANOURI sous le titre *Prevalence of Malocclusion and Occlusal Traits in Children with Autism Spectrum Disorders*) conclut à une absence de différence significative de cas de malocclusion entre les enfants présentant un TSA et ceux qui n'en présentent pas, ces auteurs n'en concluent pas moins que les cas d'overjet augmenté (ce qui correspond à l'une des caractéristiques de l'intéressé selon la Dre C_____) et d'occlusion molaire de classe II étaient plus élevés chez les enfants présentant un TSA. En second lieu, l'étude précitée, de même que la deuxième contribution citée par le SMR – concluant quant à elle à une prévalence des malocclusions chez les enfants atteints de TSA (FONTAINE-SYLVESTRE, ROY, RIZKALLAH, DABBAGH et FERRAZ DOS SANTOS, *Prevalence of malocclusions in Canadian children with autism spectrum disorder*) – comparent des enfants en bonne santé à des enfants atteints de TSA. Or, dans la mesure où le critère de la fréquence de l'affection secondaire doit se mesurer à l'aune « d'enfants comparables » et non de la population générale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_203/2018 du 9 octobre 2018 consid. 8.2 in fine), la chambre de céans constate qu'il existe des critères de comparaison moins généraux que ceux appliqués dans les deux études précitées (bien que celles-ci comparent des enfants atteints, respectivement non atteints de TSA entre eux, après les avoir recrutés sur la base de mêmes critères démographiques). C'est par exemple l'option choisie par une étude plus récente, publiée en 2022, qui ne recrute que des enfants et adolescents en quête d'un traitement orthodontique et scinde cet échantillon de 97 individus en deux sous-catégories réunissant d'un côté, les patients présentant un TSA et de l'autre, ceux qui n'en présentent pas, et qui conclut que la complexité de la malocclusion et le besoin de traitement orthodontique sont statistiquement plus élevés chez les enfants atteints de TSA, indépendamment du sexe et de l'âge (MEUFFELS, KUIJPERS-JAGTMANN, TJOA, BONIFACIO, CARVAJAL MONROY, *Malocclusion complexity and orthodontic treatment need in children with autism spectrum disorder*). Cela étant, dans la mesure où il n'appartient pas au juge de tirer des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 1080 du 13 avril 2007 consid. 4.2), la chambre de céans s'abstiendra de porter un jugement sur la pertinence de cette dernière étude mais rappellera que le caractère fréquent de l'affection secondaire tel qu'il ressort d'études statistiques n'est pas le seul critère déterminant pour admettre l'existence d'un lien qualifié de causalité adéquate entre l'affection secondaire et l'infirmité congénitale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_203/2018 du 9 octobre 2018 consid. 5.2 et 8.2 ainsi que l'arrêt du Tribunal fédéral I 801/04 précité). Conformément à cette précision jurisprudentielle, le SMR aborde certes la question de l'aspect qualitatif de la causalité adéquate (ci-dessus : consid. 4.4 in fine) mais il le fait d'une manière qui ne saurait être suivie : en tant qu'il fait valoir que « les comportements de protrusion de la langue que cet enfant présente et le déséquilibre de force entre la force de la langue et ses muscles péri-oraux et sous-mandibulaires [...] ne [sont] pas spécifique[s] au TSA, tout autre enfant pouvant les présenter », le SMR apprécie cette problématique d'un point de vue

général et abstrait, alors qu'il importe de déterminer si dans le cas du recourant, compte tenu notamment de son dossier médical et médico-dentaire, les « comportements » précités sont intimement liés à son TSA (comme l'allègue la Dre C_____ dans son rapport du 8 juillet 2022) sans qu'un facteur étranger n'interfère de manière déterminante dans la survenance des problèmes orthodontiques en cause. En l'état de l'instruction, on ne voit a priori pas quels facteurs étrangers au TSA pourraient exercer concrètement une influence déterminante. Il ressort en effet du rapport du 11 janvier 2023 de Mmes E_____ et F_____, qui suivent le recourant dans le cadre de son TSA, que celui-ci présentait toujours, à 11 ans et demi, « des comportements interférents et parasites (posture de la langue avec passage de celle-ci sur les dents, mettre ses doigts et des objets dans la bouche, les sucer, etc.) » et que de l'avis de ces psychopédagogues, ces particularités sensorielles sont l'une des « implications » de l'autisme de l'intéressé (dossier AI, doc. 306).

E. 8.2

À la lumière des considérations qui précèdent, il n'existe pas, en l'état, assez d'éléments qui permettraient à la chambre de céans de trancher la question du lien qualifié de causalité adéquate entre les problèmes orthodontiques du recourant et son TSA. Au vu du caractère pas assez fiable et en partie non pertinent des constatations du SMR (cf. ci-dessus : consid. 5.2.2 et 8.1), l'intimé ne pouvait faire l'économie d'une instruction complémentaire avant de rendre la décision litigieuse. ![endif]>![if>

E. 9

En tant qu'elle refuse la prise en charge d'un traitement orthodontique à titre de traitement d'une affection secondaire au TSA, la décision litigieuse sera donc annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGA, charge à l'expert de se prononcer sur la causalité adéquate qualifiée entre les troubles orthodontiques du recourant et son TSA à la lumière des critères jurisprudentiels exposés. Cela fait, il incombera à l'intimé de rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations. ![endif]>![if>

E. 10

Le recourant, représenté par un avocat, a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).![endif]>![if> Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). ***** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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