



Cour III
C-3408/2008
{T 0/2}

Arrêt du 16 septembre 2010

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Francesco Parrino et Franziska Schneider, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A._____, agissant par sa mère **B.**_____,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 8 avril 2008)

Faits :**A.**

A.a L'enfant A._____, née en 1997, ressortissante suisse, a présenté à sa naissance des hémangiomes multiples au visage et au tronc pour lesquels elle a été suivie par la Dresse C._____, dermatologue. A quelque deux ans et demi elle a présenté des malaises qui ont fait penser à des phénomènes comitiaux en relation avec les anomalies cutanées, signe d'une atteinte cérébrale dans le cadre d'une maladie de Sturge-Weber. Des examens, en particulier un EEG normal et une IRM cérébrale, n'ont cependant révélé aucune anomalie vasculaire du syndrome de Sturge-Weber (pce 9, rapport du Dr D._____, neuropédiatre, daté du 9 mars 2000). Par décision du 16 mars 2000 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI-GE), l'enfant A._____ fut mis au bénéfice de mesures médicales de l'AI pour l'infirmité congénitale n° 109 relativement à l'angiome plan (pce 19). Puis par décision du 31 mars 2000 de l'OAI-GE, des mesures médicales pour l'infirmité congénitale n° 313 relativement à la malformation de vaisseaux lui furent également allouées (pce 20). Dans un rapport médical daté du 22 octobre 2003 signé de la Dresse E._____, médecin-chirurgien ophtalmologue, il fut relevé des céphalées et une diplopie fluctuante dans le cadre d'un probable syndrome de Sturge-Weber (pce 24). Une décision de l'OAI-GE du 12 décembre 2003 refusa de prendre en charge les problèmes visuels décelés (pce 26), mais cette décision fut reconsidérée par décision sur opposition du 15 juillet 2004 au motif que les problèmes visuels étaient en relation avec la maladie congénitale n° 313 (pce 34).

A.b En date du 19 juillet 2005, le Département de pédiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) établit un bilan multidisciplinaire dont il appert que l'enfant Alison de 7 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, sans qu'aucun facteur déclenchant n'ait été trouvé, avec une stabilisation depuis trois mois sous traitement de Topamax^(R) et de Tramal^(R). 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 4 membres. Des troubles de l'attention et de la mémoire

à court terme furent relevés ainsi qu'une diplopie par intermittence depuis 1 an et demi. Il fut noté qu'une 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. Un complément du traitement médicamenteux fut prescrit (pce 38). Un rapport complémentaire des HUG du 12 juillet 2005 nota 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 (pce 82).

A.c Une artériographie cérébrale et du cou fut effectuée en date du 20 septembre 2005 aux HUG en raison des céphalées chroniques. Le rapport du 21 septembre 2005 releva la mise en évidence d'une anomalie du retour veineux encéphalique sur une angio-IRM et un angio-scanner des 12 et 14 juillet 2005. L'examen révéla une variante anatomique du drainage veineux encéphalique, des signes d'hypertension veineuse, un volumineux réseau de collatérales veineuses diploïques anormalement développées, un aspect « tire-bouchonné » des veines corticales surtout au niveau hémisphérique à droite, mais ne nota pas de retard circulatoire décelable. Le rapport indiqua qu'il était difficile de formellement établir un lien entre les céphalées dont souffrait Alison et la variante anatomique du drainage veineux encéphalique mais qu'il était possible en fonction des données anatomiques fournies par l'artériographie qu'il existât un certain degré de restriction à l'écoulement veineux encéphalique même en l'absence d'une hypertension du liquide céphalo-rachidien qui fut mesuré (pce 39).

A.d La famille de l'enfant A._____ ayant déménagé en France, le dossier de l'assurée fut transmis de l'OAIE-GE à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) par acte du 14 septembre 2005 (pce 45). L'OAIE reprit la couverture des soins de l'infirmité congénitale n° 313, y compris les contrôles ophtalmologiques, par décision du 9 février 2006 se référant au transfert du dossier précité (pce 48).

B.

B.a Par acte du 30 juin 2006 l'OAIE requit du Dr F._____ toutes informations utiles sur une prescription relativement à une facture

datée du 29 mai 2006 reçue des parents d'A._____ pour remboursement de l'entreprise G._____ (pce 51).

B.b Dans un rapport médical du 24 août 2006 à l'adresse de l'OAIE, le Dr F._____, neuropédiatre, rappelant les diagnostics d'angiome plan et de malformation vasculaire, nota des céphalées aiguës, de type « Cluster headache » soulagées par l'oxygène, et chroniques ainsi que des névralgies importantes. Il indiqua un traitement médicamenteux antalgique et par oxygène pour les crises de Cluster headache et la nécessité d'une psychothérapie avec approche par hypnose soulignant le caractère indispensable du traitement de durée indéterminée pour l'évolution sociale et scolaire d'Alison (pce 42). Il joignit à son envoi un rapport de Mme H._____, logopédiste-neuropsychologue de son cabinet, daté du 1^{er} février 2006, relevant notamment chez l'enfant de huit an et demi, outre les diagnostics connus, des compétences intellectuelles normales mais un ralentissement psychomoteur, des comportements stéréotypés, des maux de têtes invalidant, parfois une notable fatigue, concluant à un suivi logopédique et à une scolarisation en fonction de l'évolution de l'enfant (pce 55).

B.c Invité à se déterminer sur les demandes de prises en charge par l'AI du suivi psychothérapeutique et de l'oxygénothérapie, le Dr I._____ de l'OAIE conclut dans son rapport du 30 novembre 2007 favorablement à la mesure psychothérapeutique consistant en deux séances mensuelles depuis le 4 octobre 2005 (cf. pce 73). S'agissant du traitement par oxygénothérapie des céphalées de type Cluster headache, il releva que si la méthode pouvait être suivie de succès elle n'était pas celle prescrite en premier. Il nota toutefois qu'il y avait lieu de se demander si les maux de tête étaient en relation avec les atteintes congénitales. Il indiqua que le rapport médical des HUG du 9 juillet 2005 n'établissait pas un tel rapprochement ni ne prescrivait une oxygénothérapie, il nota que les céphalées de type Cluster headache n'étaient pas un symptôme usuel de la maladie de Sturge-Weber. Il souligna que le rapport précité avait explicitement indiqué qu'un lien entre les céphalées et les anomalies veineuses ne pouvait que difficilement s'établir de sorte qu'il ne pouvait être reconnu de liens entre les céphalées et les atteintes congénitales n° 313 et 109 et que de plus les céphalées de type Cluster headache n'étaient pas reconnues en tant qu'atteintes congénitales. Il conclut à la non prise en charge par l'AI des thérapies médicamenteuses et par oxygène des céphalées (pce 84).

B.d Par communication du 5 février 2008, l'OAIE informa la mère d'A. _____ de la prise en charge de la psychothérapie de l'assurée (pce 85).

C.

C.a Par projet de décision du 14 février 2008, l'OAIE, se référant aux dispositions légales relatives aux mesures médicales nécessaires au traitement d'infirmités congénitales reconnues par l'AI, informa la mère de l'assurée que la demande de prise en charge de l'oxygénothérapie ne pouvait intervenir au motif que les maux de tête dont souffrait l'enfant Alison n'étaient pas en lien direct avec les infirmités congénitales n° 313 ou 109. Il fit valoir que le rapport des HUG du 9 juillet 2005 n'avait pas établi de rapport entre les maux de tête et l'hémangiomatose et qu'un traitement par oxygénothérapie n'avait pas été recommandé. Il nota que les céphalées aiguës de type Cluster headache ne représentaient pas un symptôme habituel de la maladie de Sturge-Weber et que l'angiographie du 20 septembre 2005 avait révélé une anomalie des veines mais aucun angiome inter-crânien (pce 87).

C.b La mère d'A. _____ s'opposa au projet de décision par acte du 13 mars 2008. Elle fit valoir que le rapport du 9 juillet 2005 n'était plus actuel, qu'un rapport du 10 octobre 2007 avait établi une relation entre les maux de tête avec la variante anatomique veineuse comme cause potentielle malgré l'absence d'une hypertension du liquide céphalo-rachidien et que depuis lors l'ensemble des spécialistes suivant sa fille était unanime sur la relation de cause à effet. Elle nota que sa fille ne souffrait pas de la maladie de Sturge-Weber mais d'une angiomatose diffuse et de diverses malformations veineuses cérébrales lui causant les céphalées de type Cluster headache traitées par médicaments jusque-là pris en charge par l'AI. Enfin, elle nota que les maladies congénitales n° 313 et 109 ne couvraient pas entièrement les atteintes à la santé de sa fille (pce 94).

Le 19 mars 2008 l'OAIE reçut du Dr J. _____, service de Chirurgie psychiatrique des HUG, un rapport daté du 22 février 2008 notant la nécessité de nouveaux examens auquel fut joint le rapport médical du 10 octobre 2007 relevant depuis l'automne 2005 des céphalées et des douleurs des membres inférieurs quasi constantes et des périodes de crises douloureuses au niveau du visage, associées à un œdème de l'hémiface gauche. Le rapport relata les atteintes connues notant que la variante anatomique veineuse avait à l'époque été retenue comme

cause potentielle d'une hypertension veineuse pouvant occasionner des céphalées (pces 95 s.).

C.c Invité à se déterminer sur la documentation médicale, le Dr I._____ de l'OAIE, dans son rapport du 4 avril 2008, répondit négativement aux arguments évoqués par la mère d'A._____. Il nota qu'énoncer le caractère potentiel de la cause des céphalées ne revenait pas à l'établir, que la prise en charge des antalgiques devait même être supprimée, que les pathologies relevaient d'un syndrome de Sturge-Weber comme il en ressortait de la littérature médicale. Il conclut au caractère post-naissance du substrat des céphalées et à la prise en charge des atteintes à la santé liées par l'assurance maladie (pce 98).

D.

Par décision du 8 avril 2008, l'OAIE nia la nature congénitale de la pathologie et rejeta la demande de prise en charge de l'oxygénothérapie pour le traitement des céphalées de l'enfant Alison pour les motifs évoqués dans son projet de décision. Il nota que les observations du 13 mars 2008 n'avaient pas apporté d'éléments nouveaux (pce 99).

Par acte du 13 mai 2008, la Dresse C._____, dermatologue, informa l'OAI contester le bien-fondé du refus de prise en charge de l'oxygénothérapie du fait que ce traitement s'inscrivait dans la prise en charge de l'angiome complexe de Sturge-Weber avec probablement en surplus des anomalies de retour veineux selon l'examen du Prof. K._____ et une anomalie des plexus de la paroi vasculaire occasionnant des troubles parasympathiques invalidant. Elle nota que dans ce contexte l'assurée présentait des troubles neurologiques par stase et dilatation des vaisseaux intracrâniens occasionnant des douleurs, de la fatigabilité, des problèmes oculaires, des pertes de mémoire immédiate, de l'hypersomnie. Elle souligna que l'oxygénothérapie lui permettait d'avoir moins de douleurs et un meilleur état d'éveil dans sa journée (pce 103).

E.

En date du 20 mai 2008, B._____, agissant pour sa fille, interjeta recours contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal de céans. Elle conclut implicitement à la prise en charge de l'oxygénothérapie et subsidiairement au renvoi du dossier à l'autorité inférieure. Elle fit notamment valoir que le rapport du 9 juillet 2005 des HUG avait été suivi d'autres rapports plus explicites, que sa fille souffrait d'autres atteintes

que celles retenues par l'AI telles que « catégorisées ». Elle nota que si l'oxygénothérapie n'était pas prise en charge, les antalgiques l'étaient et que la thérapie refusée avait de plus un effet bénéfique sur la santé et la qualité de vie de sa fille. Elle joignit à son recours entre autres documents, d'une part, un rapport des HUG signé du Prof. K._____ et du Dr L._____, chef de clinique, daté du 6 décembre 2005, adressé au Dr F._____ indiquant que malgré l'absence d'une hypertension franche du liquide céphalo-rachidien, l'opinion des participants au colloque était que la variation anatomique veineuse présentée entraînait possiblement une hypertension veineuse pouvant se répercuter cliniquement par les céphalées dont souffrait A._____ et, d'autre part, la copie de la lettre de la Dresse C._____ du 13 mai 2008 adressée à l'OAIE (pce TAF 1).

F.

Par décision incidente du 29 mai 2008, le Tribunal de céans accusa réception du recours et requit de la représentante de l'assurée une avance sur les frais de procédure de Fr. 400.-, montant qui fut acquitté dans le délai imparti (pces TAF 4 et 6).

G.

G.a Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE transmit le dossier au Dr M._____ de son service médical accompagné d'autres documents nouvellement au dossier qui lui furent adressés, dont notamment:

- un rapport d'écho doppler daté du 21 juin 2007, signé du Dr N._____, ne permettant pas de mettre en évidence de modification morphologique des artères à destination cérébrale (pces 114 s.),
- un rapport du Dr O._____, cardiologue, daté du 13 septembre 2007, excluant un trouble du rythme pour les malaises ressentis (pce 116),
- un rapport médical daté du 25 juin 2008 signé du Dr F._____, faisant état de façon détaillée du suivi médical de l'assurée depuis mars 2002. Il y relata qu'il avait été retenu lors de la consultation multidisciplinaire des angiomes aux HUG un lien entre l'anomalie du retour veineux et la survenance des céphalées, la mise en place d'une thérapie médicamenteuse et de l'oxygénothérapie pour les

céphalées de type Cluster headache et l'amélioration de la récupération suite aux malaises par la prise d'oxygène. Il nota que l'ensemble de la pathologie s'organisait en une entité nosologique de type neuro-ectodermose nécessitant la poursuite du suivi médical qui paraissait s'engager vers une évolution favorable. Il souleva la discussion du fait que l'anomalie du retour veineux cérébral pourrait être considérée comme une malformation des enveloppes du cerveau selon l'infirmité congénitale n° 381 dans la mesure où les infirmités congénitales associées n° 109 et 313 ne permettaient pas de couvrir les besoins médicaux et thérapeutiques de l'assurée (pce 120),

Dans son rapport daté du 26 juillet 2008, le Dr M._____, médecin généraliste, de l'OAIE, effectua une récapitulation complète du dossier. Il nota que la prescription de l'oxygénothérapie par le Dr F._____ ne relevait pas d'indications ni de prescriptions antérieures. S'agissant des maladies congénitales retenues par l'AI, il nota que les infirmités congénitales n° 109 et 313 étaient appropriées et releva que la question d'intégrer l'infirmité congénitale n° 381 (malformation du système nerveux et de ses enveloppes [encéphalocèle, kyste arachnoïdien, myéломéningocèle, hydromyélie, méningocèle, diastématomyélie et tethered cord]), dont les maladies énoncées pouvaient être de son avis élargies bien que la liste paraissait limitative, se posait et qu'il y avait lieu de soumettre le cas à l'OFAS pour prise de position et détermination des mesures thérapeutiques non comprises. Enfin, il indiqua que de son avis l'oxygénothérapie ne devrait pas être prise en charge par l'AI (pce 121).

G.b L'OAIE soumit également le dossier au Dr I._____ pour avis. Dans son rapport du 18 octobre 2008, le Dr I._____ indiqua qu'indépendamment de la réponse à donner de savoir s'il fallait élargir les infirmités congénitales à celle n° 381, l'oxygénothérapie ne devait pas être prise en charge, thérapie que le Dr F._____ lui-même ne mentionnait plus comme actuelle dans son dernier rapport du 25 juin 2008. Par ailleurs, il nota que le Dr F._____ était, en tant que médecin traitant, désigné pour se déterminer sur la prise en compte de l'infirmité congénitale n° 381 et que sa position n'était pas claire préférant s'en remettre à l'avis de l'OFAS. Il indiqua que même dans l'hypothèse de l'élargissement des infirmités congénitales il n'y avait pas lieu de considérer l'oxygénothérapie comme nécessaire du fait que rien au dossier ne faisait apparaître une hypoxémie (pce 127).

G.c Par réponse du 28 octobre 2008, l'OAIE proposa le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il fit valoir que le dossier allait être soumis à l'OFAS s'agissant de la question de l'élargissement des infirmités congénitales reconnues et que sous l'angle des infirmités congénitales n° 109 et 313 il n'avait pu être établi que les céphalées dont souffrait l'enfant Alison étaient dues aux atteintes reconnues n° 109 et 313. Il précisa qu'en l'occurrence lors de l'angiographie réalisée en date du 20 septembre 2005 une anomalie veineuse avait été constatée pour laquelle il était difficile d'établir qu'elle soit la cause des céphalées et que cette appréciation médicale avait été confirmée par celle du 18 octobre 2008 compte tenu de l'ensemble du dossier y compris la nouvelle documentation médicale apportée à l'appui du recours. Il souligna qu'aucun lien de causalité n'avait été constaté entre les céphalées et le syndrome de Surge-Weber et qu'en conséquence la demande de prestation avait été rejetée à juste titre (pce TAF 9).

H.

Invitée à répliquer par ordonnance du 14 novembre notifiée le 25 novembre 2008 (pces TAF 10 s.), la mère de l'assurée n'y donna pas suite.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spé-

ciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1; ATF 130 V 445 consid. 1.2 et les références; ATF 129 V 4 consid. 1.2). En l'occurrence les dispositions de la LAI selon la 5^{ème} révision de cette loi qui sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont applicables.

3.

3.1 Selon l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales, soit, selon l'art. 3 al. 2 LPGGA, celles présentes à la naissance accomplie de l'enfant. En application de l'art. 13 al. 2 LAI, le Conseil fédéral a établi l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC, RS 831.232.21) laquelle ne comprend pas les infirmités dites de peu de gravité n'ouvrant pas le droit à des prestations. Les infirmités énumérées dans la liste sont exhaustives mais la liste peut être complétée, s'agissant d'infirmités congénitales évidentes, par le Département fédéral de l'intérieur (JEAN-LOUIS DUC, L'assurance-invalidité in ULRICH MEYER, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd. Bâle, 2007, p. 1438; voir Pratique VSI 1999 p. 170). Selon l'art. 1^{er} OIC, la simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale et le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant. Sa constatation à la naissance n'est donc pas déterminante (UELI KIESER, ATSG Kommentar, 2^{ème} éd., Zurich 2009, art. 3 n° 29).

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.

Aux termes de l'art. 3 OIC, le droit au traitement d'une infirmité congénitale s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'assuré a accompli sa 20^{ème} année, même si une mesure entreprise avant ce délai est poursuivie.

3.2 Certaines situations peuvent poser de délicats problèmes de qualification. Tel est le cas lorsque l'assuré présente plusieurs infirmités ne figurant pas toutes dans la liste de l'OIC ou une infirmité due à des causes qui en partie existaient lors de la naissance et en partie sont survenues plus tard ou des symptômes multiples. Tel est le cas également d'affections secondaires à une infirmité congénitale figurant dans la liste de l'OIC. Selon les cas les mesures de l'art. 13 LAI peuvent s'étendre aux affections secondaires qui, tout en ne rentrant pas dans la liste des symptômes spécifiques de l'infirmité congénitale, constituent néanmoins souvent, selon l'expérience des médecins, la conséquence de l'infirmité elle-même. Un lien de causalité adéquate doit alors être reconnu entre l'infirmité congénitale et les troubles secondaires (Duc, op. cit., p. 1439; ATF 129 V 207 consid. 3.3; arrêt du Tribunal fédéral I 576/05 du 25 novembre 2005 consid. 3.1 et la jurisprudence citée). Il n'est pas nécessaire que l'affection secondaire soit directement liée à l'infirmité; des conséquences même indirectes de l'infirmité congénitale peuvent également satisfaire à l'exigence d'un lien qualifié de causalité adéquate (arrêt I 576/05 loc. cit., Pra 1991 n° 214 p. 903 consid. 3b et les références). La limitation dans le temps des prises en charge selon l'OIC (par ex. l'infirmité congénitale 395) est réservée. Une abondante jurisprudence illustre les principes énoncés ci-dessus résumée dans l'arrêt I 576/05 au consid. 2.

3.3 En vertu des règles de coordination du droit des assurances sociales, l'art. 27 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) dispose qu'en cas d'infirmité congénitale (art. 3 al. 2 LPGa) non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance

obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie. Par ailleurs, selon l'art. 52 al. 2 LAI, en matière d'infirmité congénitale (art. 3 al. 2 LPGA), les mesures thérapeutiques du catalogue des prestations de l'assurance-invalidité sont reprises dans les dispositions et listes établies [pour cette assurance]. Les normes de coordination n'ont pas pour effet de faire supporter par la LAMal ce que la LAI ne prend pas en charge en tant qu'infirmité congénitale, encore faut-il qu'il existe une maladie et la nécessité d'un traitement médical au sens de l'art. 3 LPGA (cf. ég. KIESER, art. 3 n° 31).

4.

Dans la présente cause il y a lieu d'examiner, d'une part, si les céphalées d'Alison peuvent être en relation de causalité naturelle et adéquate avec les infirmités congénitales 109 et/ou 313 (et/ou 381), et, d'autre part, en cas de réponse positive, si l'oxygénothérapie prescrite par le Dr Rathgeb doit être prise en charge par l'assurance-invalidité.

5.

5.1 A sa naissance, fin 1997, l'enfant A._____ a présenté des hémangiomes multiples au visage et au tronc. Elle a d'abord été traitée pour cela sur le plan dermatologique. Vers les deux ans et demi l'enfant a présenté des malaises qui ont été interprétés comme des phénomènes comitiaux en relation avec les anomalies cutanées, signe éventuel d'une atteinte cérébrale dans le cadre d'un syndrome de Sturge-Weber, mais des examens début 2000 n'ont pas confirmé ce pré-diagnostic. En mars 2000 A._____ fut mis au bénéfice de mesures médicales pour les infirmités congénitales n° 109 (Naevi congénitaux, lorsqu'ils présentent une dégénérescence maligne ou lorsqu'une simple excision n'est pas possible en raison de la grandeur ou de la localisation) et n° 313 (Malformations congénitales du coeur et des vaisseaux). Dans un rapport du 22 octobre 2003 de la Dresse E._____, il fut relevé des céphalées et une diplopie fluctuante dans le cadre d'un probable syndrome de Sturge-Weber. Dans un premier temps l'OAI-GE s'opposa à prendre en charge les problèmes visuels arguant du défaut de relation de causalité avec les affections congénitales reconnues puis admit la relation avec l'infirmité n° 313. Le problème des céphalées ne s'étant pas résout de lui-même, des investigations ont été entreprises en 2005. Une IRM cérébrale du 12 juillet 2005 ne montra pas d'augmentation de l'angiome rétinien ni de lésion

intra-cérébrale mais une augmentation du nombre d'angiomes de la calotte crânienne. Une artériographie cérébrale et du cou effectuée le 20 septembre 2005 en raison des céphalées mit en évidence une anomalie du retour veineux encéphalique et une variante anatomique du drainage veineux encéphalique, des signes d'hypertension veineuse, un volumineux réseau de collatérales veineuses diploïques anormalement développées, un aspect « tirbouchonné » des veines corticales surtout au niveau de l'hémisphère droit. Le rapport des HUG du 21 septembre 2005 indiqua qu'il était difficile de formellement établir un lien entre les céphalées dont souffrait A._____ et la variante anatomique du drainage veineux encéphalique, mais qu'il était possible en fonction des données anatomiques fournies par l'artériographie qu'il existât un certain degré de restriction à l'écoulement veineux encéphalique. En date du 6 décembre 2005 le Prof. K._____ et le Dr L._____ des HUG informèrent cependant le Dr F._____ qu'il était apparu de l'opinion des participants au colloque autour d'A._____ que la variante anatomique veineuse présentée entraînait possiblement une hypertension veineuse pouvant se répercuter cliniquement par des céphalées. A partir de mai 2006 A._____ débuta une oxygénothérapie accessoire prescrite par le Dr F._____ pour traiter et soulager ses céphalées parallèlement à un traitement allopathique pris en charge par l'Al. Les investigations cliniques en relation avec les céphalées ont été également prises en charge par l'Al. Le dossier ne permet pas de déterminer dans quelle mesure le traitement par oxygénothérapie a été suivi et jusqu'à quand et avec quel succès. Un rapport de Mme H._____ daté du 13 juin 2006, soit environ un mois après le début de l'oxygénothérapie, nota qu'A._____ souffrait encore de maux de tête assez violents et que pour des crises aiguës la prise d'oxygène la soulageait un peu (cf. pce 109). Un rapport du 10 octobre 2007 des HUG releva qu'à l'époque la variante anatomique veineuse avait été retenue comme cause potentielle d'hypertension veineuse pouvant occasionner des céphalées et que de nouvelles investigations étaient nécessaires. Ce rapport ne fit nullement mention de l'oxygénothérapie. Dans un rapport du 13 mai 2008, la Dresse C._____, dermatologue, à l'adresse de l'OAIE, s'opposa à ce que l'oxygénothérapie ne soit pas prise en charge par l'Al arguant que ce traitement s'inscrivait dans la thérapie et offrait à l'assurée d'avoir moins de douleurs et un meilleur état d'éveil dans sa journée. Enfin, dans son rapport du 25 juin 2008 le Dr F._____ ne fit lui-même aucune référence à un traitement encore actuel par prise d'oxygène. La mère d'A._____ releva cependant

dans son recours que l'oxygénothérapie était bénéfique pour l'état de santé de sa fille et notamment sur sa qualité de vie.

5.2 L'OAIE, respectivement son service médical, soit les Drs I._____ et M._____, médecins généralistes, fut d'avis que la démonstration d'une relation de cause à effet entre les infirmités congénitales n° 109 et 313 et les céphalées n'avait pas été apportée clairement par la documentation médicale. Le Tribunal de céans relève que les spécialistes des HUG n'ont pas retenu clairement dans leur dernière prise de position du 6 décembre 2005, sinon sans réserve du moins de façon suffisamment étayée et convainquante sur le plan médical, l'existence d'un rapport de causalité entre la variation anatomique veineuse au niveau du crâne et les céphalées. Dans ce dernier rapport signé notamment du Prof. K._____, il est indiqué que "Malgré l'absence d'une hypertension du LCR franche, l'opinion des participants est que la variante anatomique veineuse présentée entraîne possiblement une hypertension veineuse pouvant se répercuter cliniquement par les céphalées dont souffre A._____". En outre, et comme relevé à juste titre par les Drs I._____ et M._____, il n'y a pas non plus au dossier d'autres rapports médicaux démontrant à satisfaction de droit l'existence du rapport de causalité en question. Toutefois, le service médical de l'OAIE n'a pas évoqué et soutenu d'autres causes, celles-ci n'apparaissant pas non plus dans d'autres documents médicaux aux actes de la cause, et le doute subsiste quant à l'origine des céphalées. Dans cette constellation d'avis non clairement affirmatifs ou négatifs, l'OAIE ne pouvait donc ni retenir ni exclure définitivement un rapport de causalité naturelle et adéquat entre les maladies congénitales n° 109 et 313 et les céphalées sans d'autres investigations médicales à effectuer par un spécialiste en la matière.

5.3 Il est d'ailleurs relevé que ni les rapports médicaux des HUG ni d'autres certificats médicaux ne se sont prononcés explicitement et d'une manière suffisamment claire sous l'angle des aspects scientifiques, économiques et de l'opportunité sur l'oxygénothérapie compte tenu des résultats escomptés et obtenus, le Dr I._____ n'ayant par ailleurs pas exclu un bien fait du mode thérapeutique en question (cf. le rapport du 30 novembre 2007, voir aussi le rapport du 18 octobre 2008 pour le cas où A._____ souffrirait d'hypoxémie). Il sied de rappeler que selon l'art. 2 al. 1 deuxième phrase RAI les mesures médicales doivent être considérées comme indiquées dans l'état

actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate. Le cas échéant, à savoir selon le résultat des investigations concernant le lien de causalité entre les maladies congénitales n° 109 et 313 et les céphalées de A._____, il faudra aussi instruire le dossier de ce point de vue.

5.4 Par ailleurs, et compte tenu du fait qu'au stade du recours le service médical de l'OAIE s'est expressément prononcé pour la nécessité de soumettre le cas à l'OFAS avant qu'une décision ne soit rendue sur la question générale de la prise en charge des thérapies liées aux céphalées, il sied également, s'agissant de la prise en charge de l'oxygénothérapie, que la question soit réexaminée à la lumière des prises de positions spécifiques répondant à la question, d'une part, de l'existence ou non d'un lien de causalité entre les maladies congénitales n° 109 et 313 et les céphalées et, d'autre part, du bien-fondé d'une thérapie par oxygénothérapie. Au vu du dossier, il y aura par ailleurs lieu d'élargir l'examen à l'intégration éventuellement de la maladie congénitale n° 381, question nécessitant absolument en premier lieu une prise de position du médecin traitant d'A._____.

5.5 Il se justifie dès lors de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 PA afin que l'OAIE, dans un délai raisonnable, requiert les prises de position médicales nécessaires, collecte la nouvelle documentation médicale établie le cas échéant depuis la prise de la décision attaquée, formule un préavis sur les questions posées par le dossier, soumette le cas à l'OFAS et ensuite rende une nouvelle décision tenant compte de la prise de position de l'OFAS. Il sied de relever dans le cadre de cette cause que selon les ch. 7 et 9 de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM), si une affection peut être aussi bien acquise que congénitale et que, dans le cas d'espèce, il existe des doutes sur l'authenticité d'une infirmité congénitale, l'avis dûment motivé d'un médecin spécialisé, qui tient celle-ci pour hautement probable en se fondant sur l'enseignement médical actuel, est alors déterminant (ch. 7) et en cas d'infirmités dues à plusieurs causes dont certaines existaient déjà à la naissance accomplie et dont les autres ne sont apparues que plus tard, l'AI prend en charge le traitement pour autant que les causes existant à la naissance l'emportent sur les influences externes ultérieures (ch. 9).

6.

Vu ce qui précède le recours est partiellement admis et la cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instructions complémentaires et nouvelle décision au sens des considérants.

7.

7.1 Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure, et l'avance de frais de Fr. 400.- est restituée à la recourante.

7.2 La recourante ayant agi sans avoir eu recours à un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 8 avril 2008 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance sur les frais de procédure perçue de Fr. 400.- est restituée à la recourante.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf.)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :