

EN FAIT

1. Monsieur G_____ (ci-après l'assuré), né en 1994 et représenté par son père, a déposé le 31 août 2010 auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (l'OAI) une demande de prestation d'invalidité en raison d'une infirmité congénitale nécessitant un traitement d'orthodontie. Un devis de 11'039 fr 40 du centre médico-dentaire X_____ SA est joint à la demande.
2. Selon le rapport médical du 21 septembre 2010 du Dr L_____, médecin dentiste spécialiste en orthodontie, il n'y a ni anomalie d'occlusion, ni sous-nombre ou sur-nombre de dents, ni malformation de la langue, ni malformation ou anomalie du squelette. Le médecin ne répond pas à la question de savoir s'il y a une infirmité congénitale.
3. Selon le rapport médical du 16 décembre 2010 du Dr M_____, professeur de médecine dentaire, spécialiste en orthopédie dento-faciale, les résultats de l'examen du Dr L_____ sont confirmés, et il n'y a pas de macroglossie (diagnostic de la langue), ni d'infirmité congénitale.
4. Par projet du 25 janvier 2011, l'OAI a envisagé de refuser les mesures médicales (traitement d'orthodontie), motif pris que l'examen du dossier ne permet pas de conclure à une infirmité congénitale retenue par l'assurance-invalidité. Le projet cite l'art. 13 LAI et précise que les infirmités congénitales sont mentionnées de façon exhaustive dans l'ordonnance y relative.
5. Par décision du 9 mars 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision et a rejeté la demande.
6. Par acte du 11 avril 2011, le père de l'assuré mineur, agissant en tant que représentant légal, dépose recours contre la décision. Il conclut à l'annulation de celle-ci, à l'octroi des mesures médicales (traitement d'orthodontie), fait valoir que la décision est insuffisamment motivée et réclame des dépens. Il sollicite un délai pour compléter son recours.
7. Par pli du 9 mai 2011, l'OAI conclut au rejet du recours sur la base de l'avis des deux médecins dentistes, qui ne retiennent pas l'existence d'une infirmité congénitale. Les art 12 et 13 LAI permettent d'octroyer aux assurés de moins de 20 ans des mesures médicales pour autant qu'elles soient nécessaires à la réadaptation ou au traitement d'infirmités congénitales. Or, aucune des conditions n'est réalisée. S'agissant de la motivation de la décision, elle est suffisante pour permettre au destinataire de la comprendre et de l'attaquer utilement.
8. Par pli du 16 mai 2011, la détermination de l'OAI est transmise au recourant, avec un délai au 6 juin 2011 pour consulter les pièces produites, faire part de ses

remarques et produire les rapports médicaux sur lesquels elle se fonde pour affirmer que le traitement serait rendu nécessaire par une infirmité congénitale. Un extrait de l'ordonnance sur les infirmités congénitales lui a été adressé.

9. L'assuré ne s'est pas déterminé dans le délai imparti et la cause a été gardée à juger.
10. Après que la cause ait été gardée à juger et ait été mise en délibération, l'assuré a indiqué vouloir retirer son recours et a sollicité que les frais soient mis à la charge de l'Etat de Genève.

EN DROIT

1. a) Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de l'assurée à des mesures médicales sollicitée en 2010. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.
- b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision en date du 25 janvier 2011, qui a été confirmé par la décision du 9 mars 2011 contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 11 avril 2011.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGGA).

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 2 LPGGA, les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

b) L'art. 13 LAI dispose que les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGGA) jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1^{er}). 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 LPGGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. L'art. 1^{er} al. 1^{er} de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC), arrêtée conformément à l'art. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), précise que la simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale, et que le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant.

L'art. 1^{er} al. 2, 2^e phrase OIC prévoit en outre, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} décembre 2004, que le Département fédéral de l'intérieur peut adapter chaque année la liste des infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales.

c) La liste des infirmités congénitales de l'OIC comporte plusieurs subdivisions, dont le chapitre II concernant la squelette et le chapitre IV concernant la face, qui regroupe notamment les infirmités congénitales liées à la dentition (dysplasie dentaire, anodontie congénitale, hyperdontie congénitale, micromandibulie, etc.).

4. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, *in* : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

5. Dans le cas d'espèce, le Dr M_____, professeur de médecine dentaire, spécialiste en orthopédie dento-faciale qui a ausculté l'assuré, a confirmé que le patient ne présente aucune infirmité congénitale. Son dentiste traitant ne le conteste pas. Ainsi, la condition indispensable à l'octroi de mesures médicales fondées sur l'art. 13 LAI fait défaut. La décision querellée est certes succincte, mais elle est parfaitement motivée, dès lors qu'elle cite les dispositions applicables, puis motive le refus de prestations par l'absence d'infirmité congénitale. Le père de l'assuré n'a pas fait usage du délai accordé par la Cour pour compléter sa motivation, cas échéant produire des pièces complémentaires permettant d'étayer sa position. Il ne se justifie donc pas d'ordonner d'autres mesures d'instruction d'ordre médical, la demande de prestations n'étant fondée sur aucun rapport médical retenant une infirmité congénitale. A noter que tous les traitements d'orthodontie ne relèvent pas de l'assurance-invalidité, ce que le dentiste traitant de l'assuré a vraisemblablement clairement indiqué aux parents de celui-ci.
6. La décision de refus est ainsi bien fondée et le recours est rejeté.
7. Seul le recourant qui obtient gain de cause et qui est représenté par un avocat ou un mandataire professionnellement qualifié a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 de la loi du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative). Débouté, le recourant n'a pas droit à des dépens.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant la Cour de céans est soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI),

fixés initialement à 200 fr. à la charge du recourant. Toutefois, la Cour renoncera exceptionnellement à la perception d'un émolument compte tenu de la volonté de l'assuré de retirer son recours, manifestée tardivement, l'arrêt étant déjà mis en délibération.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le