REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1120/2007 **ATAS/536/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 21 mai 2007

En la cause

Madame B_____, domiciliée , Grand-Lancy	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, Genève	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Luis ARIAS et Teresa SOARES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame B_____, née le 1974, de nationalité suisse, secrétaire, a déposé à l'OCAI le 8 janvier 2007 une demande de remboursement de frais orthodontiques (5'729 fr.) en raison d'une malformation congénitale dentaire.

2. L'assurée a communiqué à l'OCAI le 1er octobre 2006, un avis de la dresse A_____, médecin-dentiste orthodontie, selon lequel l'assurée présentait une formation congénitale de type 3, c'est-à-dire, une prognathie inférieure. "Sur la téléradiographie de profil, elle présente un ANB - 1 degré et un angle des bases inférieures de 24 degrés. A l'ouverture et à la fermeture, on entend des craquements des ATM. Dentairement elle nous montre une tendance classe 3 avec un crossbite antérieur au niveau des incisives latérales supérieures et une légère endognathie supérieure. Nous sommes donc intervenus en posant un appareillage fixe complet pour élargir le palais et avancer les dents sur le maxillaire inférieur avec des élastiques classes 3. Pour pouvoir obtenir une bonne relation dentaire quatre prémolaires ont été extraites préalablement. Pour toutes ces raisons parodontales et d'articulation, ce traitement était nécessaire pour la stabilité et la fonction à long terme".

3. La facture globale pour le traitement effectué par la Dresse A_____ entre le 14 septembre 2004 et le 3 octobre 2006 se monte à 5'729 fr.

4. Par projet de décision des 17 janvier 2007, l'OCAI a rejeté la demande au motif que le droit aux mesures médicales s'éteint à la fin du mois au cours duquel la personne assurée a accompli sa vingtième année. Passé ce délai, seuls étaient encore possible des mesures médicales de réadaptation auxquelles l'assurée ne pouvait prétendre.

5. Le 29 janvier 2007, l'assurée a écrit à l'OCAI que le traitement effectué était dû à une aggravation d'une malformation congénitale de la mâchoire et ceci bien après son adolescence, ayant provoqué des problèmes de mastication, avec claquage des deux mâchoires et blessures répétitives à l'intérieur de la bouche dus aux frottements des dents mal placées. La solution choisie du port d'un appareil orthodontique pendant deux ans avait été moins coûteuse que celle qui aurait consisté, à l'origine, à casser puis bloquer sa mâchoire, nécessitant une hospitalisation, puis port d'un appareil.

6. Par décision du 21 février 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée.

7. Le 19 mars 2007, l'assurée a recouru à l'encontre de cette décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS) en relevant que ses problèmes dentaires avaient été reconnus comme malformation congénitale avec complications. Elle indiquait qu'elle avait également déposé son dossier auprès de son assurances-maladie PROGRES.

8. Le 8 mai 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours.

9. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

3. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. a) Aux termes de l'art. 12 LAI, l'assuré a droit aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ou à la réadaptation en vue de l'accomplissement des travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable (al. 1). Le Conseil fédéral est autorisé à délimiter les mesures prévues à l'al. 1 par rapport à celles qui relèvent du traitement de l'affection comme telle. A cet effet, il peut notamment préciser la nature et l'étendue des mesures incombant à l'assurance et régler la naissance et la durée du droit aux prestations (al. 2).

   Cette disposition légale vise notamment à tracer une limite entre le champ d'application de l'assurance-invalidité et celui de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation repose sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion, sans égard à la durée de l'affection, ressortit en premier lieu au domaine de l'assurance-maladie et accidents (ATF 104 V 81 sv. consid. 1, 102 V 41 consid. 1; RCC 1981 p. 519 consid. 3a).

   Sont considérés comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact – pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. 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 (art. 2 al. 1 RAI).

b) Selon 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).

Faisant usage de la délégation de compétence de l'art. 13 al. 2 LAI, le Conseil fédéral a édicté l'Ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC), contenant en annexe une liste d'infirmités réputées congénitales au sens de l'art. 13 LAI.

L'art. 3 OIC prévoit que le droit au traitement d'une infirmité congénitale s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'assuré a accompli sa 20e année, même si une mesure entreprise avant ce délai est poursuivie.

Le chiffre 210 de l'annexe à l'OIC, prévoit au titre d'infirmité congénitale la prognathie inférieure congénitale, lorsque l'appréciation céphalométrique après l'apparition des incisives définitives montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB d'au moins - 1 degré et qu'au moins deux paires antagonistes antérieures de la seconde dentition se trouvent en position d'occlusion croisée ou en bout à bout, ou lorsqu'il existe une divergence de + 1 degré et moins combinée à un angle maxillobasal de 37 degrés et plus, ou de 15 degrés et moins.

5. En l'espèce, la recourante, née le 9 août 1974, a accompli sa vingtième année le 9 août 1994. Le traitement, intervenu dès 2004, ne peut ainsi donner lieu à un remboursement de la part de l'intimé en tant qu'il concerne une infirmité congénitale dès lors que l'art. 13 LAI exclu toute mesure médicale au-delà de la vingtième année.

   Au surplus, des mesures médicales fondées sur l'art. 12 LAI ne sauraient être non plus accordées dès lors qu'il n'apparaît pas que le traitement en cause serait de nature à améliorer la capacité de gain de la recourante ou à la préserver d'une diminution notable au sens de cet article.

6. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

7. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, qui prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; que le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs, un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de la recourante.

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); 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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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