



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2819/2019

ATAS/249/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 mars 2020

9^{ème} Chambre

En la cause

A_____, enfant mineur, soit pour elle ses parents, Madame _____
B_____ et Monsieur C_____, domiciliés à TROINEX

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame B_____ et Monsieur C_____ sont les parents d'A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 2018.
2. Le 4 avril 2018, l'assurée a été reçue en consultation au service de chirurgie pédiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en raison d'une suspicion de malformation anorectale.
3. Le 2 mai 2018, l'assurée a été examinée par le docteur D_____, médecin chef de clinique du service de chirurgie pédiatrique des HUG. Dans une lettre de consultation de chirurgie pédiatrique du 16 mai 2018, il a indiqué que l'assurée présentait après la naissance un anus antéposé avec un périnéal groove à une distance d'à peu près 7 à 8 mm de l'extrémité postérieure de la fourchette vulvaire. Il avait informé les parents de l'indication d'une stimulation de l'appareil sphinctérien ainsi qu'un éventuel ASARP (*Anterior Sagittal Anorectoplasty*). L'intervention serait effectuée par le docteur E_____, médecin adjoint du service de chirurgie pédiatrique des HUG.
4. Le 8 juin 2018, l'assurée a été examinée par les Drs D_____ et E_____. Dans leur lettre de consultation de chirurgie pédiatrique du 26 juin 2018, ils ont confirmé l'indication à une intervention sous anesthésie générale avec stimulation de l'appareil sphinctérien ainsi qu'un éventuel ASARP.
5. Le 3 juillet 2018, l'assurée a subi une intervention chirurgicale au service de chirurgie pédiatrique des HUG sous la forme d'une vaginoscopie, une stimulation anale ainsi qu'une dilatation anale.
6. Dans leur lettre de sortie du 4 juillet 2018, les Drs D_____, E_____, et F_____, médecin interne, ont posé le diagnostic principal d'antéposition de l'anus. La stimulation anale au bloc opératoire sous anesthésie générale avait mis en évidence un anus presque complètement entouré par le sphincter. Seule la partie entre l'anus et l'extrémité postérieure de la fourchette vulvaire ne montrait pas de contraction à la stimulation. Les suites postopératoires immédiates étaient sans complication.
7. Dans leur compte-rendu opératoire du 19 juillet 2018, les Drs D_____ et E_____ ont précisé avoir renoncé à l'anorectoplastie « vu que le pronostic était très bon avec une continence prévue à quasiment 100 % des cas et un risque de constipation qui pourrait être traité de manière conservatoire ».
8. Le 19 septembre 2018, le Dr E_____ a indiqué avoir examiné l'assurée le 7 septembre 2018. Lors de la consultation, il avait constaté un « joli muscle autour de l'anus, même si les distances entre l'anus et le vagin étaient courts ». Il a précisé que l'assurée allait très bien et qu'il n'y avait aucun signe de constipation. Chirurgicalement, il ne pouvait pas améliorer cette situation, étant précisé qu'il y avait un risque de constipation.
9. Le 10 décembre 2018, les parents de l'assurée ont déposé une demande de prestations pour leur fille auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de

Genève (ci-après : OAI) tendant à la prise en charge de mesures médicales en cas d'infirmité congénitale. Ils ont indiqué que leur fille était atteinte, depuis sa naissance, d'atrésie et sténose congénitales de l'estomac, de l'intestin, du rectum ou de l'anus.

10. Le 18 février 2019, le Dr E_____ a rempli un rapport médical de l'assurance-invalidité (AI) posant le diagnostic de malformation anorectale, selon l'ordonnance concernant les infirmités congénitales (ci-après : OIC), chiffre 274.
11. Dans un avis médical du 6 mai 2019, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en pédiatrie, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré que l'assurée ne présentait ni atrésie ni sténose congénitale de l'anus dans le sens de l'OIC 274. Ce faisant, la doctoresse s'est fondée sur la précision de diagnostic fournie par les médecins des HUG, le bon pronostic retenu par ces derniers et l'absence d'anorectoplastie.
12. Par projet de décision du 23 mai 2019, confirmé par décision du 11 juillet 2019, l'OAI a rejeté la demande de mesures médicales tant pour l'infirmité congénitale que pour l'hospitalisation de l'assurée du 3 au 4 juillet 2018. Le dossier médical ne permettait pas de conclure à l'existence d'une infirmité congénitale.
13. Le 30 juillet 2019, le Dr E_____ a recouru contre la décision du 11 juillet 2019, au motif qu'il s'agissait, à son sens, d'une infirmité congénitale OIC 274. Cette infirmité congénitale n'avait certes pas donné lieu à une correction chirurgicale mais avait nécessité un examen sous anesthésie générale avec stimulation, afin de déterminer si l'assurée avait besoin d'un PSARP (*Posterior Sagittal Anorectoplasty*). Il a précisé que les patientes souffrant d'anus antéposé couraient un haut risque de constipation et de rupture totale lors d'un accouchement.
14. Par pli du 2 août 2019, la chambre de céans a informé les parents de l'assurée que le courrier du Dr E_____ du 11 juillet 2019 avait été enregistré sous le numéro de cause A/2819/2019 et leur a demandé de bien vouloir justifier les pouvoirs du Dr E_____ par une procuration écrite.
15. Le 3 août 2019, l'assurée, représentée par ses parents, a recouru contre la décision de refus de mesures médicales du 11 juillet 2019. Le 12 août 2019, les parents de l'assurée ont précisé que leur recours avait été formé en leur nom, le Dr E_____ ne disposant pas des pouvoirs de représentation.
16. Par réponse du 28 août 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'assurance-invalidité ne pouvait octroyer des mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales que s'il s'agissait d'infirmités congénitales figurant dans l'annexe de l'OIC ou désignées comme telles par le Département fédéral de l'intérieur. L'OIC mentionnait les cas d'atrésie et sténose congénitales. L'atrésie décrivait généralement une malformation congénitale menant à une anomalie anatomique qui se caractérise par la fermeture complète ou non d'un orifice ou d'un conduit d'un organisme, alors que la sténose était une modification anatomique qui se traduit par un rétrécissement d'une structure, comme un canal,

un tube ou un vaisseau par exemple. En l'occurrence, les éléments du dossier ne permettaient pas de conclure à l'existence d'une sténose ou d'une atrésie congénitale de l'anus, bien qu'une malformation ait été existante à la naissance. La liste des infirmités congénitales étant exhaustive, la malformation présente dans le cas de l'assurée ne pouvait pas être prise en charge par l'OAI.

17. Invités à se déterminer, les parents de l'assurée n'ont pas déposé d'observations dans le délai imparti à cet effet.
18. Une audience d'enquêtes et de comparution personnelles des parties s'est tenue le 6 mars 2020. Entendu comme témoin, le Dr E_____ a confirmé que l'assurée présentait, depuis la naissance, une malformation anorectale. D'après le médecin, un patient sur 5'000 présentait à la naissance une telle malformation et qu'il pouvait y avoir de grandes variations à cet égard, étant précisé que l'élément important était de comprendre si le sphincter entourait l'anus. Dans le cas d'A_____, il l'entourait à 75 %. La distance entre le vagin et l'anus était courte, ce qui impliquait des risques de constipation. Chirurgicalement, il n'était pas possible d'améliorer la situation, étant précisé que le sphincter était composé de nerfs et qu'il n'était pas possible de le toucher sans créer de nouvelles complications. Dans ce genre de cas, les patients nécessitaient des laxatifs presque toute leur vie et pouvaient rencontrer des difficultés en cas de grossesse et d'accouchement. Il pouvait arriver lors d'un accouchement que la patiente souffre d'une rupture totale, de sorte que certains gynécologues recommandaient des césariennes. Le témoin a également indiqué que le terme d'« atrésie » n'était pas utilisé dans le langage médical pour ce genre de situation. Les médecins employaient plutôt le terme de « malformation anectorale ». Il a indiqué être d'accord avec la définition proposée par l'OAI dans sa réponse du 28 août 2019, avant d'ajouter avoir « pu constater cela chez A_____, étant précisé qu'il s'agit d'une ouverture mal placée ». Il en allait de même de la définition de la sténose proposée par l'OAI, qui était absente dans le cas d'A_____. D'après le médecin, au vu de l'état de santé actuel de l'assurée, son atteinte n'entraînerait probablement pas d'incapacité de travail.

Lors de la comparution personnelle des parties, la mère de l'assurée a précisé qu'à la suite de la dernière consultation avec le Dr E_____ en septembre 2019, A_____ avait été suivie par la Dresse H_____, gastroentérologue pédiatrique ainsi que par son pédiatre, le Dr I_____. Les deux médecins avaient prescrit des laxatifs dès la fin de l'allaitement. A_____ était suivie tous les trois mois en raison de sa malformation congénitale et de ses problèmes de constipation. Elle a ajouté avoir formé la demande de prestations AI sur recommandation des médecins des HUG, dont le Dr E_____.

La cause a été gardée à juger à l'issue de l'audience.

EN DROIT

-
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.

2. a. Selon l'art. 9 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA- RS/GE - E 5 10], les parties, à moins qu'elles ne doivent agir personnellement ou que l'urgence ne le permette pas, peuvent se faire représenter par un conjoint, un partenaire enregistré, un ascendant ou un descendant majeur, respectivement par un avocat ou par un autre mandataire professionnellement qualifié pour la cause dont il s'agit. Dans le cadre d'un litige portant sur l'existence ou non d'une atteinte à la santé à caractère invalidant, la jurisprudence constante de la chambre céans admet le médecin traitant comme mandataire professionnellement qualifié au sens de l'art. 9 al. 1 LPA (cf. ATAS/159/2015 ; ATAS/594/2014; ATAS/758/2011). Sur demande, le représentant doit justifier ses pouvoirs par une procuration écrite (art. 9 al. 2 LPA).

b. En l'occurrence, les parents de la recourante ont informé la chambre de céans qu'ils n'avaient pas octroyé de procuration en faveur du Dr E_____. Faute de procuration l'autorisant à représenter l'assurée, ce dernier ne peut se voir reconnaître la qualité de représentant, de sorte que le présent arrêt ne lui sera pas notifié. En revanche, dans la mesure où les parents de l'assurée agissent en tant que représentants légaux, ils sont légitimés à recourir contre la décision entreprise.

3. Interjeté dans le délai et la forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B LPA).
4. Le litige consiste à examiner si la recourante a droit à des mesures médicales, singulièrement si elle souffre d'une infirmité congénitale.

a. 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). Les mesures médicales accordées conformément à l'art. 13 LAI doivent tendre, en principe, à soigner l'infirmité congénitale elle-même.

La liste des infirmités congénitales annexée à l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC ; RS 831.232.21) repose sur une délégation du législateur au Conseil fédéral (art. 13 al. 2 LAI). La jurisprudence a reconnu que le Conseil fédéral et - dans l'hypothèse de l'art. 1 al. 2 OIC - le Département fédéral de l'intérieur disposait d'un large pouvoir d'appréciation pour 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 ; arrêt du Tribunal fédéral I 544/97 du 14 janvier 1999 consid. 2b et les références, in VSI 1999 p. 170). La liste dressée à cette fin, parfois en tenant compte d'impératifs légitimes de praticabilité, présente un caractère technique marqué. Dans ces conditions, la jurisprudence a prononcé que, si la norme édictée restait dans les limites autorisées par la délégation, le juge n'avait pas à décider si la solution adoptée représentait la solution la meilleure pour atteindre le but visé par la loi, étant donné qu'il ne pouvait substituer sa propre appréciation à celle du Conseil fédéral ou du département (ATF 125 V 21 consid. 6a p. 30 ; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C_817/2009 du 14 avril 2010 consid. 3.2 ; I 64/01 du 20 février 2002 consid. 4a). Par ailleurs, dans la mesure où le Département fédéral de l'intérieur peut corriger la liste à bref délai en y ajoutant des infirmités congénitales évidentes (art. 1 al. 2 2^{ème} phr. OIC), le système mis en place permet de tenir raisonnablement compte des progrès de la science médicale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 64/01 du 20 février 2002 consid. 4a/bb).

La liste des infirmités congénitales annexées à l'OIC inclut à son chiffre 274 le cas de l'atrésie et de la sténose congénitales de l'estomac, de l'intestin, du rectum ou de l'anus.

b. Le droit prend naissance au début de l'application des mesures médicales, mais au plus tôt à la naissance accomplie de l'enfant (art. 2 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). 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 (art. 3 OIC).

Selon la circulaire sur les mesures médicales, publiée par l'office fédéral des assurances sociales (ci-après : CMRM, valable depuis le 1^{er} janvier 2015), les assurés ont droit aux mesures médicales au sens des art. 3 LPGA et 13 LAI dès que l'infirmité congénitale nécessite un traitement (dont font partie les contrôles médicaux d'une infirmité congénitale établie en toute certitude) et que le traitement offre des chances de succès. Sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale reconnaît qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 3 OIC). Les prestations octroyées doivent être économiques.

5. a. 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).

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.

b. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

c. 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 ; ATF 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).

6. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).

7. En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante présente, depuis sa naissance, une malformation anectorale, soit un anus antéposé avec un périnéal groove à une distance d'à peu près 7 à 8 mm de l'extrémité postérieure de la fourchette vulvaire. Les parties s'opposent en revanche sur la question de savoir si cette atteinte constitue une infirmité congénitale au sens de l'OIC.

Devant la chambre de céans, les parents de la recourante soutiennent que la malformation anectorale de leur fille est couverte par le chiffre 274 OIC, lequel inclut le cas de l'atrésie et de la sténose congénitales de l'estomac, de l'intestin, du rectum ou de l'anus. Selon la nomenclature médicale (GANIER / DELAMARE, Dictionnaire des termes de médecine, 26^{ème} éd., Paris 2000), une atrésie se définit comme une occlusion complète ou incomplète, congénitale ou acquise d'un orifice ou d'un conduit naturels (cf. Larousse médical, 1995), alors qu'une sténose correspond à la diminution permanente du calibre d'un orifice ou d'un conduit du corps, avec altération de la paroi (GANIER / DELAMARE, Dictionnaire des termes de médecine, 26^{ème} éd., Paris 2000 ; cf. aussi Larousse médical, 1995). Dans son rapport médical AI du 18 février 2019, le Dr E_____ a posé le diagnostic de « malformation anorectale, selon l'OIC, chiffre 274 ». Il n'a cependant pas précisé si la malformation présentée par la recourante constituait un cas d'atrésie ou de sténose au sens de ce chiffre. D'après sa description du diagnostic, la malformation présentée par l'intéressée porte sur une distance – jugée trop courte – entre l'anus et l'extrémité postérieure de la fourchette vulvaire. Cette condition peut, selon le chirurgien traitant de l'assurée, entraîner des problèmes de constipation, voire des complications en cas de grossesse ou d'accouchement. Il n'est cependant pas question d'occlusion – complète ou incomplète –, ni même de diminution, d'un orifice ou d'un conduit du corps, au sens des définitions précitées. En cela, il convient de suivre l'appréciation du 6 mai 2019 de la Dresse G_____, médecin SMR spécialiste en pédiatrie. Entendu en audience, le Dr E_____ a certes indiqué qu'il avait pu constater un cas d'atrésie chez sa patiente. Il a toutefois immédiatement précisé qu'il s'agissait, chez sa patiente, d'une « ouverture mal placée ». Or, ainsi que l'a relevé l'intimé, l'atrésie se définit comme une occlusion, complète ou non, d'un orifice, et cela indépendamment de son emplacement. Si la distance - trop courte - entre l'anus et la fourchette vulvaire représente certes une malformation anorectale, ce qui n'est pas contesté, elle n'en constitue pas pour autant un cas d'atrésie. Cette condition ne remplit pas non plus la définition d'une

sténose, soit la diminution d'un orifice, ce qui est du reste admis par le médecin traitant (cf. procès-verbal d'enquêtes du 6 mars 2020). Le Dr E_____ a du reste expliqué en audience que les malformations anorectales à la naissance touchaient un patient sur 5'000 et qu'elles étaient très variables. Or, en édictant le ch. 274 OIC, le Conseil fédéral a entendu limiter les infirmités congénitales au sens de la LAI, en ne traitant pas de la même manière toutes les malformations anorectales présentes à la naissance. Seuls les cas d'atrésie et de sténose congénitales de l'anus entrent parmi les infirmités congénitales pour lesquelles les prestations de l'art. 13 LAI doivent être accordées. Or, comme mentionné, la liste des infirmités congénitales au sens de la LAI est exhaustive et ne saurait être étendue par le juge, serait-ce à l'aide d'un raisonnement par analogie. Quoi qu'en disent les parents de la recourante et son chirurgien traitant, le fait que la malformation anorectale soit existante dès la naissance de l'enfant, conformément à la définition de l'art. 13 LAI, ne suffit pas pour que les conditions légales d'une prise en charge par l'OAI soient réunies. C'est donc à juste titre que l'intimé a nié le droit de la recourante à des mesures médicales au titre de l'art. 13 LAI.

8. Reste à voir si, à défaut de mettre la recourante au bénéfice de l'art. 13 LAI, l'intimé était tenu de lui allouer les mesures médicales demandées en vertu de l'art. 12 LAI.
9. a. Lorsque des mesures médicales ne peuvent être octroyées à un assuré mineur sous l'angle de l'art. 13 LAI, il y a lieu d'examiner si elles peuvent l'être sur la base de l'art. 12 LAI (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 309/05 du 1^{er} décembre 2005 consid. 2.3.1).

Conformément à cette disposition, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable (al. 1).

Aux termes de l'art. 2 al. 1 RAI, 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.

b. Les assurés mineurs qui n'exercent pas d'activité lucrative doivent être considérés comme invalides lorsque l'atteinte à leur santé aura pour conséquence probable, à l'avenir, une incapacité de gain (art. 5 al. 2 LAI). Dès lors, selon la jurisprudence, des mesures médicales appliquées à de jeunes gens peuvent tendre de manière prédominante à la réadaptation professionnelle – et être prises en charge par l'assurance-invalidité malgré le caractère encore momentanément faible 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 20).

c. En l'occurrence, les parents de la recourante ne prétendent à juste titre pas que l'intervention du 3 juillet 2018, de même que les consultations médicales auprès du pédiatre et de la gastroentérologue, sont nécessaires pour préserver ou améliorer la capacité de gain de l'enfant. Le chirurgien traitant a d'ailleurs précisé en audience que la malformation anectorale présentée par la recourante n'entraînerait probablement pas d'incapacité de travail. Il s'ensuit que les conditions d'une prise en charge selon l'art. 12 LAI ne sont pas non plus remplies.

10. Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- 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 - 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

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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