



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2822/2019

ATAS/719/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 août 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Enfant A_____, représentée par Mme B_____ et M. C_____, à _____
Genève _____
recourante

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE,
Juges assesseures

EN FAIT

1. L'enfant A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) est née le _____ 2018.
2. Le 11 janvier 2019, l'assurée a consulté le docteur D_____, médecin adjoint au Service de chirurgie pédiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Ce dernier a relevé, dans un rapport du 15 janvier 2019, que l'assurée était née à terme par césarienne. Sa croissance était normale, et elle avait des selles quotidiennes depuis que la diversification avec des légumes avait commencé. Durant l'allaitement exclusif, elle avait eu des selles une fois par semaine, voire une fois toutes les deux semaines. Au niveau du périnée, les organes génitaux externes étaient normaux. La distance entre la fourchette et l'anus était d'un centimètre, et la distance entre l'anus et le coccyx de 18 millimètres. L'*Anal Position Index* (API), soit le ratio entre la distance anale — fourchette et coccyx était de 0.35. Il y avait un « joli sphincter » autour de l'anus. Le Dr D_____ remarquait un *perineal groove* d'environ 3 millimètres, qui disparaîtrait probablement de lui-même. La distance entre l'anus et la fourchette était courte mais le médecin avait expliqué à la mère de l'assurée que cette situation ne pouvait être améliorée, et l'avait informée du risque de constipation.
3. Le 20 février 2019, l'assurée a déposé une demande de mesures médicales auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé), faisant état d'une atrésie et d'une sténose congénitales de l'estomac, de l'intestin, du rectum et de l'anus (code 274).
4. Dans un rapport du 20 mars 2019, le Dr D_____ a posé le diagnostic de malformation ano-rectale de type anus antéposé, correspondant à une infirmité congénitale codée sous numéro 274. Le pronostic était bon, et aucun traitement n'était nécessaire.
5. Dans un avis du 6 mai 2019, la doctoresse E_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a rappelé le contenu du rapport du Dr D_____ du 15 janvier 2019. Le sphincter et l'API étaient dans la norme et la digestion se faisait quotidiennement. Partant, l'infirmité congénitale listée sous le code 274 n'était pas retenue.
6. Dans un projet de décision du 10 mai 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, se référant au rapport du SMR.
7. Par décision du 20 juin 2019, l'OAI a confirmé les termes de son projet. Le dossier médical ne permettait pas de conclure à une infirmité congénitale reconnue par l'assurance-invalidité et les conditions d'une prise en charge de mesures médicales n'étaient pas remplies.
8. Dans un courrier du 9 juillet 2019 au pédiatre de l'assurée, le Dr D_____ a indiqué avoir revu cette dernière. L'examen clinique révélait un anus positionné antérieurement « mais avec un joli sphincter autour ». Le *perineal groove* constaté six mois plus tôt avait disparu. Le médecin s'est dit satisfait de l'évolution de

l'assurée. On ne pouvait pas améliorer la situation concernant cet anus antéposé mais il fallait suivre l'évolution. Il la reverrait en cas de constipation, et dans le cas contraire une année plus tard.

9. Par courrier du 29 juillet 2019 à l'OAI, le Dr D_____ a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis sa naissance pour une malformation anorectale de type anus antéposé (code OIC 274). Cette malformation ne nécessitait pas de correction chirurgicale mais les patients qui en étaient affectés avaient un risque élevé de constipation ainsi que de rupture totale lors d'un accouchement. Il invitait ainsi l'OAI à reconsidérer sa décision et à prendre en charge les frais médicaux inhérents à cette infirmité congénitale.
10. Le 30 juillet 2019, le Dr D_____ a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours à l'encontre de la décision de l'OAI du 20 juin 2019.
11. A la demande de la chambre de céans, la mère de l'assurée a signé le recours interjeté par le Dr D_____.
12. Dans sa réponse du 9 décembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le dossier de la recourante ne permettait pas de conclure à une infirmité congénitale reconnue par l'assurance-invalidité. En effet, comme l'avait mentionné le SMR dans son avis du 6 mai 2019, la malformation ano-rectale que présentait la recourante ne nécessitait aucun traitement pour l'heure. Une infirmité congénitale au sens du chiffre 274 n'était pas retenu car les médecins traitants décrivaient une distance d'un centimètre de la fourchette à l'anus, mais un sphincter autour de l'anus et un API dans la norme, avec une digestion qui se faisait quotidiennement tout à fait normalement.
13. La recourante n'a pas répliqué dans le délai imparti.
14. Le 7 avril 2020, la chambre de céans a requis du Dr D_____ des informations complémentaires.
15. Le 14 mai 2020, le Dr D_____ a indiqué qu'il ne souhaitait plus soutenir le recours, un cas précédent n'ayant pas abouti.
16. Le 30 juin 2020, la mère de la recourante a indiqué qu'elle maintenait son recours.
17. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

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. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. 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 réputées 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.

4. 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).

5. 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).
6. 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).

7. En l’occurrence, la recourante présente depuis sa naissance une malformation anorectale de type anus antéposé qui ne nécessite pas de correction chirurgicale, avec une distance entre la fourchette et l’anus d’un centimètre, un petit *perineal groove* d’environ trois millimètres et un joli sphincter autour de l’anus.

Le cas d’espèce est similaire à celui jugé par la chambre de céans le 17 mars 2020 (ATAS/249/2020), où il s’agissait d’une recourante, née en 2018, qui présentait un anus antéposé avec un *perineal groove* à une distance d’à peu près sept à huit millimètres de l’extrémité postérieure de la fourchette vulvaire et un sphincter qui entourait l’anus à 75 %.

Dans cet arrêt, la chambre de céans a considéré que selon la nomenclature médicale (GANIER / DELAMARE, Dictionnaire des termes de médecine, 26ème 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, 26ème éd., Paris 2000 ; cf. aussi Larousse médical, 1995). La malformation portant sur une distance - jugée trop courte - entre l’anus et l’extrémité postérieure de la fourchette vulvaire ne correspondait pas à une occlusion, complète ou incomplète, ni même à une diminution d’un orifice ou d’un conduit du corps, au sens des définitions précitées.

Cette malformation anorectale n’était ni une atrésie, ni une sténose ; or, seules celles-ci entraient dans le cadre des infirmités congénitales pour lesquelles les prestations de l’art. 13 LAI devaient être accordées. Par ailleurs, la recourante ne prétendait pas que sa capacité de gain serait affectée par cette malformation, de

sorte que les conditions d'une prise en charge selon l'art. 12 LAI n'étaient pas non plus remplies.

8. Ces considérations peuvent être appliquées au cas d'espèce, de sorte que le recours ne peut qu'être rejeté.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante 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 :

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

Julia BARRY

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