RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/667/2004 **ATAS/231/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 9 mars 2006

En la cause

Monsieur N_____**,** domicilié c/o Tribunal tutélaire de Genève, rue des Chaudronniers 5, comparant par Me Philip GANZONI en l'Etude duquel il élit domicile	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE**,** rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13	intimé

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames B_____ et C_____, Juges

EN FAIT

1. N_____, fils de John N_____ et Katherine L_____, est né le _____1984.

2. Le 20 novembre 1998, le Dr P_____, spécialiste orthodontiste, a établi un devis concernant le traitement des malformations dentaires de l'enfant. Il a diagnostiqué : une agénésie des canines supérieures, la superposition de deux dents à gauche à hauteur de la 2ème prémolaire et une agénésie de la dent 45. Il a proposé d'aligner les prémolaires à la place des canines et de fermer ainsi l'espace de la dent 45 manquante. Le montant du traitement a été estimé à 6'800 - 7'800 francs. Le médecin a précisé : "L'enfant ne présente pas les normes pour être pris en charge par l'AI ni les normes LAMAL. J'insiste toutefois sur le fait que le problème d'Edward est fonctionnel et non esthétique, et qu'il peut entraîner de graves troubles de la mastication".

3. Le traitement orthodontique a été pratiqué entre 1998 et 2000.

4. En décembre 2000, le Dr S_____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie pédiatrique, a diagnostiqué un syndrome de Klinefelter.

5. Par courrier du 31 janvier 2001, la mère de l'enfant a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après OCAI). Elle a notamment demandé le remboursement des frais occasionnés par le traitement orthodontique pratiqué par le Dr PLESEA.

6. Le Dr H_____, de l'Hôpital des enfants, a adressé un rapport médical à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité en date du 12 avril 2001. Il a posé les diagnostics de suspicion de trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (syndrome psycho-organique), de troubles du comportement et de retard pubertaire dans le cadre du syndrome de Klinefelter. Il a indiqué que l'état de santé de l'assuré l'empêchait de fréquenter l'école. Il a enfin conclu à une infirmité congénitale au sens des chiffres 404 et 506 de l'ordonnance fédérale applicable en la matière.

7. Dans un rapport du 18 avril 2001, le Dr P_____ a fait mention d'une anondontie de la dent n°45, tout en indiquant qu'à son avis, il n'y avait pas infirmité congénitale. Il a par ailleurs précisé qu'il n'y avait pas besoin d'un traitement dentaire.

8. Le Dr K_____, généraliste, a indiqué pour sa part, dans un rapport du 13 novembre 2003, que l'assuré était atteint depuis 2001 de trouble de personnalité dyssociale F60.2, de retard mental léger avec troubles du comportement significatifs nécessitant un traitement et enfin, du syndrome de Klinefelter.

9. Par décision du 31 mai 2001, l'OCAI a refusé la prise en charge de ce traitement. Il a reconnu que l'enfant souffrait certes d'une infirmité congénitale lui donnant droit, en principe, aux mesures médicales nécessaires mais a considéré que les conditions de prise en charge de l'anodontie n'étaient pas remplies puisque le traitement n'incombe à l'assurance-invalidité que si au moins deux dents permanentes juxtaposées ou quatre dents permanentes par mâchoire sont portées manquantes, ce qui n'était pas le cas.

10. En revanche, le 8 février 2002, l'OCAI a rendu un projet de décision acceptant la prise en charge du traitement médical du syndrome de Klinefelter y compris les contrôles médicaux pour la période du 13 février 2000 au 31 décembre 2004.

11. Par courrier du 15 mai 2002, la mère de l'enfant a alors une nouvelle fois demandé la prise en charge du traitement orthodontique dispensé entre 1998 et 2000 en invoquant le fait que l'anomalie dentaire de son fils était liée au syndrome de Klinefelter dont la prise en charge avait été confirmée par l'OCAI. Elle s'est référée à une attestation médicale du Dr S_____ datée du 21 mars 2002 dont il ressort que les lésions dentaires de son fils, de type taurodontisme, sont en relation directe avec le syndrome de Klinefelter (affection n°466).

12. Par courrier du 15 décembre 2003, le Dr J_____, médecin-dentiste, a adressé un rapport à l'OCAI. Il a expliqué que le problème clinique consistait en la transposition des deux canines permanentes qui se situaient entre les deux prémolaires de chaque côté et qui avaient donc fait irruption beaucoup trop en arrière. Il y avait eu persistance des deux canines de lait ainsi que béance intérieure sans aucun contact entre les quatre incisives supérieures et inférieures. Le médecin a également mentionné une agénésie de la dent 45 et un retard de formation de la dent 35. Il a expliqué que ni cette anomalie de position dentaire ni les valeurs céphalométriques ne permettraient une prise en charge par l'assurance-invalidité selon les critères connus. Il a précisé que le résultat final du traitement orthodontique du Dr P_____ était en soi remarquablement réussi et que l'on retrouvait les premières prémolaires à la place des canines et les canines à la place des premières prémolaires. Ainsi, du point de vue occlusion et du point de vue esthétique, il s'agissait à la fin du traitement orthodontique d'un très bon résultat. Le médecin a par ailleurs indiqué qu'il avait revu le patient en date du 18 juin 2003 et constaté à cette occasion qu'aucun traitement orthodontique n'était plus nécessaire mais qu'en revanche, la denture de l'assuré se trouvait dans un état de délabrement catastrophique (très nombreuses caries profondes, nombreuses décalcifications le long des collets dentaires). Le médecin a estimé que ces soins conservateurs, tout comme les soins orthodontiques reçus précédemment, n'étaient pas à la charge de l'assurance-invalidité.

13. Par décision du 2 janvier 2004, l'OCAI a rejeté la demande. Après réexamen du cas, il a estimé que la malformation dentaire de l'assuré ne correspondait pas à la définition du taurodontisme.

14. Le 8 janvier 2004, Monsieur S_____ - désigné tuteur de l'assuré par ordonnance du Tribunal tutélaire du 26 juin 2003 - a fait opposition à la décision du 2 janvier 2004.

15. Par courrier du 29 janvier 2004, la caisse-maladie SWICA a également formé opposition en faisant remarquer que le lien de causalité entre l'infirmité congénitale de l'assuré et le traitement dentaire n'avait pas été examiné.

16. Par courrier du 11 février 2004, le Dr J_____ a précisé à l'OCAI qu'en trente-sept années d'activité clinique en orthodontie, l'assuré était le premier cas du syndrome de Klinefelter qu'il avait rencontré personnellement. Il a expliqué que le problème clinique des transpositions entre canines et premières prémolaires supérieures était beaucoup plus fréquent mais que le terme de "fréquent" devait être relativisé dans la mesure où il se souvenait avoir traité quatre patients avec le même problème et avoir vu entre cinq et sept patients présentant toujours la même transposition durant les années de son professorat à la faculté de médecine entre 1974 et 1997. Il a relevé qu'aucun des cas diagnostiqués ou traités ne présentait un syndrome crânio-facial ou dentaire en plus de ce problème local de position dentaire. Sur la base de cette statistique qu'il a lui-même qualifiée de "rudimentaire", le médecin a réitéré son opinion qu'une transposition entre canines et premières prémolaires comme celle présente chez l'assuré n'était pas en relation avec le syndrome de Klinefelter. Il a ajouté que tous les patients présentant une transposition qu'il avait traités n'avaient jamais eu droit aux prestations de l'assurance-invalidité car cette malposition dentaire, relativement bénigne, ne figure pas dans la liste des conditions cliniques permettant une prise en charge par l'assurance. Ce médecin a enfin souligné que si le tuteur du patient continuait à exiger l'avis d'un expert, il refuserait d'être mandaté. Il a expliqué son refus par la rareté du syndrome de Klinefelter, soulignant que si, dans des villes comme Tokio, Mexico City ou Los Angeles, on peut rencontrer deux patients atteints de ce syndrome tous les deux à trois ans, l'incidence dans un pays comme la Suisse et tout particulièrement dans une région universitaire comme celle de Genève serait de un patient tous les trente à quarante ans. Le médecin ne voyait donc pas qui, en Suisse, pourrait avoir les connaissances d'expert pour trancher cette question.

17. Par décision sur opposition du 26 février 2004, l'OCAI a confirmé sa décision du 2 janvier 2004, estimant qu'il était clair, au vu des renseignements médicaux recueillis, que la transposition entre canines et prémolaires n'était pas en relation avec le syndrome de Klinefelter.

18. Par courrier du 31 mars 2004, le tuteur de l'assuré a interjeté recours. Il allègue que la décision initiale de l'OCAI, tout comme la décision sur opposition, semble avoir été prise sur la base de l'avis du Dr J_____. Il est relevé que ce dernier avait pourtant admis ne pas disposer des connaissances d'expert pour trancher cette question et s'était contenté de se prononcer sur la fréquence du syndrome de Klinefelter. Le tuteur de l'assuré précise que ce syndrome touche un individu mâle sur 600 à 700, qu'il s'agit d'une des anomalies génétiques les plus fréquentes et qu'il est donc difficile d'imaginer que le Professeur J_____ n'en ait jamais vu au cours de ses trente-sept années de carrière. Il déplore que l'OCAI n'ait jamais demandé un rapport qui aurait pu confirmer la relation directe entre lésion dentaire et syndrome de Klinefelter. Il fait valoir que le traitement des atteintes à la santé qui constituent une conséquence de l'infirmité congénitale est à la charge de l'assurance-invalidité si les manifestations pathologiques secondaires sont en étroite connexion avec les symptômes de l'infirmité congénitale et qu'aucun événement extérieur n'intervient de manière déterminante dans le processus. Dans ce cas-là, il n'est pas nécessaire que l'affection secondaire remplisse les conditions particulières prescrites pour sa reconnaissance comme infirmité congénitale. Or, le syndrome de Klinefelter est une infirmité congénitale reconnue et il a été certifié, notamment par le Dr S_____, que les lésions dentaires étaient en relation directe avec l'infirmité congénitale. Par conséquent, l'anomalie de position dentaire ainsi que les autres malformations ou altérations dentaires doivent selon lui être considérées comme des manifestations secondaires du syndrome dont le traitement est à la charge de l'AI sans que les conditions particulières pour sa reconnaissance comme infirmité congénitale soient remplies. Il conclut préliminairement à ce que soit ordonnée une expertise qui pourrait prouver l'existence d'une relation directe entre les malformations dentaires et le syndrome et, principalement, à ce que soient pris en charge le traitement orthodontique et tout autre traitement dentaire tant passé que futur en relation avec ce syndrome.

19. Dans une note du 24 mai 2004, le Dr C_____ du service médical régional Léman de l'assurance-invalidité (SMR), s'agissant de l'existence d'un lien étroit entre l'atteinte dentaire et le syndrome de Klinefelter, a relevé que le diagnostic de taurodontisme posé par le médecin traitant (malformation des molaires consistant en un allongement de la chambre pulpaire avec une division très distale des racines dentaires) ne paraissait pas exact puisque dans les faits, les dentistes ne mentionnaient qu'une anodontie sans anomalie du squelette, une inversion des dents 24 et 23 et une malposition de la dent 35. Le Dr C_____ a souligné que l'on se trouvait donc en présence d'un problème de position dentaire et non de forme des dents. Il a rappelé que selon le Prof. J_____, la transposition entre canines et prémolaires, rare dans la population en général, se trouvait le plus souvent en dehors du syndrome de Klinefelter. En conclusion, il a estimé qu'une association fortuite entre deux pathologies relativement fréquentes dans la population existait, sans qu'il y ait pour autant une étroite connexion entre les deux.

20. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 25 mai 2004, a conclu au rejet du recours. Il a relevé que l'assuré souffre du syndrome de Klinefelter dont l'une des séquelles reconnues est le taurodontisme, diagnostic qui ne peut être retenu dans le cas de l'assuré puisque les dentistes n'ont relevé qu'une anodontie sans anomalie du squelette et qu'une telle affection ne fait pas partie des conséquences reconnues du syndrome de Klinefelter.

21. Dans sa réplique du 30 juin 2004, l'assuré a contesté l'avis du Dr C_____ en mettant en doute son indépendance et sa neutralité dans la mesure où il est médecin-conseil de l'assurance invalidité. Il fait remarquer par ailleurs que le Dr C_____ a admis qu'il y avait une association entre le syndrome de Klinefelter et l'absence d'une dent, association qu'il a qualifiée de fortuite. Il fait valoir que le Dr J_____ ne s'est pas prononcé sur la connexité entre l'affection médicale et l'infirmité congénitale.

22. Dans sa duplique du 13 juillet 2004, l'intimé a fait valoir qu'une expertise complémentaire ne se justifiait pas dans la mesure où une connexité entre le syndrome et les problèmes dentaires n'était, à tout le moins, pas vraisemblable.

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, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. a) Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   b) La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant

l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision sur opposition litigieuse, du 26 février 2004, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Du point de vue matériel, le droit éventuel à des mesures médicales doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002.

c) En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

d) Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi, par devant le Tribunal compétent, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

3. Le litige porte sur la prise en charge par l'assurance-invalidité des frais du traitement orthodontique subi par l'assuré.

4. Les assurés jusqu'à l'âge de vingt ans révolus ont droit, sans égard aux futures possibilités de réadaptation à la vie professionnelle, aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales, conformément à l'art. 2 al. 2 et 3 de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC).

   Sont réputées infirmités congénitales celles qui sont présentes à la naissance accomplie de l'enfant. Ces infirmités sont énumérées dans la liste en annexe à l'OIC (art. 1 al. 2 OIC et art. 3 RAI).

   Sont réputées mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science 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).

   Si l'atteinte ne figure pas dans la liste des infirmités congénitales, il n'existe en règle générale pas de droit à la prise en charge de mesures médicales même si on peut l'assimiler à une infirmité congénitale désignée dans la liste.

La jurisprudence a toutefois admis que le droit découlant de l'art. 13 LAI peut, dans de rares cas, s'étendre au traitement d'affections secondaires qui n'appartiennent certes plus à la symptomatologie de l'infirmité congénitale mais qui, à la lumière des connaissances médicales, en sont une conséquence fréquente. Il doit alors exister, entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire, un lien très étroit de causalité adéquate (ATF 100 V 41 consid. 1a et références citées; ch. 11 de la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les mesures de réadaptation de l'AI [CMRM]). Ainsi, il importe de fixer des exigences sévères à la reconnaissance d'un lien de causalité qualifié entre une infirmité congénitale et une atteinte à la santé secondaire.

5. De l'annexe à l'OIC, il en ressort que « l'anodontie congénitale totale ou anodontie congénitale partielle par absence d'au moins deux dents permanentes juxtaposées et de quatre dents permanentes par mâchoire, à l'exclusion des dents de sagesse » est considérée comme infirmité congénitale (chiffre 206 OIC).

   Tel n'est cependant pas le cas du recourant, qui ne conteste d'ailleurs pas ne pas tomber sous le coup du chiffre 206 OIC. Il soutient en revanche que son affection dentaire est la conséquence du syndrome de Klinefelter, lui-même reconnu comme infirmité congénitale, et qu'il doit être pris en charge comme tel.

6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge évalue les preuves de manière complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Il doit cependant examiner objectivement tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à sa disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351).

   Le Tribunal fédéral des assurances a par ailleurs déjà eu l'occasion de souligner que le simple fait que le Dr C_____ soit médecin de l'office n'est pas un motif suffisant pour mettre en doute la crédibilité de son appréciation ou pour le soupçonner de prévention (ATF 122 V 161 et réf. citées).

7. En l'espèce, le taurodontisme a en effet été cité - une seule fois - au nombre des affections pouvant présenter un lien de connexité avec le syndrome dans l'un des documents recueillis par l'OCAI dans le cadre de son instruction. A noter toutefois qu'il n'a pas même été évoqué dans tous les documents décrivant le syndrome de manière générale.

   S'agissant plus particulièrement de l'assuré, certes, son médecin traitant a évoqué cette affection, mais le diagnostic n'a pas été confirmé par les dentistes qui ont examiné l'assuré. Ces derniers n'ont évoqué qu'une anodontie, laquelle ne correspond effectivement pas à la définition du taurodontisme. Le diagnostic posé

par le Dr S_____, endorinologue, ne saurait donc se voir reconnaître valeur probante. Quant à un éventuel lien de causalité entre l'affection dentaire du recourant et le syndrome, il n'a pas pu être mis en évidence en l'espèce. A cet égard, le Tribunal de céans estime que l'avis du Dr J_____ est suffisant.

Ainsi que ce dernier le fait d'ailleurs remarquer, il n'existe pas de spécialiste en l'état qui pourrait répondre à la question de la relation de connexité en Suisse, si bien que le Tribunal n'estime pas nécessaire - ni même possible, vu l'absence de spécialiste en la matière - de procéder à une mesure d'instruction supplémentaire sur ce point.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par plis recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière:	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

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