RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1703/2002 **ATAS/325/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 1er avril 2004

1ère Chambre

En la cause

Madame B_____ recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, Rue de Lyon 97, 1203 GENEVE intimé

Siégeant : Monsieur Jean-Louis BERARDI, Juge suppléant, Mesdames Karine STECK et Isabelle DUBOIS, juges

---

EN FAIT

1. Maria B_____, née en 1969, est atteinte d'un astigmatisme, d'une myopie forte bilatérale progressive sévère, d'une choroïdose myopique, ainsi que d'une hyposécrétion lacrymale.

2. Le 28 juin 1996, elle a sollicité de l'assurance-invalidité la prise en charge de l'opération de sa myopie par « Lasik » (traitement au laser eximer dans l'épaisseur de la cornée).

3. Le 23 juillet 1996, elle a adressé la même requête à son assurance-maladie, qui l'a rejetée par lettre du 6 août suivant, motif pris que cette intervention n'était pas couverte par l'annexe 1 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins.

4. Dans son rapport médical du 29 août 1996, le docteur L_____, ophtalmologue et médecin traitant, a préconisé une correction chirurgicale de la myopie de sa patiente, le cas échéant par la technique du « Lasik », estimant qu'une extraction du cristallin transparent était dangereuse au vu de la choroïdose myopique présentée par l'intéressée.

5. Par décision du 26 novembre 1996, l'Office cantonal AI (ci-après : OCAI) a refusé la prise en charge d'un tel traitement, au motif que l'intervention en question ne visait pas à corriger des séquelles – au moins relativement stabilisées – de l'atteinte à la santé de l'assurée.

6. Il ressort d'un rapport établi le 6 janvier 1997 par le Centre de chirurgie cornéenne et réfractive de Lausanne, à l'attention du docteur L_____, que le traitement par laser de type « Lasik » n'était pas réalisable chez la patiente, en raison de l'importance de la myopie des deux côtés, et qu'en définitive l'implantation d'un cristallin de chambre postérieure (lentille placée entre le cristallin et l'iris) était proposée. Une telle intervention comportait, en outre, des risques inflammatoires, infectieux, cataractogènes et de décollement de rétine.

7. Dans son préavis du 28 février 1997, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Selon cet Office, l'intervention préconisée ne pouvait garantir une

amélioration durable et importante de la capacité de gain en raison des autres troubles de l'œil relevant de la myopie. En outre, cette intervention n'était pas d'usage courant et les risques y relatifs étaient importants.

8. Dans un courrier du 11 février 1999, le docteur M_____, professeur à la faculté de médecine de Lausanne, a estimé que l'implantation d'un verre de contact précristallinien était envisageable sur l'œil gauche, mais qu'une telle intervention n'était peut-être pas la meilleure solution sur l'œil droit étant donné que cette technique ne permettrait de corriger qu'une partie de la myopie. Par contre, un implant de type « iris claw » à fixation irienne permettrait de corriger toute la myopie.

9. Par jugement du 16 avril 1999, la Commission cantonale genevoise de recours en matière d'AVS/AI (aujourd'hui : Tribunal cantonal des assurances sociales) a rejeté le recours formé contre cette décision par l'assurée. Se ralliant aux conclusions de l'OCAI, cette juridiction a considéré que l'état de santé de l'intéressée n'était pas stable, que l'opération envisagée (implantation d'un cristallin de chambre postérieure) comportait des risques non négligeables, apparaissant par ailleurs plutôt comme le traitement d'une affection comme telle et n'étant en tout cas pas une mesure médicale simple et adéquate au sens de l'art. 2 al. 2 RAI. En tout état, une telle intervention ne remplissait pas les critères d'une amélioration durable et importante de la capacité de gain, dans la mesure où l'affection de base ou les autres affections secondaires pouvaient influencer de manière décisive la persistance et l'importance des succès de la réadaptation.

   Faute d'avoir été attaquée, cette décision est entrée en force de chose jugée.

10. Le 6 octobre 2000, Maria B_____ a indiqué à l'OCAI avoir subi en décembre 1999 et avril 2000 deux opérations ayant eu pour but la mise en place d'un implant selon la méthode « iris claw ». Ces opérations lui avaient permis de recouvrer une capacité de travail à 50%, alors qu'elle s'était trouvée dans l'incapacité totale de travailler en raison de ses affections ophtalmologiques depuis le 29 septembre 1999. Enfin, dans la mesure où son assurance-maladie avait refusé de prendre en charge le coût desdites interventions (cf. lettre de la Caisse Vaudoise du 26 mai 2000), l'assurée demandait à l'AI d'en assumer les frais.

11. Dans une note du 9 novembre 2001, le Service médical régional AI du Léman (SMR) a estimé que les interventions en question correspondaient aux opérations projetées en 1999 (cf. supra, § 8) et qu'il ne s'agissait pas de mesures de réadaptation au sens de l'article 12 LAI.

12. Après l'envoi d'un projet de décision du 11 juin 2002 et l'audition subséquente de l'assurée, l'OCAI, par décision du 17 décembre 2002, reçue au plus tôt le lendemain, a refusé la prise en charge des opérations en cause, dans la mesure où la myopie et l'astigmatisme étaient « *des affections labiles* ». De plus, la technique opératoire utilisée n'était pas un traitement scientifiquement reconnu.

13. Par acte du 14 janvier 2003, posté le 15 janvier suivant, l'assurée a recouru contre cette décision. Elle a produit un certificat médical du docteur L_____ du 17 janvier 2003, selon lequel la myopie et l'astigmatisme de la patiente représentaient, en l'occurrence, des affections stables. Par ailleurs, les interventions contestées avaient permis à l'intéressée de recouvrer une capacité de travail de 50% au minimum ; de ce fait, elles s'étaient avérées de nature à améliorer de façon importante et durable la capacité de gain et la possibilité d'accomplir les travaux habituels au sens où l'entendait l'art. 12 LAI. Enfin, ce praticien relevait que l'implantation d'une lentille intraoculaire destinée à corriger la myopie et l'astigmatisme se pratiquait dans les cliniques universitaires et dans les cabinets privés depuis une dizaine d'années, si bien qu'il s'agissait d'un traitement scientifique reconnu.

14. Dans son préavis du 1er avril 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours, motif pris que les arguments soulevés par l'assurée ne lui permettaient pas de faire une appréciation différente du cas, étant donné que la myopie était une atteinte labile, que les opérations subies comportaient des risques non négligeables et qu'elles ne sauraient constituer des mesures médicales simples et adéquates. L'Office intimé a en outre relevé que la demande de prestations formulée par l'assurée en octobre 2000 se rapportait à la même intervention que celle envisagée en 1996 et pour laquelle l'ancienne Commission de recours en matière d'AI avait déjà refusé la prise en charge, au motif qu'elle ne relevait pas d'une mesure médicale au sens de l'article 12 LAI.

15. Les autres faits et moyens de la cause seront examinés, en tant que de besoin, dans les considérants juridiques qui suivent.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 3 al. 3 de la loi genevoise modifiant la loi sur l'organisation judiciaire (LOJ) du 14 novembre 2002, entré en vigueur le 1er août 2003, la présente cause, introduite le 14 janvier 2003 devant la Commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI, a été transmise d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales (cf. art. 56 V al. 1 let. a ch.2 LOJ).

   Par ailleurs, en matière de révision (cf. ci-dessous § 4.2), l'autorité compétente est celle qui, selon la nouvelle situation juridique, est en charge des recours (Ursina Beerli-Bonorand, Die ausserordentlichen Rechtsmittel in der Verwaltungsrechtspflege des Bundes und der Kanton, 1985, p. 152).

   Le Tribunal de céans est dès lors compétent pour statuer en l'espèce.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. D'après la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règle de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 166 consid. 4b). En outre, le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467 consid.1, 121 V 366 consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires : art. 82 al. 1 LPGA).

   La décision attaquée ayant été rendue avant l'entrée en vigueur de la LPGA, sa légalité doit, a contrario, être examinée au regard de l'ancien droit, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

3. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par une assurée directement touchée dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 84 aLAVS applicable en matière d'assurance-invalidité par renvoi de l'art. 69 aLAI).

4. Selon la jurisprudence, une décision juridictionnelle passée en force ne peut être modifiée que dans un procès en révision du jugement (ATF 107 V 84, RCC 1982, p. 87). L'Office AI qui reçoit une demande de reconsidération d'une décision reposant sur un tel jugement est liée par ce dernier. Il ne peut pas prendre une décision qui contredit le jugement qui a été rendu. Les demandes présentées dans ce sens par les assurés doivent être comprises comme une demande de révision du jugement et être transmises à l'instance qui a prononcé ledit jugement, et cela même en l'absence de règle idoine de droit fédéral ou de droit cantonal (Circulaire sur le contentieux dans l'AVS, l'AI, les APG et les PC, nos 2066 et 3015 ; ATFA du 2 mai 2003, cause I 521/02, consid. 2).

4.1 En l'espèce, par jugement du 16 avril 1999, la Commission cantonale genevoise de recours en matière d'AVS/AI avait rejeté une (première) demande de prise en charge des interventions litigieuses. Aussi – et même si ces interventions ont finalement été pratiquées postérieurement audit jugement - l'OCAI aurait-il dû transmettre d'office à cette dernière juridiction la nouvelle demande déposée par l'assurée le 6 octobre 2000, et non pas statuer au fond par décision du 17 décembre 2002.

Cela étant, il conviendra d'annuler cette dernière décision et d'examiner la requête du 6 octobre 2000, respectivement le recours du 14 janvier 2003, à la lumière des règles cantonales de procédure régissant la révision.

4.2 A teneur de l'art. 80 lettre b de la loi genevoise sur la procédure administrative du 1er janvier 1986 (LPA, RS GE E 5 10), il y a lieu à révision lorsque, dans une affaire réglée par une décision définitive, il apparaît que des faits ou des moyens de preuve nouveaux et importants existent, que le recourant ne pouvait connaître ou invoquer dans la procédure précédente. La demande de révision doit être adressée par écrit à la juridiction qui a rendu la décision dans les 3 mois dès la découverte du motif de révision. (art. 80 al. 1 LPA).

4.3 Déposée respectivement dix et six mois après les deux interventions chirurgicales effectuées en décembre 1999 et avril 2000, la demande de révision du 6 octobre 2000 est tardive, et partant, irrecevable.

Au surplus, même recevable, ladite demande n'en serait pas moins infondée, pour les motifs suivants.

5. A l'appui de sa nouvelle requête, l'assurée a produit un certificat médical du 17 janvier 2003, dans lequel le docteur L_____ conteste que l'affection dont souffre sa patiente puisse être qualifiée de labile.

   Ce moyen est irrecevable dans le cadre d'une procédure de révision. En effet, le point de vue juridique, soit l'application de règles de droit dans l'énoncé des faits, de même que l'appréciation de ces derniers ne constitue pas des faits au sens exposé ci-dessus (§ 4.2) (Ursina Beerli-Bonorand, op. cit. p. 131). Ainsi, il ne suffit pas, par exemple, qu'une expertise se basant sur des faits connus au moment de l'entrée en force de la décision tire ultérieurement d'autres conclusions que celles établies par l'autorité qui a statué (ATF 108 V 172 ; B. Knapp, Précis de droit administratif, 4e éd., n° 1303, p. 276).

6. Le docteur L_____ a également soutenu, dans son certificat du 17 janvier 2003, que les interventions ophtalmologiques auxquelles l'intéressée s'était soumise en décembre 1999 et avril 2000 relevaient d'un traitement scientifiquement reconnu. Par ailleurs, lesdites interventions avaient permis à sa patiente de recouvrer une capacité de travail de 50% au minimum ; de ce fait ces mesures médicales s'étaient avérées, selon lui, de nature à améliorer de façon importante et durable la capacité de gain et la possibilité d'accomplir les travaux habituels au sens où l'entendait l'art. 12 LAI.

6.1 Selon l'art. 12 al. 1 LAI, un 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, d'une part, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable, d'autre part. En règle générale, on entend par traitement de l'affection comme telle la guérison ou l'amélioration d'un phénomène pathologique labile. L'assurance-invalidité ne prend en charge, en principe, que les mesures médicales qui visent directement à éliminer ou à corriger des états défectueux stables, ou du moins relativement stables, ou des pertes de fonction, si ces mesures permettent de prévoir un succès durable et important au sens de l'art. 12 al. 1 LAI (ATF 120 V 279 consid. 3a et les références). 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 préserver 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.

6.2 Les mesures médicales litigieuses consistent dans l'implantation de lentilles intraoculaires selon la technique de l' « iris claw », afin de traiter la forte myopie présentée par l'assurée. On rappellera dans ce contexte que selon la jurisprudence rendue sous l'empire de la LAMA il y a lieu de se référer, dans le domaine de l'AI, en ce qui concerne l'exigence liée à l'état actuel des connaissances médicales, aux mêmes conditions que celles posées dans l'assurance-maladie obligatoire pour la prise en charge des soins médicaux (ATF 115 V 196 consid. 4b), et qu'en particulier, un traitement qui ne peut être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire faute d'être scientifiquement reconnu ne peut non plus être considéré comme une mesure médicale à la charge de l'assurance-invalidité conformément à l'art. 12 LAI (ATF 123 V 60 consid. 2b/cc et les références). Il n'en va pas différemment depuis le 1er janvier 1996, date de l'entrée en vigueur de la LAMal (cf. Ordonnance du 12 avril 1995 concernant l'entrée en vigueur et l'introduction de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [RS 832.101]), le législateur n'ayant pas voulu, en les formulant différemment à l'art. 32 LAMal, rendre plus restrictives que sous l'empire de la LAMA les conditions légales de la prise en charge des prestations (ATFA du 30 avril 2003, cause I 752/02).

Attendu qu'elle est encore en cours d'évaluation, la correction de la myopie par implantation de lentilles intraoculaires est incluse dans la liste négative des prestations sous chiffre 6 de l'annexe 1 de l'Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS, RS 832.112.31), dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2000 à ce jour.

Il suit de là que, contrairement à ce que soutien le médecin traitant, les mesures médicales litigieuses ne relèvent toujours pas à l'actuelle d'un traitement scientifiquement reconnu (cf. aussi ATFA du 3 septembre 2002, cause I 659/01).

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'examiner si l'intéressée a pu améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou la préserver d'une diminution notable, au sens où l'entend l'art. 12 al. 1 LAI.

Au demeurant, dans le cadre de cette disposition, le succès de la réadaptation ne constitue pas, en lui-même, un critère décisif car, pratiquement, toute mesure qui réussit du point de vue médical a simultanément des effets bénéfiques sur la vie active (ATFA du 9 février 2004, cause I 761//03, consid. 4.1).

Enfin, on rappellera que le droit à la prise en charge des mesures visées par cette disposition doit être examiné au regard du pronostic médical qui peut être posé avant l'exécution de celles-ci (examen prospectif; ATF 98 V consid. 2 34 sv.; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, p. 94), et non une fois lesdites mesures effectuées (ATFA du 25 janvier 2000, cause I 411/99, consid. 3c).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ

1. Annule la décision de l'OCAI du 17 décembre 2002 ;

2. Déclare la demande de révision irrecevable ;

3. Dit qu'il n'est pas perçu de frais de justice ;

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 pli 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 :

Nancy BISIN

Juge suppléant :

Jean-Louis BERARDI

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