RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1786/2002 **ATAS/1102/2005**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 12 décembre 2005

En la cause

Monsieur C_____,	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : **Monsieur Marc MATHEY-DORET, Juge suppléant, Mesdames Karine STECK et Doris WANGELER, Juges.**

EN FAIT

1. Monsieur C_____ (ci-après : le recourant), né le 28 août 1964, menuisier de formation, a été victime d'un accident de la circulation le 29 janvier 1990, lequel a notamment entraîné une grave atteinte au pied droit (fracture, lésion neurologique et paralysie partielle) en raison de laquelle le recourant porte une orthèse depuis le mois de mars 1990.

2. En date du 17 février 1998, le recourant a formé une demande auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) tendant à l'octroi de moyens auxiliaires soit la prise en charge d'une prothèse, que l'OCAI a acceptée par communication du 17 avril 1998.

3. Le 20 mai 2002, le recourant a écrit à l'OCAI pour solliciter le remboursement des frais relatifs à un traitement prodigué aux Hôpitaux Universitaires de Genève du 26 novembre au 20 décembre 1999 à raison de Frs. 1'612,35.

   Le recourant exposait que, suite à son accident du 29 janvier 1990, il se trouvait contraint de faire réparer sa prothèse régulièrement. Selon le recourant, une *"tumeur de la peau due à l'usage de (son) ancienne prothèse"* empêchait l'utilisation d'un système d'aide à la marche plus solide, raison pour laquelle son médecin avait décidé de l'opérer.

   Depuis lors, le nouveau système fonctionnait à satisfaction ce qui permettait de diminuer les frais.

   Le recourant sollicitait par conséquent la prise en charge par l'assurance-invalidité des frais d'intervention.

4. En date du 4 juillet 2002, l'OCAI a adressé au recourant un projet de décision de refus, motif pris du fait que le traitement suivi aux HUG en 1999 avait pour objet l'affection comme telle et n'était pas directement nécessaire à sa réadaptation professionnelle, ni de nature à améliorer ou préserver sa capacité de gain au sens de l'article 12 LAI.

5. En date du 31 juillet 2002, l'OCAI a notifié au recourant une décision de refus conforme à son projet.

6. Par courrier du 29 juillet 2002, reçu par l'OCAI le 5 août 2002, le recourant contestait le projet de décision et sollicitait un entretien.

7. Ledit entretien s'est tenu le 9 septembre 2002, chacune des parties campant sur sa position.

8. Entre-temps, soit le 23 août 2002, le recourant a contesté devant la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG-PCF-PCC-RMCAS la décision de l'OCAI du 31 juillet 2002, se plaignant de n'avoir été examiné par aucun médecin-conseil de l'OCAI, faisant valoir que son orthèse lui est indispensable pour conserver sa capacité de gain.

9. A l'occasion de son préavis du 9 décembre 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

10. La cause a été transférée d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales et enregistrée sous référence A/1786/2002.

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).

2. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au TCAS, qui statue en instance unique, dans la composition prévue par l'article 162 LOJ, adoptée le 13 février 2004. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour trancher du présent litige.

   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.

3. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a entraîné de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel 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. 1er LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1961 (ci-après LAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le recours dirigé contre la décision de l'OCAI du 31 juillet 2002 est recevable à la forme, en vertu des articles 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

5. Selon l'article 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 et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. 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'article 12 al. 1 LAI (ATF 120 V 279 consid. 3a et les références ; VSI 2000 p. 301 consid. 2a). 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 ; Meyer-Blaser, op. cit. p. 78 sv.).

6. Ainsi, l'assurance-invalidité n'a pas à prendre en charge une mesure destinée au traitement de l'affection comme telle, même si l'on peut prévoir qu'elle améliorera de manière importante la réadaptation. Dans le cadre de l'article 12 LAI, 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 (ATF 120 V 279 consid. 3a, 115 V 194 consid. 3, 112 V 349 consid. 2, 105 V 19 et 149, 104 V 82, 102 V 42).

7. En l'espèce, le recourant fait essentiellement valoir que l'intervention pratiquée aux HUG en 1999 lui a indirectement permis, par le traitement d'une affection, d'accéder à l'utilisation d'un nouveau type de prothèse plus solide, permettant ainsi de diminuer les frais à charge de l'assurance-invalidité et de conserver sa capacité de gain.

8. L'argument du recourant, qui peut se comprendre d'un point de vue économique et de bon sens, n'est cependant juridiquement pas décisif.

   En effet, il ressort du texte clair de l'article 12 LAI et de la jurisprudence susmentionnée que l'amélioration ou la conservation de la capacité de gain n'est pas un critère suffisant.

Pour qu'une mesure médicale soit à la charge de l'assurance-invalidité, plutôt qu'à la charge de l'assurance-maladie ou accidents, il faut encore et surtout que le traitement en question ne vise pas l'affection comme telle.

Or en l'occurrence, selon les explications du recourant lui-même, il s'est bien agi du traitement d'une affection en tant que tel, quand bien même l'objectif aurait également été, indirectement, de permettre l'accès à un nouveau type de prothèse.

Partant, les frais y relatifs n'échoient pas à l'assurance-invalidité et le recours se révèle mal fondé.

a

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

1. Le rejette.

2. Dit que la procédure est gratuite.

3. 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 qu'elle 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 :

Marc MATHEY-DORET

Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

a