

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1979/2004

ATAS/656/2005

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

5^{ème} Chambre

du 17 août 2005

En la cause

Monsieur N_____

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Juliana BALDE et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur N _____, né en 1964 et de formation d'horticulteur, souffre d'une dystrophie grillagée de la cornée des deux yeux depuis son enfance.
2. Le 24 avril 1989, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), en vue de la prise en charge de mesures médicales, soit d'une greffe de cornée à son œil gauche.
3. Cette intervention a été réalisée par le Dr A _____, ophtalmologue, en date du 12 septembre 1989. Une opération identique a dû être exécutée sur l'œil droit de l'assuré au mois de septembre 1991. Par la suite, l'assuré a pu reprendre le travail et l'OCAI a pris en charge tant les interventions chirurgicales que les verres et lunettes prescrites par la suite par l'ophtalmologue.
4. Par courrier du 4 septembre 2002, le Dr A _____ a demandé à l'OCAI de prendre en charge une nouvelle intervention sur les deux yeux. Les greffes réalisées en 1989 et 1991 avaient donné de bons résultats, mais la maladie avait récidivé dans le greffon si bien qu'une opération à l'œil droit était prévue pour les mois d'octobre ou novembre. L'intervention à l'œil gauche serait pratiquée par la suite. Vu la récurrence de la maladie, le patient ne pourrait bientôt plus travailler en raison de la baisse de son acuité visuelle, des douleurs et de la photophobie.
5. Dans un certificat du 23 septembre 2002, le Dr A _____ a précisé que la kératoplastie était rendue nécessaire par la dégradation de la cornée de l'œil droit. La greffe apporterait un soulagement pour une dizaine d'années et un rejet était peu probable. Elle était prévue pour le mois de novembre 2002.
6. Le 18 octobre 2002, l'assuré a fait l'objet d'une kératoplastie de son œil droit.
7. Le 21 mars 2003, le Dr B _____, du Service Médical Régional Léman de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a relevé que la dystrophie de la cornée était un trouble évolutif non stabilisé qui allait récidiver à moyen terme et nécessiter une nouvelle intervention, cela même si une nouvelle kératoplastie était réalisée. S'agissant d'une affection labile, l'assurance-invalidité ne prenait pas en charge son traitement. La mesure médicale envisagée ne pouvait en effet apporter une amélioration durable.
8. Par décision du 25 mars 2003, l'OCAI a refusé de couvrir la kératoplastie. Une telle opération n'était prise en charge que lorsqu'elle permettait de remplacer une cornée modifiée par des cicatrices ou la pointe d'un kératocône opaque dont il avait été prouvé qu'elle restreignait la vision. Tel n'était pas le cas en l'espèce. Pour le surplus, s'agissant d'une affection labile, l'assurance-invalidité ne prenait pas en charge le traitement de l'affection comme telle.

9. Par courrier du 8 avril 2003, l'assuré s'est opposé à cette décision. Selon lui, le refus devait découler d'une erreur d'interprétation. Sa maladie constituait bien une cicatrisation opacifiante de la cornée, donc une baisse de la vision. Les deux premières opérations avaient été prises en charge et avaient bien réussi. Le greffon avait été clair des deux côtés dans un premier temps, mais la maladie l'avait envahi et causé son opacification. Il avait grand peine à travailler, ce qui justifiait l'opération qui avait été réalisée le 18 octobre 2002. La précédente greffe lui avait permis de travailler durant plus de 10 ans. Sans cette greffe, il aurait été quasiment aveugle et aurait dû vivre d'une rente, de sorte que le résultat pouvait être considéré comme excellent. Il demandait donc à l'OCAI de prendre en charge l'intervention réalisée sur l'œil droit ainsi que celle qui devrait probablement être réalisée à l'avenir sur l'œil gauche.
10. Le 11 avril 2004, le Dr B _____ du SMR s'est à nouveau prononcé sur le cas. Une mesure médicale prise en charge par l'assurance-invalidité devait être unique et définitive. Une telle mesure devait donc déployer ses effets durant plus de 20 ans, voire à vie. Dans le cas de cet assuré, le fait que les deux premières interventions avaient apporté une amélioration ne constituait pas une raison suffisante, puisque l'on s'apercevait que de nouvelles greffes étaient nécessaires en raison de la récurrence de la maladie. Il s'agissait donc d'un trouble évolutif (ou labile). L'assurance ne prenait pas en charge le traitement d'un trouble évolutif et la mesure demandée ne garantissait pas un succès à long terme. C'était à tort que l'assurance-invalidité avait couvert les premières interventions.
11. Par décision sur opposition du 26 août 2004, l'OCAI a confirmé sa décision initiale. Les mesures visant à guérir ou soulager un état pathologique labile n'étaient pas à la charge de l'assurance-invalidité. Cette assurance ne couvrait que le coût de mesures visant la suppression ou la correction de séquelles ou de troubles fonctionnels stabilisés dans la mesure où ils laissaient prévoir un succès important et durable. Par contre, le traitement de l'affection comme telle n'était pas pris en charge, quand bien même on pouvait s'attendre à un succès important. Le succès de la mesure ne pouvait pas, en soi, être pris comme critère de délimitation, puisque toute mesure médicale réussie avait des effets bénéfiques sur la vie active. L'efficacité d'un traitement n'était importante que si elle atteignait dans un laps de temps déterminé un degré absolu considérable. Pour l'assurance-invalidité, une mesure médicale devait être un fait unique et définitif et pouvoir déployer ses effets durant au moins 20 ans.
12. Par acte du 22 septembre 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à son annulation et à ce que la greffe de l'œil droit soit prise en charge par l'assurance-invalidité. Le succès des premières greffes réalisées avait été total puisqu'elles lui avaient permis de travailler durant 10 ans. En 2002, le greffon de l'œil droit s'était opacifié, l'œil était douloureux et l'assuré avait grand peine à travailler. Cela avait nécessité une

nouvelle intervention. Vu le succès important et durable des premières greffes, cette intervention devait également être prise en charge.

13. Dans sa réponse du 22 octobre 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours et a renvoyé pour le surplus aux termes de sa décision sur opposition.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal 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 (ci-après : LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. La décision à l'origine du recours a été rendue le 25 mars 2003, mais l'opération sur laquelle porte le cas a été réalisée en octobre 2002.

Le cas d'espèce reste donc régi par les dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1).

Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAI et du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après : RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

En revanche, les règles de procédure sont immédiatement applicables (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 427 consid. 1).

4. Déposé dans la forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la kératoplastie de l'œil droit réalisée le 18 octobre 2002 doit être prise en charge par l'assurance-invalidité.
6. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable.

En vertu de 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 et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable.

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.

L'art. 12 LAI 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 consid. 1, 102 V 41 consid. 1; RCC 1981 p. 519 consid. 3a).

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).

La loi désigne sous le nom de « traitement de l'affection comme telle » les mesures médicales que l'assurance-invalidité ne doit pas prendre en charge. Aussi longtemps qu'il existe un phénomène pathologique labile et qu'on applique des soins médicaux, qu'ils soient de nature causale ou symptomatique, qu'ils visent l'affection

originnaire ou ses conséquences, ces soins représentent, du point de vue du droit des assurances sociales, le traitement de l'affection comme telle. La jurisprudence a de tout temps, en principe, assimilé à un phénomène pathologique labile toutes les atteintes à la santé non stabilisées qui ont valeur de maladie. Ainsi, les soins qui ont pour objet de guérir ou de soulager un phénomène de nature pathologique labile ou ayant d'une autre manière valeur de maladie, ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité. Ce n'est qu'au moment où la phase du phénomène pathologique labile (primaire ou secondaire) est achevée et qu'un état stabilisé ou relativement stabilisé est apparu, qu'on peut se demander - dans le cas des assurés majeurs - si une mesure médicale est une mesure de réadaptation.

Dans le cadre de l'art. 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).

Des mesures visant la stabilisation s'appliquent toujours à un phénomène pathologique labile. C'est pourquoi une thérapie continue, qui est nécessaire pour empêcher la progression d'une affection, doit être considérée comme le traitement de l'affection comme telle. Par conséquent, un état pathologique qui ne peut être maintenu en équilibre que par des mesures thérapeutiques n'est pas le résultat stable d'une maladie, d'un accident ou d'une infirmité congénitale, quel que soit le genre du traitement. Un tel état est certes stationnaire tant qu'il peut être maintenu en équilibre, mais non pas stable au sens de la jurisprudence. Les mesures médicales qui sont nécessaires au maintien d'un état stationnaire ne peuvent donc être prises en charge par l'assurance-invalidité (ATF 102 V 42 ss; VSI 1999 p. 130 consid. 2d et les références ; ATFA non publié du 4 juillet 2003 en la cause I 842/02).

L'effet positif obtenu grâce à un traitement médical ne peut être qualifié d'important, au sens de l'art. 12 al. 1 LAI, que s'il atteint un degré absolu de réussite suffisamment élevé dans un laps de temps déterminé (ATF 98 V 211 consid. 4b). D'une façon générale, on doit pouvoir attendre des mesures médicales qu'elles rencontrent un minimum de succès sur le plan de l'activité lucrative pendant une durée minimale. Il n'est pas possible de dire de manière générale dans quelle mesure le succès probable de la réadaptation peut encore être qualifié d'important, car il faut en décider d'après les particularités du cas d'espèce. Cependant, les mesures qui n'aboutissent qu'à une faible amélioration de la capacité de gain ne sont pas prises en charge par l'assurance-invalidité. Il faut poser comme condition qu'une capacité de gain encore importante soit préservée d'une diminution notable, car dans le cadre de l'art. 12 LAI, la loi ne prévoit pas de mesures destinées à conserver un résidu incertain de capacité de gain. La question du caractère important du succès de la réadaptation doit, en outre, être résolue en fonction d'une part de la gravité de l'infirmité, et d'autre part du genre de l'activité lucrative

exercée par l'assuré ou entrant en ligne de compte pour lui dans le cadre d'une réadaptation optimale. Dès lors, il n'y a pas lieu de prendre en considération les circonstances personnelles qui n'ont pas de rapport avec l'activité lucrative exercée par l'assuré (ATF 115 V 199 consid. 5a, 200 consid. 5c et les références ; ATFA non publié du 25 janvier 2000 en la cause I 411/99).

7. S'agissant plus particulièrement de la kératoplastie (greffe de la cornée), le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a précisé qu'elle pouvait uniquement être reconnue comme mesure médicale de réadaptation, si cette intervention permettait le remplacement d'une cornée déformée par des cicatrices ou d'une pointe de kératocône opaque qui réduisait incontestablement la vision. Dans de tels cas, il se justifie de considérer cet état défectueux comme stable ou relativement stabilisé, et d'admettre que cette mesure est une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI (ATF 100 V 97).

En ce qui concerne une kératoplastie rendue nécessaire par une dystrophie grillagée de la cornée, le TFA a jugé qu'une telle affection ne devait pas être considérée comme labile du seul fait que la cornée greffée s'opacifiait après environ 10 ans, ce qui rendait nécessaire une nouvelle kératoplastie. Celle-ci ne constituait pas un traitement de l'affection comme telle, mais une mesure qui avait clairement pour but la réadaptation de l'assuré, soit le maintien de sa capacité de gain. Il a en outre considéré que l'efficacité d'une kératoplastie pendant 10 à 12 ans devait être considérée comme durable au sens de la LAI (ATFA non publié du 21 août 1996, cause I 172/96, p. 5 consid. 2). Cela ne peut toutefois être admis que pour autant que la dystrophie grillagée de la cornée soit la seule pathologie. Lorsque des affections accessoires labiles s'y ajoutent qui augmentent notamment le risque d'une opacification de la cornée greffée et réduisent ainsi la durée de l'efficacité de cette opération, la condition du succès durable de celle-ci n'est pas remplie (ATFA non publié du 21 novembre 2003, cause I 348/03, p. 2 ss consid. 5 et 6).

8. En l'occurrence, l'opération en cause n'a pas pour but de guérir définitivement la maladie, dans la mesure où il est incontestable qu'elle récidivera, ainsi qu'elle l'a déjà fait après les premières opérations pratiquées en 1989 et 1991. La kératoplastie était cependant uniquement nécessaire en raison de la dystrophie grillagée de la cornée et cette affection n'était pas accompagnée d'autres pathologies accessoires labiles, selon les renseignements de l'ophtalmologue traitant de l'assuré. Elle doit par conséquent être considérée in casu comme une pathologie stabilisée au sens de la loi, conformément à la jurisprudence précitée, en dépit du fait qu'il faut d'ores et déjà s'attendre à une nouvelle opacification.

S'agissant des autres conditions, celle du succès de la mesure doit également être considérée comme remplie, dès lors qu'elle permet en l'espèce au recourant de conserver intacte sa capacité de travail. Il en va de même de celle de la durabilité du succès de cette réadaptation, dès lors qu'il est prévisible qu'une nouvelle opération ne sera nécessaire que dans dix à douze ans. On rappellera à ce propos que

l'opération réalisée sur l'œil gauche de l'assuré a eu des effets positifs durant plus de douze ans. La mesure est donc de nature à préserver durablement une capacité de gain importante d'une diminution notable, s'agissant d'un assuré né en 1964, au sens de l'art. 12 LAI.

Enfin, la nécessité de l'intervention médicale et la durée attendue de ses effets ont été reconnues par un spécialiste en la matière, de sorte que toutes les conditions relatives à la prise en charge de cette intervention par l'assurance-invalidité sont données.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis. La décision dont est recours sera par conséquent annulée et le recourant mis au bénéfice de la prise en charge de la kératoplastie pratiquée le 18 octobre 2002.

**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 :

2. L'admet ;
3. Annule la décision dont est recours ;
4. Ordonne la prise en charge par l'intimé de la kératoplastie effectuée le 18 octobre 2002 dont le recourant a fait l'objet ;
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Yaël BENZ

La présidente

Maya CRAMER

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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