

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2053/2009

ATAS/202/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 23 février 2010

En la cause

Monsieur R_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Luc MARSANO

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur R_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955 et d'origine italienne, a travaillé en dernier lieu comme aide de cuisine, puis comme nettoyeur à plein temps.
2. Etant en incapacité totale de travail depuis le 12 septembre 2002, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, le 19 août 2003, tendant à la prise en charge d'une orientation professionnelle et à l'octroi d'une rente.
3. Le 25 novembre 2004, il a été examiné par le Dr A_____, neurologue FMH. Dans son rapport rédigé le lendemain, ce spécialiste a indiqué que son patient se plaignait de brefs épisodes d'instabilité d'une durée de quelques minutes. A l'examen, il a mis en évidence certains éléments ataxiques à la position verticale qui ne pouvaient pas être expliqués par une atteinte de la sensibilité profonde en relation avec le diabète.
4. Le 25 février 2005, l'assuré a fait une chute et a été admis aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Il présentait une alcoolémie de 2‰, mais attribuait les chutes à des vertiges et des troubles de l'équilibre apparus dernièrement. Dans un rapport du 7 avril 2005 consécutif au séjour de l'assuré dans le service de réhabilitation des HUG du 25 février au 1^{er} avril 2005, le Dr B_____, chef de clinique, a diagnostiqué une chute d'origine multifactorielle, une polyneuropathie diabétique et alcoolique, ainsi qu'une éthyliation aiguë. A titre de comorbidités, il a mentionné un diabète insulino-requérant, une hypertension artérielle, une cardiopathie ischémique avec status post-PTCA (angioplastie coronarienne percutanée) et stent de plusieurs artères en septembre 2000, une notion d'asthme. Il a observé qu'en raison d'une appréhension de nouvelles chutes importantes, l'assuré refusait de se déplacer autrement qu'en fauteuil roulant, bien que son état clinique ne le justifiait probablement pas. Il a constaté l'existence d'une dépendance aux benzodiazépines.
5. Le 27 avril 2005, l'ergothérapeute de la clinique de rééducation des HUG a fait une demande de prise en charge d'un fauteuil roulant manuel qu'il a motivée par une forte diminution de l'état général et une aptitude à la marche restreinte.
6. Par décision du 4 mai 2005, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a pris en charge les frais de remise en prêt d'un fauteuil roulant manuel.
7. Dans un rapport d'expertise du 6 janvier 2006 confiée au Centre d'expertise médicale (CEMED), les Drs C_____, psychiatre FMH, et D_____, rhumatologue FMH, ont indiqué que, selon l'assuré, depuis la remise du fauteuil roulant, il ressentait des problèmes accrus à la marche. L'expertisé a décrit des pertes d'équilibre survenant au lever et également une sensation de faiblesse dans les jambes. A

l'examen, la marche était impossible, car l'assuré se laissait tomber dès le deuxième pas. L'expert rhumatologue a relevé que l'examen n'avait pratiquement pas été possible, l'assuré n'ayant pas voulu sortir de son fauteuil et ayant affirmé ne pas pouvoir se lever ou se tenir sur ses pieds. L'essai de transfert du fauteuil au lit s'était soldé par un échec, l'assuré s'étant littéralement laissé tomber avec réception sur son fauteuil. A l'examen en position assise dans le fauteuil, l'expert a observé que l'assuré pouvait lever ses jambes, les tendre pratiquement jusqu'à l'horizontale et bouger ses pieds. Il n'y avait aucun élément en faveur d'une atteinte ostéo-articulaire et il n'avait pas d'explication quant à cette non utilisation des membres inférieurs avec des éléments d'incohérence. Selon lui, l'origine la plus probable de la symptomatologie était soit neurologique, soit psychiatrique. L'expert psychiatre a relevé que, malgré l'absence d'une explication médicale, l'assuré avait décidé de ne se déplacer qu'en fauteuil roulant, à cause de sa peur de faire des chutes. Les experts ont diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples - utilisation nocive pour la santé, une personnalité émotionnellement labile, un diabète insulino-requérant avec complications secondaires (macro- et micro-angiopathie, polyneuropathie périphérique), d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une coronaropathie ischémique tronculaire avec pose d'un stent en septembre 2000, une broncho-pneumopathie chronique obstructive et une hypertension artérielle. A titre de limitation fonctionnelle, ils ont admis la présence d'une polyneuropathie périphérique avec diminution de la sécurité à la marche. Ils ont conclu que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, qu'une incapacité de travail entière depuis l'hospitalisation en mars 2005 pouvait être admise, de même qu'une diminution partielle de sa capacité de travail probablement déjà depuis trois ans environ. L'assuré pourrait exercer une activité à plein temps, pour autant que cette dernière pût être effectuée en position assise avec des interruptions de travail, en raison des injections nécessaires d'insuline et pour l'absorption de collations.

8. Le 23 juin 2006, l'ergothérapeute du Centre d'action sociale et de santé a demandé qu'un fauteuil roulant électrique soit remis à l'assuré. Elle avait constaté que le handicap de celui-ci rendait nécessaire l'utilisation d'un tel fauteuil afin d'améliorer son indépendance.
9. Le 28 juin 2006, l'OAI a mandaté la Fédération suisse de consultation des moyens auxiliaires pour personnes handicapées et âgées (FSCMA) pour déterminer si cette demande était en lien direct avec l'invalidité et s'il s'agissait d'un moyen auxiliaire simple et adéquat.
10. Dans un rapport du 19 juillet 2006, la conseillère de la FSCMA a précisé que l'assuré ne pouvait plus sortir de chez lui et que, grâce à la remise de ce fauteuil, il allait retrouver une autonomie importante. Il lui semblait que ce type de fauteuil correspondait à la situation actuelle et répondait aux critères de prise en charge par l'assurance-invalidité.

11. Par décision du 24 juillet 2006, l'OAI a accepté de prendre en charge les frais de remise en prêt d'un fauteuil roulant électrique d'une valeur de 21'627 fr. 60.
12. Dans un complément d'expertise du 14 décembre 2006, le Dr E_____, médecin-chef du CEMED, a indiqué avoir requis un consilium auprès de la Dresse F_____, neurologue FMH. Dans son rapport du 6 juin 2006, cette dernière a relevé qu'à l'examen clinique, la trophicité et le tonus étaient normaux, alors que la force était sans aucun déficit apparent. Elle a estimé qu'on devait s'attendre à une discrète ataxie en raison de la neuropathie, ainsi que peut-être d'une composante carencielle et toxique cérébelleuse liée à l'alcool. Ceci était toutefois largement insuffisant pour justifier l'utilisation d'un fauteuil roulant. Elle a admis que, jusqu'à preuve du contraire, l'assuré n'était pas tenu à l'usage d'un fauteuil roulant et que, si d'aventure on objectivait une ataxie chez lui, l'usage d'une canne serait largement suffisant. Le Dr E_____ a souligné que l'assuré n'avait pas de pathologie neurologique entraînant la nécessité de se déplacer en chaise roulant. L'évaluation neurologique confirmait entièrement l'appréciation faite dans l'expertise du 6 janvier 2006. Elle renforçait le constat des experts que la décision de l'assuré de ne se déplacer qu'en chaise roulante relevait bien d'un choix de sa part et qu'une canne suffirait. Le Dr E_____ a précisé que l'incapacité de travail entière depuis mars 2005 mentionnée dans l'expertise concernait l'activité exercée antérieurement, alors que la capacité se référait à l'activité adaptée.
13. Dans un rapport du 18 décembre 2006, le Dr G_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a relevé que l'assuré ne se déplaçait qu'en fauteuil roulant par crainte des chutes, alors que les troubles objectifs n'en justifiaient absolument pas l'emploi comme le confirmait le rapport d'expertise neurologique. Les experts admettant qu'il s'agissait-là d'un choix personnel de l'assuré, il en a conclu que le fauteuil roulant n'était pas à la charge de l'assurance-invalidité
14. Par décision du 4 octobre 2007, l'OCAI a rejeté la demande de rente de l'assuré, au motif que son degré d'invalidité était de 4.6%. Il a également précisé que, selon les experts, le fauteuil roulant n'était pas à sa charge, de sorte que la remise du fauteuil roulant ne serait pas renouvelée et que les réparations ne seraient pas prises en charge.
15. A la suite du recours formé, le 2 novembre 2007, contre ladite décision, le Tribunal de céans a rejeté le recours par arrêt du 26 août 2008 (ATAS/925/2008). Il a confirmé le taux d'invalidité retenu par l'OAI et constaté l'absence de justification médicale pour l'usage du fauteuil roulant au vu du rapport d'expertise du 6 janvier 2006 et de son complément du 14 décembre 2006. Par conséquent, il a retenu qu'un tel moyen auxiliaire ne devait pas être pris en charge par l'assurance-invalidité et que l'OAI avait informé l'assuré à juste titre du non renouvellement de la remise d'un fauteuil roulant.

16. Selon une note interne du 9 février 2009 faisant suite à une réparation du fauteuil roulant électrique, il ressort que l'OAI a informé le fournisseur que le Tribunal avait confirmé sa position, selon laquelle ledit fauteuil n'aurait pas dû être remis à l'assuré. Le fournisseur s'est alors demandé s'il n'y avait pas lieu de récupérer le fauteuil, puisque l'assuré n'en avait pas besoin médicalement parlant.
17. Par projet de décision du 25 mars 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention d'obtenir la restitution du fauteuil roulant électrique, au motif que sa remise en prêt n'était pas due à son état de santé. Avant de reprendre ledit fauteuil, il lui proposait de le racheter à la valeur courante 2009, soit à 8'655 fr. (deux cinquièmes de la valeur à neuf). Il a précisé qu'en cas de rachat, les frais de réparation et d'adaptation ne seraient plus pris en charge par l'assurance-invalidité.
18. Le 23 avril 2009, l'assuré a transmis à l'OAI un certificat du 21 avril 2009 de la Dresse H_____, spécialiste en médecine interne FMH, attestant qu'il devait impérativement être au bénéfice d'une chaise roulante fonctionnelle, afin de garantir son autonomie, en raison de ses multiples problèmes de santé.
19. Par décision du 14 mai 2009, l'OAI a confirmé sa position.
20. Par acte du 12 juin 2009, l'assuré a recouru contre ladite décision. Il conclut à l'annulation de la décision de restitution du fauteuil. Il allègue que, depuis l'arrêt du 26 août 2008, sa situation médicale s'est considérablement péjorée. Il produit un certificat du 10 juin 2009 de la Dresse H_____ précisant qu'il souffre d'une perte d'autonomie due à une polyneuropathie diabétique, une encéphalopathie toxique (alcool) avec atteinte cérébelleuse documentée lors de séjours hospitaliers précédents, une fibromyalgie des quatre membres avec douleurs handicapantes, une consommation médicamenteuse affectant sa performance neuromusculaire et une dyspnée d'origine multiple. Le médecin traitant considère que pour ces diverses raisons, la chaise roulante est indispensable afin de lui permettre une autonomie adéquate. Le recourant requiert préalablement l'audition de la Dresse H_____, subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise médicale.
21. Dans son complément du 21 juillet 2009, le recourant rappelle que, selon l'opinion concordante de son ergothérapeute et de son médecin traitant, il a absolument besoin d'un fauteuil roulant afin de se déplacer et limiter ses douleurs quotidiennes. Par conséquent, il est choqué que l'intimé considère l'usage d'un fauteuil roulant électrique comme relevant de son choix personnel et non d'une réalité médicale établie. Il relève qu'entre la décision de remise en prêt dudit fauteuil et celle demandant sa restitution, il n'y a eu aucune amélioration de son état de santé. Bien au contraire, les médecins s'accordaient tous pour estimer que celui-ci s'aggravait de jour en jour. Il persiste dans ses conclusions précédentes.
22. Dans sa réponse du 31 août 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a observé que, selon les dispositions sur les moyens auxiliaires, la remise d'un fauteuil roulant

devait se justifier du point de vue médical, alors que l'utilisation d'un moyen auxiliaire devait être indispensable et en rapport avec l'invalidité. Or, l'expertise du 6 janvier 2006 et son complément du 14 décembre 2008 avaient permis d'établir que les troubles objectivés ne justifiaient pas l'emploi d'un fauteuil roulant, qui était utilisé par crainte des chutes, alors qu'une canne suffirait. De plus, dans son arrêt du 26 août 2008, le Tribunal avait confirmé que l'utilisation d'un fauteuil roulant électrique par le recourant n'était pas justifiée par des raisons médicales. Il a produit un avis du Dr I_____, médecin du SMR, établi le 18 août 2009 et rappelant que la liste des atteintes à la santé énumérées par la Dresse H_____, dans son certificat du 10 juin 2009, était déjà connue de l'intimé et n'emportait pas la conviction d'une aggravation de l'état de santé. Si toutefois, une telle aggravation existait effectivement, il y avait lieu de l'instruire sous l'angle de la révision.

23. Dans son écriture du 23 octobre 2009, le recourant a persisté dans ses conclusions.
24. Le 26 octobre 2009, le Tribunal de céans a communiqué cette écriture à l'intimé et, sur ce, a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ; RS E 2 05), 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 du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) qui sont 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont régies par le même principe et ne sont pas applicables au vu de la date de la décision dont la reconsidération est requise (ATF 131 V 9 consid. 1; ATF non publié 9C_516/2008 du 15 avril 2009 consid. 6.1).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision date du 14 mai 2009, de sorte que le recours du 12 juin 2009 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
4. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était en droit de revenir sur sa décision de remise en prêt d'un fauteuil roulant électrique.
5. Selon l'art. 8 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable; ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (al. 1). Les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13, 19 et 21 LAI, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (al. 2).

Aux termes de l'art. 21 LAI, l'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou se perfectionner, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle (al. 1, première phrase). L'assuré qui, par suite de son invalidité, a besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, a droit, sans égard à sa capacité de gain, à de tels moyens auxiliaires conformément à une liste qu'établira le Conseil fédéral (al. 2).

La liste des moyens auxiliaires indiquée à l'art. 21 LAI fait l'objet d'une ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (art. 14 RAI). Conformément à cette délégation, le département a édicté l'ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (OMAI). L'art. 2 OMAI dispose qu'ont droit aux moyens auxiliaires, dans les limites fixées par la liste annexée, les assurés qui en ont besoin pour se déplacer, établir des contacts avec leur entourage ou développer leur autonomie personnelle (al. 1). L'assuré n'a droit aux moyens auxiliaires désignés dans cette liste par un astérisque (*), que s'il en a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour étudier ou apprendre un métier ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle ou encore pour exercer l'activité nommément désignée au chiffre correspondant de l'annexe (al. 2). La liste contenue dans l'annexe à l'OMAI est exhaustive dans la mesure où elle énumère les catégories de moyens auxiliaires entrant en ligne de compte (ATF 131 V 14 consid. 3.4.2).

Est déterminant le fait que le moyen auxiliaire sollicité est nécessité par l'invalidité et qu'il a le caractère d'un modèle simple et adéquat. Lorsque ces exigences sont

remplies, l'assurance-invalidité doit prendre en charge la totalité des coûts d'un tel moyen auxiliaire. Mais il se peut aussi que le moyen auxiliaire sollicité par l'assuré serve, en partie, à des buts étrangers à l'invalidité ou qu'il entraîne des dépenses démesurées. Dans ce cas, il est loisible à l'assurance-invalidité de réduire le montant de sa prestation en se fondant sur le coût d'un moyen auxiliaire nécessité par l'invalidité et ayant le caractère d'un modèle simple et adéquat. L'administration est alors en mesure, si besoin est, d'opérer une réduction dépassant 10 ou 20% du coût du moyen auxiliaire sollicité (ATF 114 V 90 consid. 3a).

L'utilisation d'un moyen auxiliaire doit être indispensable et en rapport avec l'invalidité (ch. 1059 de la circulaire concernant la remise des moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité; CMAI). La remise d'un fauteuil roulant doit se justifier sur le plan médical (formulaire « Indications médicales pour la remise d'un fauteuil roulant »; ch. 9.01.1 CMAI).

6. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Cette disposition codifie la jurisprudence antérieure à son entrée en vigueur (ATF non publié 9C_513/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.1). Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut procéder à la reconsidération d'une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pour autant que la décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 127 V 469 consid. 2c et les arrêts cités). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c et ATF 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). En outre, par analogie à la reconsidération d'une rente d'invalidité, on ne saurait supprimer le droit à des moyens auxiliaires si, depuis la décision d'octroi manifestement inexacte, des modifications de l'état de fait justifient de les allouer (ATF non publié I 82/05 du 17 octobre 2005, consid. 3.2).

7. Dans sa décision du 14 mai 2009, l'intimé a supprimé le droit du recourant à un fauteuil roulant électrique, au motif que son état de santé ne justifiait pas l'octroi

d'un tel moyen auxiliaire et que son usage relevait d'un choix personnel, ce qui avait été confirmé par le Tribunal de céans dans son arrêt du 26 août 2008.

Dans ledit arrêt vérifiant si le refus d'une rente d'invalidité et si le non renouvellement futur de la remise d'un fauteuil roulant étaient justifiés, le Tribunal de céans a jugé que le rapport d'expertise du CEMED du 19 juillet 2006 et son complément du 14 décembre 2006 ont entière valeur probante. Par conséquent, il a fait sienne les conclusions des experts, notamment que l'usage dudit fauteuil n'était pas justifié par des raisons médicales. Il en a déduit qu'il ne devait pas être pris en charge par l'assurance-invalidité.

Il n'a en revanche pas examiné si les conditions d'une reconsidération étaient remplies, puisque cette question ne faisait pas partie de l'objet du litige. Aussi, il y a lieu de vérifier si la décision du 24 juillet 2006 était manifestement erronée.

L'absence de justification médicale pour la remise d'un fauteuil roulant électrique ressort de trois rapports médicaux antérieurs à la décision du 24 juillet 2006. Dans son rapport du 7 avril 2005, faisant suite à un séjour aux HUG ayant permis une observation journalière du recourant pendant un bon mois, le Dr B _____ a relevé que son déplacement en fauteuil roulant n'était probablement pas justifié par son état clinique. Dans leur rapport d'expertise du 6 janvier 2006, les médecins du CEMED ont confirmé qu'il n'y avait pas d'explication médicale quant à la non utilisation des membres inférieurs et au déplacement en fauteuil roulant. De plus, il y avait des éléments d'incohérence puisque, notamment, l'assuré avait pu se tenir debout sur le pèse-personne. Dans son rapport du 6 juin 2006, la Dresse F _____ a conclu que, sur le plan neurologique, le risque du développement d'une discrète ataxie ne justifiait pas l'utilisation d'un fauteuil roulant et que, dans un tel cas, l'usage d'une canne serait largement suffisant.

Par ailleurs, dans leur complément d'expertise du 14 décembre 2006 postérieur à la décision du 24 juillet 2006, les médecins du CEMED ont précisé que les conclusions de la neurologue ne faisaient que renforcer leurs constats, à savoir que la décision du recourant de ne se déplacer qu'en chaise roulante relevait bien d'un choix de sa part et qu'une canne suffirait.

Le seul médecin justifiant un tel moyen auxiliaire est le médecin traitant qui, dans son rapport du 20 décembre 2007, a considéré comme impératif que le recourant utilisât un fauteuil roulant pour lui permettre d'avoir une mobilité satisfaisante et d'être autonome dès lors qu'il vit seul. Ses seules justifications sont la mobilité et l'autonomie du recourant sans qu'il ait examiné si les atteintes à la santé rendaient nécessaires sur le plan médical l'usage d'un tel fauteuil roulant. Or, ayant connaissance des rapports d'expertise des médecins du CEMED et de la Dresse F _____ qui considèrent qu'aucun trouble neurologique, ostéo-articulaire ou psychique ne justifie une telle utilisation, il lui incombait pour le moins de discuter

leur appréciation pour justifier d'un avis contraire, ce que le médecin traitant n'a pas fait. Au demeurant, la Dresse H_____ a signé, le 8 mai 2006, le formulaire contenant les indications médicales pour la remise d'un fauteuil roulant sans cocher une quelconque indication médicale. Par conséquent, son appréciation ne peut pas être retenue (ATF 125 V 351 consid. 3a). Le recourant invoque également l'avis de son ergothérapeute. Or, selon la jurisprudence, les opinions personnelles de la physiothérapeute et de l'ostéopathe, qui ne sont pas médecins, ne sont pas propres à mettre en doute la fiabilité des conclusions des experts (ATF non publié 8C_60/2008 du 6 août 2008). Ces considérations s'appliquent par analogie à l'ergothérapeute, de sorte que son appréciation ne peut pas davantage être retenue.

Au vu de ces avis médicaux concordants qui ne retiennent aucune justification médicale pour l'emploi d'un fauteuil roulant électrique, il convient d'admettre que la décision du 24 juillet 2006 accordant au recourant la remise en prêt d'un fauteuil roulant électrique était manifestement erronée. En effet, un tel moyen auxiliaire n'est pas nécessaire au recourant puisqu'on peut exiger de sa part qu'il se déplace et développe son autonomie personnelle sans l'objet demandé (cf. ATFA 1968 208 consid. 3d = RCC 1968 p. 118 ss). En outre, la rectification de cet acte administratif revêt une importance notable, si bien que toutes les conditions de la reconsidération sont réunies (ATF non publié I 82/05, op. cit., consid. 5.1).

8. Dans un second moyen, le recourant allègue que sa situation médicale s'est considérablement péjorée depuis l'arrêt du 26 août 2008.

Le seul document médical que le recourant produit à l'appui de ses dires est un nouveau rapport de son médecin traitant du 10 juin 2009. Dans ledit rapport, la Dresse H_____ indique que le recourant souffre d'une perte d'autonomie d'origine multiple et fait état de polyneuropathie diabétique, encéphalopathie toxique, fibromyalgie des quatre membres, consommation médicamenteuse affectant sa performance neuromusculaire et dyspnée d'origine multiple. Ainsi que le relève le Dr I_____, ces troubles ont déjà été diagnostiqués, de sorte qu'ils ne sont pas susceptibles de justifier l'utilisation d'une chaise roulante électrique, étant précisé que le seul diagnostic nouveau est la fibromyalgie. Or, une telle affection n'est en principe pas invalidante, car il existe une présomption selon laquelle un trouble somatoforme douloureux, une fibromyalgie ou toute affection dont l'étiologie est incertaine peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1). Au demeurant, ce nouveau diagnostic n'est pas établi puisque, dans l'expertise du CEMED, le Dr D_____, qui est pourtant rhumatologue, n'a ni posé, ni suspecté un tel diagnostic. De plus, la Dresse H_____ ne mentionne pas une aggravation de l'état de santé du recourant qui rendrait plausible un tel diagnostic. Par conséquent, son rapport n'est pas susceptible de justifier l'utilisation d'un fauteuil roulant électrique.

9. Dans un dernier moyen, le recourant demande que le Tribunal de céans procède à l'audition de la Dresse H_____ et mette en œuvre une expertise médicale.

Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a et ATF 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié U 154/02 du 17 mars 2003, consid. 6.1 et les références citées).

Etant donné que les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, la mise en oeuvre d'une expertise supplémentaire s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire.

10. Mal fondé, le recours sera rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. 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

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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