

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4185/2015

ATAS/391/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 17 mai 2016**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-LANCY

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

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

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci- après l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1979, souffre d'une cataracte congénitale bilatérale. Dès sa naissance, il a été mis au bénéfice de plusieurs prestations de l'assurance-invalidité, dont la prise en charge de moyens auxiliaires.
2. Le 13 décembre 2006, la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, a adressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) une note d'honoraires, datée du même jour, d'un montant de CHF 259.95, relative à des consultations qui s'étaient déroulées les 25 novembre et 12 décembre 2006.
3. Par décision du 6 février 2008, l'OAI a refusé de rembourser la consultation du 12 décembre 2006, au motif notamment qu'il ne s'agissait pas d'une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.
4. Cette décision a été confirmée par le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, dans son arrêt du 3 juin 2008.
5. Suite au recours en matière de droit public interjeté par l'assuré, le Tribunal fédéral a rappelé, dans un arrêt du 7 septembre 2009, que seule la prise en charge par l'assurance-invalidité du moyen auxiliaire en tant que tel ou son utilisation étaient prévues par la loi, de sorte qu'il a annulé le jugement du TCAS et lui a renvoyé la cause afin que celui-ci se détermine sur la mesure médicale de réadaptation, dont les moyens auxiliaires, en l'occurrence les deux paires de lunettes double foyer hivi-vision prises en charge par l'OAI le 19 janvier 2007, devaient être le complément, sur le caractère important que ce complément devait revêtir et, enfin, sur la nature - dans ce cadre - des consultations litigieuses.
6. Le 19 avril 2010, la Dresse B\_\_\_\_\_ a, sur demande du TCAS dans le cadre de la procédure A/740/2008, indiqué que « l'état oculaire est stabilisé depuis décembre 2008. Cependant, le patient est revenu en contrôle le 8 janvier 2009 et le 27 juillet 2009 (il est conseillé de faire un contrôle bisannuel) ».
7. Dans un arrêt du 23 novembre 2010, le TCAS, ayant mené l'instruction demandée par le Tribunal fédéral, a partiellement admis le recours interjeté par l'assuré contre la décision du 6 février 2008 et confirmé que l'OAI devait prendre en charge le montant de la note d'honoraires de la Dresse B\_\_\_\_\_ relatif à la consultation du 25 novembre 2006. Il en a jugé autrement pour la consultation du 12 décembre 2006, considérant que celle-ci n'était en lien avec aucune mesure médicale de réadaptation prise en charge par l'assurance-invalidité.
8. Par courrier du 28 septembre 2014, l'assuré a sollicité de l'OAI la prise en charge de consultations médicales ophtalmologiques, au titre de mesures médicales de réadaptation, portant sur des examens effectués par la Dresse B\_\_\_\_\_ pour le contrôle de la pression intraoculaire sur demande du professeur C\_\_\_\_\_, et un contrôle du nerf optique pratiqué le 26 août 2014 par le centre ophtalmologique de Rive à la demande de la Dresse B\_\_\_\_\_.

9. L'OAI a transmis le 23 septembre 2015 un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel sa demande était rejetée, au motif que les examens pratiqués ne pouvaient être qualifiés de mesures médicales. Ils ne pouvaient être assimilés ni à un acte chirurgical, ni à un acte physiothérapeutique ou encore psychothérapeutique, et n'étaient pas non plus liés à une mesure d'instruction ordonnée par l'AI. L'OAI a préalablement rappelé que l'assuré n'avait plus droit à des mesures médicales de traitement, mais uniquement à des mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI, conformément à l'arrêt rendu par le TCAS du 23 novembre 2010.

10. L'assuré s'est opposé le 26 octobre 2015 à ce projet de décision. Il considère que sa demande entre dans la catégorie des mesures médicales de réadaptation, soit des prestations de soins nécessaires au maintien de sa capacité de gain.

Il rappelle que les consultations dont la prise en charge est demandée, visent à assurer un suivi faisant suite à l'opération remboursée par l'OAI en 2008. Il ajoute que la liste à l'art. 2 al. 2 RAI de mesures médicales de réadaptation étant exemplative, elle n'exclut pas les prestations dont la prise en charge est demandée.

11. Par décision du 28 octobre 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision.

12. L'assuré a interjeté recours le 30 novembre 2015 contre ladite décision. Il rappelle que les interventions de 1979 constituaient des mesures médicales de réadaptation, que celles de 2008 s'inscrivaient dans le prolongement de ces mesures et que les factures, dont il a demandé le remboursement à l'OAI, sont incontestablement liées aux interventions de 1979 et de 2008.

Il considère que le traitement médicamenteux de la surpression oculaire prescrit par la Dresse B\_\_\_\_\_ constitue une mesure médicale de réadaptation, dans la mesure où la surpression est liée à son infirmité congénitale et où son traitement permet de prévenir des atteintes irréversibles de son acuité visuelle et, partant, de préserver sa capacité de gain (art. 12 LAI et 2 al. 1 RAI).

13. Dans sa réponse du 4 janvier 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours.

14. Le 22 février 2016, l'assuré a produit un certificat établi par la Dresse B\_\_\_\_\_ le 25 janvier 2016, laquelle pose les diagnostics suivants :

« - cataracte congénitale

- aphakie post-opératoire (opération en 1979 Prof. D\_\_\_\_\_)

- nystagmus bilatéral

- implantation II (OG : le 30.06.2008, OD : le 14.07.2008 Prof. D\_\_\_\_\_)

- amblyopie relative. Acuité visuelle OD : 0,4 p 3/5 avec -3 = -1,25/30°, OG : 0,25 avec -1,5 = -0,5/110°

- hypertension oculaire depuis août 2014 (à noter plusieurs épisodes de tension oculaire élevée, transitoires dans les périodes post-opératoires), OCT

papillaire anormal. Début du traitement antiglaucomateux en décembre 2014 ».

La Dresse B\_\_\_\_\_ a précisé que « cette hypertonie oculaire est un phénomène fréquemment rencontré suite aux opérations pratiquées et peut être considéré comme une conséquence directe. Un traitement antiglaucomateux doit être entrepris pour ne pas compromettre une acuité visuelle déjà fortement diminuée suite à la cataracte congénitale ».

L'assuré en déduit que le lien de connexité avec l'infirmité congénitale est établi et que le traitement prescrit et suivi constitue bien une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 al. 1 aLAI applicable au cas d'espèce.

15. Dans sa réponse du 7 avril 2016, l'OAI, considérant que les éléments apportés par l'assuré dans son écriture du 22 février 2016 n'étaient pas de nature à modifier son appréciation du cas, a maintenu ses conclusions.
16. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) 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. a. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, 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 343 consid. 3).

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). 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; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

b. En l'espèce, la décision litigieuse du 28 octobre 2015 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss et 38 al. 1 LPGA).
4. Le litige porte sur la prise en charge de consultations médicales ophtalmologiques, au titre de mesures médicales de réadaptation, portant sur des examens effectués par la Dresse B\_\_\_\_\_ pour le contrôle de la pression intraoculaire et un contrôle du nerf optique pratiqué le 26 août 2014 par le centre ophtalmologique de Rive.
5. L'art. 8 al.1 LAI prévoit que 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.
6. Selon l'art. 12 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 (ci-après art. 12 aLAI), l'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 ou à la réadaptation en vue de l'accomplissement des travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable.

Depuis la 5<sup>e</sup> révision de LAI, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'art. 12 al. 1 LAI fixe désormais une limite d'âge, 20 ans, au-delà duquel les mesures médicales de réadaptation ne sont plus à la charge de l'assurance-invalidité.

À noter toutefois que, selon la lettre circulaire de l'OFAS n° 253 du 12 décembre 2007 relative au droit transitoire dans le cadre de la 5<sup>e</sup> révision, si le cas d'assurance se déclare avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assurance-invalidité reste tenue de fournir des prestations même aux personnes assurées de plus de vingt ans, que la mesure soit accomplie en 2008 seulement ou avant, et indépendamment de la date de dépôt de la demande (pour autant que cette dernière soit faite dans les douze mois à compter de la survenance du cas). En ce qui concerne des moyens auxiliaires, tels que les lunettes notamment, compléments essentiels aux mesures médicales de réadaptation, leur coût est également pris en charge après le 1<sup>er</sup> janvier 2008, à condition que la mesure médicale de réadaptation initiale ait été ou doive encore être prise en charge par l'assurance-invalidité (survenance du cas d'assurance pour la mesure médicale de réadaptation antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Il sied encore de préciser que lors des travaux préparatoires ayant précédé la 5<sup>e</sup> révision de l'AI, il avait été question de supprimer l'art. 12 LAI en raison des difficultés posées par la délimitation entre mesures médicales liées à la réadaptation professionnelle et le traitement de l'affection (message relatif à la 5<sup>e</sup> révision de la LAI, p. 4295). En effet, 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.1).

Par « traitement de l'affection comme telle », la loi désigne 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 originaire 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 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. En règle générale, l'assurance-invalidité ne prend en charge que des mesures qui sont propres à éliminer ou à corriger des états stables défectueux ou des pertes de fonction, pour autant qu'on puisse en attendre une amélioration durable et importante au sens de l'art. 12 al. 1<sup>er</sup> LAI (ATF 120 V 279 consid. 3a). De plus, 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'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 277 consid. 3a; ATF 115 V 191 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_850/2011 du 5 avril 2012 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.1).

La Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) publiée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) précise au chiffre 54 que l'assurance-invalidité peut exceptionnellement prendre en charge des mesures médicales de réadaptation selon l'art. 12 LAI, alors même qu'il n'existe pas encore d'état stabilisé ou relativement stabilisé, lorsqu'on peut s'attendre avec une certitude suffisante à ce que les mesures préconisées permettent d'éviter la menace ultérieure de graves séquelles stabilisées difficilement corrigibles susceptibles d'influencer d'une manière importante la capacité de gain ou la formation professionnelle (art. 8 al. 2 LPGA; art. 5 al. 2 LAI). Cependant, il doit exister une atteinte à la santé. La prophylaxie des maladies proprement dite ainsi que les

mesures qui se bornent à repousser le moment de l'installation d'un état stabilisé sont toutefois exclues.

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). Un succès est considéré comme important au sens de cette disposition s'il atteint un niveau considérable dans un laps de temps déterminé. L'AI n'a pas à prendre en charge des mesures qui n'entraîneront qu'une amélioration insignifiante de la capacité de gain. Cela suppose aussi que l'assuré présente encore une capacité de gain importante qu'il s'agit de préserver d'une diminution notable, car, dans les limites de l'art. 12 LAI, la loi ne couvre pas des mesures destinées à préserver une capacité de gain résiduelle de peu d'importance et aléatoire. La question de l'importance du succès de la réadaptation dépend aussi de la gravité de l'infirmité, d'une part, ainsi que du genre d'activité exercée ou entrant en considération dans le cadre de la meilleure adaptation possible, d'autre part (ATF 122 V 80 consid. 3b/cc; ATF 115 V 199 consid. 5a et 200 consid. 5c références citées = RCC 1990 p. 209).

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 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 411/99 du 25 janvier 2000).

Il n'appartient pas à l'assurance-invalidité de prendre en charge des traitements sans durée déterminée, qui n'ont pour effet que de différer le moment de la survenance

---

d'un état défectueux stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances cause I 653/01 du 6 août 2002 consid. 2.3). Toutefois, les conditions de l'art. 12 al. 1 LAI sont remplies lorsque les mesures envisagées sont de nature à empêcher qu'un état défectueux stabilisé ne s'installe. Malgré le caractère encore labile de l'affection, l'octroi d'une mesure médicale peut être justifiée lorsqu'il est à prévoir que, sans celle-ci, se produirait dans un proche avenir une guérison « avec défaut » ou un état défectueux stabilisé qui empêcherait probablement la formation professionnelle ou l'exercice d'une activité lucrative. ( ATF 131 V 9 consid. 4.2 p. 21; RCC 1984 p. 523 consid. 1).

Quant à l'art. 13 LAI, il dispose que les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGA) jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1<sup>er</sup>). Le Conseil fédéral établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2). Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

7. En vertu de l'art. 21 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit 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. Les frais de prothèses dentaires, de lunettes et de supports plantaires ne sont pris en charge par l'assurance que si ces moyens auxiliaires sont le complément important de mesures médicales de réadaptation.
8. En l'espèce, l'assuré souffre depuis toujours d'une cataracte bilatérale congénitale. Il est âgé de 36 ans à la date à laquelle la décision litigieuse a été rendue, il n'a dès lors plus droit aux mesures médicales de traitement ; seules les mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 aLAI entrent en ligne de compte. Il s'agit, partant, de déterminer si les consultations dont la prise en charge est demandée constituent ou non des mesures médicales de réadaptation.
9. L'OAI considère que tel n'est pas le cas, dès lors que les factures produites par l'assuré ne peuvent être assimilées à un acte chirurgical, à un acte physiothérapeutique ou encore psychothérapeutique. De plus, elles ne sont vraisemblablement pas liées à une mesure d'instruction ordonnée par l'AI.
10. Selon l'assuré, les examens effectués par la Dresse B\_\_\_\_\_, concernant le contrôle de la pression intraoculaire, faisaient suite à différents contrôles effectués par le Prof. C\_\_\_\_\_ le 22 juillet 2014 à l'hôpital ophtalmique de Lausanne consécutivement à l'opération d'implantation secondaire bilatérale après cataracte ordonnée par l'AI fin 2007. La Dresse B\_\_\_\_\_ l'a envoyé procéder à un contrôle du nerf optique au centre ophtalmologique de Rive, car elle estimait que les examens de la pression qu'elle avait effectués à différents moments de la journée ne suffisaient pas. Ainsi les consultations visaient à assurer le suivi de la situation suite à l'opération prise en charge par l'AI en 2008.

11. Sont considérés comme des 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 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 en l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 1 RAI).
12. L'assuré a été opéré le 16 mai 1979. Le 14 novembre 1979, il a subi une dissection d'une membrane secondaire (cataracte secondaire) et une implantation secondaire de lentille intraoculaire à gauche et à droite en 2008.

L'opération de la cataracte et celle de l'ablation de la membrane (cataracte secondaire) sont des mesures médicales de réadaptation de l'assurance-invalidité (ch. 661/861.4 circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI, ci-après : CMRM).

Elles ont d'ailleurs été qualifiées comme telles par le Tribunal fédéral pour autant qu'elles aient pour but la réadaptation de l'assuré (voir notamment ATF 103 V 11).

En l'occurrence, dans son arrêt du 23 novembre 2010, le TCAS a considéré que les opérations de la cataracte et de la cataracte secondaire, effectuées en 1979, devaient être qualifiées de mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

Les interventions subies en 2008 ont également été prises en charge par l'OAI.

Il s'agit de déterminer si les factures dont l'assuré demande le remboursement présentent un lien de connexité incontestable avec les mesures médicales de réadaptation ordonnées.

Force est de constater que l'OAI n'a mené aucune instruction à cet égard.

Il est vrai que la Dresse B\_\_\_\_\_ a précisé, le 25 janvier 2016, que l'hypertonie oculaire constatée en août 2014 et ayant nécessité un contrôle de la pression intraoculaire du nerf optique est « un phénomène fréquemment rencontré suite aux opérations pratiquées et peut être considéré comme une conséquence directe. Un traitement antiglaucomateux doit être entrepris pour ne pas compromettre une acuité visuelle déjà fortement diminuée suite à la cataracte congénitale ».

Il aurait toutefois été utile de disposer d'un rapport du Prof. C\_\_\_\_\_ plus particulièrement pour déterminer si l'hypertonie oculaire est liée à l'infirmité congénitale dont est atteint l'assuré, si son traitement permet de prévenir un endommagement plus grand de son acuité visuelle et en même temps de préserver sa capacité de gain.

La chambre de céans n'est en conséquence pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier.

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des

investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

14. Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.
15. Dès lors que le recourant n'est assisté d'aucun mandataire et que la procédure n'a engendré aucun frais particulier pour lui, il n'y a pas lieu de lui octroyer des dépens. Succombant dans la présente procédure, l'OAI sera condamné au versement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 28 octobre 2015.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
5. 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 GALEAZZI

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