

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4600/2008

ATAS/1139/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 16 septembre 2009

En la cause

Monsieur L_____, domicilié à LAUPEN

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur L_____, né en 1950, travaillait comme enseignant à l'Ecole secondaire auprès du Département de l'instruction publique à Genève, depuis le 1^{er} septembre 1985.
2. Depuis 2000, l'assuré a subi de nombreuses incapacités de travail et s'est finalement retrouvé en incapacité de travail à 100 % depuis le 5 novembre 2000, pour notamment des lombalgies chroniques invalidantes, un état dépressif sévère avec burn-out, des cervico-brachialgies à répétition, une cécité gauche et diverses opérations des membres supérieurs et inférieurs. Il est au bénéfice de prestations de l'assurance militaire pour les suites d'un accident.
3. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) en date du 18 février 2004.
4. Par rapport du 8 juin 2004, le Dr A_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a diagnostiqué une cataracte de l'œil gauche et un colobome de l'iris de l'œil gauche, présent depuis la naissance. Lors de l'opération de la cataracte le 22 avril 2004, l'iris a été suturé. L'état de santé du patient s'aggravait et il avait besoin de lunettes.
5. Dans un rapport médical intermédiaire du 10 octobre 2005, le Dr A_____ a précisé que le patient était gêné par le colobome de l'œil gauche et qu'il était en train d'essayer une lentille de contact cosmétique pour éviter les éblouissements.
6. Le 29 décembre 2005, l'assuré a sollicité la prise en charge par l'AI de son problème à 100 %, à savoir d'une malformation de l'œil gauche.
7. L'OCAI a mandaté le SMR Suisse romande pour un examen rhumatopsychiatrique. L'assuré a été examiné le 25 novembre 2005 par le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et le Dr C_____, psychiatre FMH. Dans leur rapport du 31 juillet 2006, les médecins ont diagnostiqué des cervicalgies chroniques sur trouble dégénératif avancé et trouble statique, des lombo-sciatalgies gauches chroniques sur trouble dégénératif, des troubles de la vision sous forme de diplopie et vision multiple ; sur le plan psychiatrique, un trouble obsessionnel compulsif avec pensées ou ruminations obsédantes au premier plan, et des troubles dépressifs récurrents, épisode moyen à sévère, épisode actuel moyen. Les médecins ont conclu à une incapacité totale de travail depuis novembre 2002, dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée.
8. Le 6 janvier 2006, l'assuré a transmis à l'OCAI l'ordonnance du Dr A_____ du 2 juin 2005 ainsi que la facture de l'opticien relative à la lentille de contact - côté gauche.

9. Par décision du 6 mars 2007, l'OCAI a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 100 % et lui a octroyé une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2003, assortie d'une rente complémentaire pour épouse et pour enfant.
10. Le 12 mars 2007, l'OCAI a transféré le dossier de l'assuré à l'Office AI du canton de Zurich, l'assuré ayant quitté le canton de Genève. L'OCAI a signalé à l'Office AI du canton de Zurich qu'une révision de la rente était prévue pour septembre 2009.
11. Le 25 juin 2008, l'assuré a téléphoné à l'OCAI de Genève, faisant remarquer que sa demande de prise en charge d'une opération de la cataracte effectuée le 21 juillet 2005 pour un montant de 1'170 fr. n'avait toujours pas été traitée. Le 4 juillet 2008, l'OCAI a informé l'assuré qu'il reprenait l'instruction de sa demande de mesures médicales.
12. Par rapport du 14 juillet 2008, le Prof. D_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a indiqué que le patient présentait une baisse bilatérale de l'acuité visuelle, à savoir 0,7 pour l'œil droit, 0,3 pour l'œil gauche, avec correction, d'un rétrécissement concentrique bilatéral du champ visuel (colobome irien nasal supérieur gauche congénital). Le médecin indique que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis 2004, que le bilan neurologique du 25 mai 2006 était normal. Le patient n'a plus été revu en ophtalmologie depuis le 3 mai 2006. Le Professeur D_____ a relevé que le patient présentait une « incapacité de 100 % depuis ? ». Il ne s'est pas prononcé sur les limitations dues à l'état de santé.
13. Dans un avis médical du 26 août 2008, le SMR Suisse romande relève que l'opération de la cataracte est en principe prise en charge par l'AI, mais étant donné que l'assuré est invalide à 100 % avec une rente entière depuis 2003 pour des raisons psychiatriques et rhumatologiques, on ne peut admettre que l'opération de l'œil effectuée en 2005 permettra d'améliorer sa capacité de travail. S'agissant du colobome, les consultations ne sont pas à charge de l'AI car les conséquences de la malformation entraînent un trouble labile et une nouvelle opération ne va pas lui permettre de recouvrer une capacité de travail. Concernant l'éblouissement, une prise en charge de lunettes spéciales aurait pu être envisagée, mais ces moyens doivent améliorer notablement la capacité visuelle, ce qui n'est pas le cas ici. Le SMR a conclu au refus de prestations.
14. Par projet de décision du 29 août 2008, l'OCAI a informé l'assuré qu'elle refusait la prise en charge de mesures médicales, pour les motifs indiqués par le SMR.
15. Par courrier du 12 septembre 2008, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, relevant que son état général s'était encore aggravé, que d'autres problèmes importants sont apparus pour lesquels il est en traitement à la Höhenklinik à Wald. Il a produit un certificat médical du Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne, daté du 2 octobre 2008, ainsi qu'un rapport de la Dresse F_____-. Cette

dernière a diagnostiqué une récurrence de l'épisode dépressif de degré moyen, des troubles du sommeil, un colobome congénital de l'œil gauche, des douleurs chroniques récurrentes et un lumbago chronique récurrent depuis environ 1998.

16. Le 27 octobre 2008, le SMR a rendu un avis aux termes duquel les rapports produits par le recourant ne changent rien, dès lors que les mesures médicales ne sont pas prises en charge pour les affections labiles, ni pour des traitements qui ne peuvent améliorer la capacité de travail.
17. Par décision du 11 novembre 2008, l'OCAI a refusé la prise en charge de l'opération de la cataracte.
18. Par acte daté du 10 décembre 2008, posté le 12 décembre 2008, l'assuré interjette recours contre cette décision. Il relève que la décision de l'AI concerne principalement le refus de prise en charge de l'opération de la cataracte, alors qu'il a toujours demandé le paiement de la facture pour une lentille spéciale qui était nécessaire après l'opération du colobome. Il avait également demandé le remboursement de la facture du 21 juillet 2005, ou d'envoyer l'original de la facture avec la prescription au GROUPE MUTUEL, mais il n'a pas obtenu de réponse. Il souligne aussi que dans son opposition au projet de décision, il avait informé l'OCAI avoir pris des rendez-vous auprès des médecins, notamment avec l'ophtalmologue et le chirurgien, le 12 novembre 2008. Cependant, l'OCAI n'a pas attendu les rapports pour rendre sa décision.

Le recourant conclut au remboursement de la facture du 21 juillet 2005 par l'OCAI, ou qu'elle envoie enfin l'original de cette facture au GROUPE MUTUEL, ainsi que « du temps qui permet à l'AI de rouvrir son dossier, du temps pour les médecins, la protection juridique et lui ».

19. Dans sa réponse du 12 mars 2009, l'OCAI relève que l'assuré a subi une intervention pour une cataracte de l'œil gauche en avril 2004, et c'est la question de la prise en charge de cette intervention qui fonde sa décision du 11 novembre 2008. Cela étant, l'OCAI constate que dans le cadre de la décision précitée, il s'est également positionné relativement à l'intervention pour le colobome. Finalement, s'agissant de la prise en charge d'une lentille spéciale pour l'œil gauche, l'OCAI relève que les frais de lunettes ne sont pris en charge par l'assurance que si ces moyens auxiliaires sont le complément important de mesures médicales de réadaptation. En l'occurrence, une lentille spéciale ne peut pas être allouée au recourant au titre de complément important à des mesures médicales de réadaptation car il ne remplit pas les conditions s'agissant tant de la cataracte que du colobome. Pour le surplus, l'OCAI se réfère à sa décision et conclut au rejet du recours.
20. Par réplique du 16 avril 2009, le recourant relève que l'OCAI a refusé la prise en charge d'une opération de la cataracte, ce qu'il n'avait jamais demandé. Il avait en

effet sollicité la prise en charge d'une lentille spéciale dont il avait envoyé la facture originale du 21 juillet 2005 à l'AI, laquelle avait pour but de corriger uniquement l'affection congénitale. Il souhaite que cette facture soit remboursée par l'AI ou qu'elle envoie enfin l'original de cette facture au GROUPE MUTUEL.

21. Dans ses observations du 12 mai 2009, l'OCAI se réfère à ses précédentes écritures et conclut au rejet du recours.
22. Le Tribunal a informé les parties, en date du 19 mai 2009, que la cause était gardée à juger.
23. Le 25 mai 2009, le recourant s'est insurgé contre la façon scandaleuse avec laquelle l'OCAI a traité son cas. Il conclut au remboursement de la facture du 31 juillet 2005 par l'AI ou au moins que l'intimé envoie l'original au Groupe Mutuel.
24. Cette écriture a été communiquée à l'OCAI le 28 mai 2009.

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 applicable au cas d'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 sv. consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).
3. Interjeté dans la forme et le délai légal, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. Le recourant ne conteste pas le refus de prise en charge de l'opération de la cataracte, qu'il n'avait en réalité jamais demandée. L'objet du litige ne porte plus que sur la prise en charge de la lentille spéciale, selon facture du 31 juillet 2005, pour le montant de 1'170 fr.
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).

Selon l'art. 21 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, 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. 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.

La liste des moyens auxiliaires contenue à l'art. 21 LAI fait l'objet d'une ordonnance du département fédéral de l'intérieur (art. 14 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI; RS 831.201). Conformément à cette délégation, le département a édicté l'ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité, du 19 novembre 1976 (OMAI; RS 831.232.51). 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).

L'annexe à l'OMAI mentionne sous chiffre 7.01* les lunettes et sous chiffre 7.02* les verres de contact s'ils doivent nécessairement remplacer des lunettes, pour autant qu'elles constituent le complément important de mesures médicales de réadaptation (cf. aussi l'art. 21 al. 1, seconde phrase, LAI).

La jurisprudence considère comme des lunettes au sens de l'art. 21 al. 1, seconde phrase, LAI et ch. 7.01* de l'annexe à l'OMAI tout appareil optique, fixé directement devant l'oeil déficient, qui améliore la vision par un effet de lentille (ATF 98 V 43 consid. 2; arrêt non publié G. du 9 décembre 1996, I 26/96). En revanche, des lunettes de protection contre le rayonnement, munies de verres filtrants et qui diminuent l'éblouissement par l'absorption des rayons ultra-violet et favorisent l'adaptation au rayonnement et à l'obscurité, n'ont pas pour fonction d'améliorer la vision par l'effet de lentilles et, partant, ne constituent pas des lunettes au sens de l'art. 21 al. 1, seconde phrase, LAI (arrêt G., déjà cité).

6. En l'espèce, force est de constater que la lentille cosmétique prescrite au recourant, destinée à le protéger des éblouissements, ne peut être considérée comme des lunettes ou verres de contact tels que définis par la jurisprudence exposée ci-dessus et qu'en outre, elle ne constitue pas le complément important de mesures médicales de réadaptation. Partant, la lentille n'est pas à charge de l'assurance-invalidité.

S'agissant de la facture de l'opticien, il appartient à l'intimé, dans la mesure où le recourant la lui aurait bien remise en original, de la lui restituer.

7. Mal fondé, le recours est rejeté.
8. Le Tribunal de céans renonce à percevoir un émolument au sens de l'art. 69al. 1bis LAI, compte tenu des circonstances du cas d'espèce.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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