

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/740/2008

ATAS/671/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 3 juin 2008

En la cause

Monsieur M_____, domicilié au Grand-Lancy, CH

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur M_____, est atteint d'une cataracte congénitale bilatérale. Il a été mis au bénéfice de différentes prestations AI.

L'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) lui a plus particulièrement accordé la prise en charge des frais d'achat de lunettes et de lentilles de contact.

2. Le 24 août 2007, la Dresse A_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a adressé à l'OCAI une note d'honoraires relative à des consultations des 25 novembre et 15 décembre 2006, nécessaires à la prescription de nouvelles lentilles et de lunettes double foyer.
3. Le 3 décembre 2007, l'OCAI a transmis à l'assuré un projet de décision aux termes duquel le remboursement des frais de consultations ophtalmologiques était refusé, étant précisé que les factures précédemment remboursées l'avaient été à tort.
4. Le 22 janvier 2008, l'assuré a contesté le projet de décision. Il se plaint de ce que l'OCAI n'ait pas motivé son refus avant le 3 décembre 2007, alors que par courrier du 16 août 2007 et mémo du 27 septembre 2007, le refus avait d'ores et déjà été communiqué. Il considère qu'il a droit à la prise en charge de ses frais de consultations sur la base de l'art. 21 LAI, rappelle que tel avait été le cas jusqu'alors et ne voit pas dans ces conditions pour quelle raison il devrait soudain en aller différemment pour les consultations médicales.
5. Par décision du 6 février 2008, l'OCAI a confirmé son projet. Il précise que les art. 21 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI) et 14 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI) ainsi que l'ordonnance du 29 novembre 1976 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (OMAI) ne prévoient pas la possibilité de prendre en charge des traitements médicaux en lien avec des moyens auxiliaires. D'autre part les conditions permettant la prise en charge d'une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI ne sont pas remplies.
6. L'assuré a interjeté recours le 6 mars 2008 contre ladite décision. Il conclut au remboursement de la facture de la Dresse A_____ pour les consultations des 25 novembre et 12 décembre 2006, à ce qu'il soit dit que les frais de consultations d'ophtalmologie dans le cadre du renouvellement des lentilles ainsi que de lunettes octroyées par l'AI en application de l'art. 21 LAI sont prises en charge par l'AI, ainsi qu'à l'octroi de dépens.
7. Dans sa réponse du 16 avril 2008, l'OCAI a proposé le rejet du recours.
8. Son courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 6 février 2008 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2006, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le droit de l'OCAI de refuser de rembourser la note d'honoraires de la Dresse A_____, ophtalmologue, pour des consultations en lien avec un moyen auxiliaire pris en charge par l'AI.
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). L'assurance prend en charge les moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat et les remet en toute propriété ou en prêt (al. 3, première phrase, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). L'assuré supporte les frais supplémentaires d'un autre modèle (al. 3, deuxième phrase).

6. Selon l'art. 14 RAI, la liste des moyens auxiliaires visés à l'art. 21 LAI fait l'objet d'une ordonnance du Département fédéral de l'intérieur, soit l'ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'AI - OMAI.

Les frais de lunettes, si elles constituent le complément important de mesures médicales de réadaptation, ainsi que les verres de contact, s'ils doivent nécessairement remplacer des lunettes et constituent le complément important de mesures médicales de réadaptation, sont ainsi pris en charge par l'AI conformément au chiffres 7.01 et 7.02 de la liste des moyens auxiliaires figurant en annexe de ladite ordonnance.

7. En l'espèce, l'assuré s'est vu octroyer par l'AI des lentilles de contact et des lunettes à titre de moyens auxiliaires.
8. Selon la circulaire concernant la remise des moyens auxiliaires par l'AI publiée par l'Office fédéral des assurances sociales - OFAS, la remise de tous les moyens auxiliaires ne s'effectue que sur prescription médicale de l'ophtalmologue qui se prononce le cas échéant sur la nécessité de recourir à une qualité de verres plus coûteuse ou à des verres teintés (cf. chiffres 7.01.4 et 7.02.4).

La prise en charge des coûts comprend les verres, la monture et le montage, à l'exception des étuis de lunettes et de lentilles de contact qui ne peuvent être remboursés qu'à l'occasion de la première remise (chiffre 7.01.7).

Force est de constater, à l'instar de l'OCAI, que ni la loi, ni le règlement, ni l'ordonnance ne mentionnent la prise en charge de la consultation de l'ophtalmologue.

Il est vrai qu'en cas de lacune, le juge a la possibilité d'intervenir et de faire œuvre de législateur. Il faut toutefois qu'il s'agisse d'une véritable ou authentique lacune (lacune proprement dite). Une telle lacune suppose que le législateur s'est abstenu

de régler un point qu'il aurait dû régler et qu'aucune solution ne se dégage du texte ou de l'interprétation de la loi. Si le législateur a renoncé volontairement à codifier une situation qui n'appelait pas nécessairement une intervention de sa part, son inaction équivaut à un silence qualifié. Quant à la lacune improprement dite, elle se caractérise par le fait que la loi offre certes une réponse mais que celle-ci est insatisfaisante. D'après la jurisprudence, seule l'existence d'une lacune authentique appelle l'intervention du juge, tandis qu'il lui est en principe interdit, selon la conception traditionnelle, de corriger les lacunes improprement dites, à moins que le fait d'invoquer le sens réputé déterminant de la norme ne soit constitutif d'un abus de droit, voire d'une violation de la Constitution (ATF 125 III 427 consid. 3a et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 41 consid. 4b/cc et 124 V 348 consid. 3b/aa).

9. Tel n'est manifestement pas le cas en l'espèce. Aussi la décision aux termes de laquelle l'OCAI a refusé le remboursement de la note d'honoraires du médecin doit-elle être confirmée, ce quand bien même il s'agit-là de la consultation médicale nécessaire à la prescription du moyen auxiliaire en charge par l'AI. Le recours ne peut ainsi être que rejeté.
10. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
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); 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

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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