



Droit et handicap

numéro 2/04 juin 2004

Sommaire:

1. Quels sont les traitements dentaires pris en charge par l'assurance obligatoire des soins?
2. AI: Jurisprudence concernant les moyens auxiliaires et mesures médicales

Auteur: Georges Pestalozzi-Seger (1. -2.)

Quels sont les traitements dentaires pris en charge par l'assurance obligatoire des soins?

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal le 1.1.1996, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les frais de soins dentaires sous certaines conditions, formulées de manière exhaustive dans la loi et l'ordonnance. La révision de la LAMal avait alors permis de combler une importante lacune du système de sécurité sociale. Or, il se trouve que les nouvelles normes ont également suscité un certain nombre de questions d'interprétation et de délimitation qui, régulièrement, occupent les tribunaux et font l'objet de demandes adressées à notre Service juridique. Dans cet article, nous proposons un bref résumé des principes légaux valables en la matière et citons toute une série de jugements rendus dans le cadre de cette thématique.

Les soins dentaires pris en charge par l'assurance

La loi et l'ordonnance obligent les assurances-maladie à prendre en charge les coûts des soins dentaires dans les 5 cas suivants:

- lorsqu'une personne présente des lésions du système de la mastication causées par un accident contre lesquelles elle n'est pas assurée selon la LAA (art. 31 al. 2 LAMal);
- lorsque le traitement est occasionné par une infirmité congénitale non couverte par l'assurance-invalidité parce que la personne concernée ne satisfait pas à la clause d'assurance de la LAI ou qu'elle a déjà atteint l'âge de 20 ans (art. 27 LAMal; art. 19a OPAS);
- lorsque les soins sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (art. 31 al. 1 LAMal; art. 17 OPAS);
- lorsque les soins sont occasionnés par une maladie grave ou ses séquelles (art. 31 al. 1 LAMal; art. 18 OPAS);
- lorsque les soins sont nécessaires pour réaliser et garantir certains traitements médicaux (art. 31 al. 1 LAMal; art. 19 OPAS).

Catalogue exhaustif des prestations

Dans le cadre de l'ordonnance, il a été renoncé à préciser plus en détails la première catégorie (soins occasionnés par un accident); en revanche, en ce qui concerne les 4 autres catégories, le Département fédéral de l'intérieur a dressé une liste détaillée des infirmités congénitales ainsi que des maladies du système de la mastication et autres maladies graves pouvant donner lieu à une prise en charge de soins dentaires, resp. des soins dentaires nécessaires pour réaliser et garantir les traitements médicaux remboursés par la caisse-maladie. Cette liste est à considérer comme exhaustive, tel que l'a périodiquement constaté le Tribunal fédéral des assurances dans plusieurs jugements: lorsqu'une maladie n'y figure pas, elle n'est pas prise en charge. C'est pourquoi le TFA a p. ex. refusé d'admettre une obligation de prise en charge de la part des caisses-maladie en cas de lésions de l'émail dentaire consécutives à une „hernie hiatale par glissement associée à une œsophagite par reflux“ (124 V 185), de même qu'en cas de gingivite chronique consécutive à un diabète sucré (124 V 347). Par ailleurs, le tribunal n'a pas admis non plus l'obligation de prise en charge par l'assurance des frais d'assainissement des amalgames dentaires (125 V 278).

La notion de soins dentaires

Dans deux jugements plus récents, le TFA s'est en outre prononcé sur la question de la délimitation entre soins „dentaires“ et soins „médicaux“: selon le tribunal, toutes les mesures d'ordre thérapeutique mises en œuvre au niveau du système masticatoire (dents, appareils de soutien de la dent, ainsi que les parties d'organes destinées à servir de support de moyens prothétiques) sont à considérer comme des soins dentaires; un autre critère essentiel, a-t-il ajouté, réside en outre dans la finalité de la mesure thérapeutique qui se détermine selon la partie du corps ou la fonction immédiatement visée par le traitement: si la mesure thérapeutique a pour but principal d'améliorer les capacités masticatoires, précise le tribunal, la mesure est à qualifier de traitement „dentaire“, sinon il s'agit d'un traitement médical.

Se fondant sur ces principes, le TFA a estimé que l'ablation d'une modification pseudotumorale des muqueuses, située au niveau de la cavité buccale de la paroi de la joue, est à qualifier de traitement médical, et ce même lorsque l'intervention est pratiquée par un dentiste (jugement du 28.3.2002; 128 V 135). De la même manière, le TFA a qualifié de soins médicaux la mise en place par un dentiste d'une gouttière dentaire dont le but n'est pas d'améliorer la fonction dentaire lors de la mastication de la nourriture, mais de décharger les articulations arthrosiques de la mâchoire (arrêt du 22.4.2002; 128 V 143): dans ce cas, le TFA a accordé une plus grande importance à la fonction thérapeutique qu'au fait que la gouttière dentaire a dû être fixée sur le système masticatoire.

Les dispositions applicables dans les deux cas mentionnés n'étaient en fait pas celles concernant les soins „dentaires“ (art. 31 LAMal, art. 17-19a OPAS), mais celles des principes généraux concernant les traitements médicaux. Dans ce contexte, le TFA a en outre précisé que les dentistes, pratiquant des soins médicaux au niveau de la cavité buccale qui ne constituent pas des mesures de médecine dentaire au sens étroit, même s'ils sont mis en œuvre presque exclusivement par des dentistes, sont reconnus en tant que prestataires de service à part entière. C'est pourquoi la caisse-maladie a été obligée, dans les deux cas, de rembourser les frais occasionnés par ces traitements.

Traitement d'une infirmité congénitale par le dentiste

Dans un jugement du 19.12.2002 (129 V 80), le TFA s'est récemment penché sur la question de savoir si l'art. 19a OPAS dispose d'une base légale suffisante. Cet article énumère au total 53 infirmités congénitales dans le cadre desquelles les traitements dentaires sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. La question de principe a été déclenchée suite au refus de la caisse-maladie Concordia de financer, chez une personne âgée de plus de 30 ans, les frais occasionnés par le traitement d'une „prognathie inférieure congénitale“ (malposition congénitale de la mâchoire inférieure), et suite au soutien de cette décision - fait surprenant - par le tribunal des assurances du canton de St. Gall.

Le TFA a constaté que les bases légales sur lesquelles s'appuie la disposition de l'ordonnance de l'art. 19a OPAS manquaient effectivement un peu de clarté; il a précisé que même si l'art. 27 LAMal créait les conditions pour que les infirmités congénitales soient assimilées aux maladies du point de vue de la prise en charge, cet article seul ne permettait en revanche pas d'étendre l'obligation de prise en charge aux cas non énumérés dans l'art. 31 al. 1 LAMal. Le TFA a laissé en suspens la question de

savoir si l'ensemble des infirmités congénitales citées dans l'art. 19a OPAS remplissaient vraiment les critères stipulés par l'art. 31 al. 1 LAMal. Dans le cas d'une „prognathie inférieure congénitale“, le tribunal a cependant admis en toute clarté l'existence d'une „maladie grave et non évitable du système de la mastication“ (art. 31 al. 1a LAMal). Vu que le TFA a en outre estimé, contrairement à la Concordia, que le traitement prévu (implant au niveau de la mâchoire supérieure avec des implants compensatoires au niveau distal) remplissait les critères de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité, la caisse-maladie a été obligée de prendre en charge les frais liés à cette intervention.

Malgré la satisfaction que suscite ce jugement dans le cas concret, il en résulte néanmoins une grande incertitude dans le domaine des soins dentaires dispensés aux personnes atteintes d'infirmités congénitales. Si le législateur ne crée pas des bases plus claires, cela nécessite que le DFI soumette l'art. 19a OPAS à un examen approfondi et en communique les résultats de manière compréhensible; sinon, d'autres cas seront inévitablement portés devant les tribunaux pour y être clarifiés.

La question du caractère économique des soins

L'économicité des traitements dentaires, souvent onéreux, donne fréquemment lieu à des litiges portés jusque devant le TFA. Nous citons l'exemple d'une femme âgée de 24 ans issue du canton du Valais ayant demandé à sa caisse-maladie de prendre en charge le traitement rendu nécessaire par une „parodontite juvénile progressive“. Aussi bien la Mutuelle Valaisanne que le tribunal des assurances du canton du Valais ont refusé la prise en charge de ce traitement. Le TFA a pour sa part conclu qu'en l'espèce, les conditions de prise en charge étaient en principe remplies (la „parodontite juvénile progressive“ figure explicitement à l'art. 17 let. b OPAS en tant que maladie grave et non évitable du système de la mastication), mais que le traitement par implants, tel qu'il avait été préconisé, ne pouvait être considéré comme économique par rapport aux mesures par prothèse amovible, proposées par le dentiste-conseil et jugées elles aussi adéquates. Le TFA, en admettant que le traitement par implants présentait certes certains avantages sur le plan de l'esthétique et du confort, reconnaissant même que celui-ci assurerait éventuellement un meilleur résultat en ce qui concerne la fonction masticatoire, a toutefois estimé que les avantages n'étaient pas suffisamment importants pour justifier la prise en charge des coûts sensiblement plus élevés (jugement du 25.1.2002; 128 V 54).

En cas de traitements onéreux, il est indispensable - telle est la conclusion à tirer de ce jugement - que le dentiste traitant justifie de manière convaincante la nécessité de procéder d'une manière spécifique et que, en cas de litige, on soit en mesure d'exposer clairement (en se basant sur la littérature spécialisée) pour quelles raisons une éventuelle variante moins onéreuse ne peut être considérée comme appropriée. Des critères purement esthétiques ne doivent pas figurer au premier plan.

Lésions dentaires consécutives à une chimiothérapie

Il arrive régulièrement que le traitement d'une tumeur par chimiothérapie nécessite par la suite des soins dentaires assez importants en raison d'une parodontose consécutive à ce type de traitements. Pendant longtemps, les assurances-maladie ont refusé la prise en charge des frais occasionnés par ces traitements, en arguant l'absence de base légale. Or, un jugement rendu par le TFA a permis de clarifier les

choses en précisant que les „maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies)“, mentionnées à l'art. 17 let. b ch. 3, étaient prises en charge par l'assurance à titre de conséquences d'„effets secondaires irréversibles de médicaments“ (arrêt du 28.9.2001; 127 V 339).

Malgré les clarifications apportées par ce jugement, les dispositions en question continuent néanmoins de susciter périodiquement des différends; dans le cas concret, le litige porte en effet très souvent sur la question de savoir si la parodontose est vraiment à considérer comme une conséquence du traitement par chimiothérapie. C'est pourquoi il est vivement recommandé, afin de pouvoir fournir la preuve incontestable de la causalité de la parodontose, de se rendre chez son dentiste avant et après la chimiothérapie pour faire constater l'état dentaire et parodontal.

Seules les maladies non évitables du système de la mastication donnent lieu à des prestations

Dans un autre cas jugé en 2002 (jugement du 29.1.2002; 128 V 59), le TFA s'était penché sur la question de l'évitabilité des lésions dentaires. Il s'agissait d'une assurée souffrant d'une maladie des glandes salivaires ayant dû se soumettre à un traitement de lésions carieuses sur plusieurs dents. La caisse-maladie a refusé de prendre en charge les frais y relatifs malgré le fait que les soins dentaires occasionnés par une maladie des glandes salivaires font partie, selon l'art. 18 ch. d OPAS, des prestations prises en charge à titre obligatoire; elle a motivé son refus en arguant que seuls les frais occasionnés par le traitement de maladies dentaires non évitables devaient être pris en charge et que les lésions auraient en l'occurrence pu être évitées si l'assurée avait observé une hygiène buccodentaire suffisante.

Le TFA a annulé la décision de la caisse-maladie en l'astreignant à faire effectuer une expertise. Le tribunal a certes confirmé qu'une assurance-maladie était tenue de financer les soins dentaires, non seulement en ce qui concerne les cas énumérés dans l'art. 17 OPAS, mais aussi ceux de l'art. 18 OPAS, uniquement dans la mesure où la maladie du système masticatoire n'était pas évitable. Selon l'avis du tribunal, une maladie est inévitable lorsqu'elle survient malgré l'observation des mesures d'hygiène buccodentaire préconisées en vertu de l'état actuel des connaissances en matière de médecine dentaire; une personne, a-t-il ajouté, qui en raison de sa constitution et des maladies subies présente une réceptivité accrue à des affections dentaires, est par conséquent tenue de veiller à une hygiène buccodentaire plus stricte et de se soumettre à des contrôles dentaires réguliers, en précisant toutefois que cela devait rester dans un cadre raisonnable et exigible.

Maladies du système de la mastication occasionnées par une maladie psychique grave

Enfin, l'art. 18 let. c ch. 7 OPAS conduit, lui aussi, à de fréquents litiges: selon cet article, les soins dentaires occasionnés par „des maladies psychiques graves avec une atteinte consécutive grave de la fonction de mastication“ sont à prendre en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

En 1998, le TFA avait déjà admis l'obligation de prise en charge dans le cas d'une personne souffrant de boulimie et d'anorexie mentale et présentant d'importantes lésions dentaires causées par l'afflux d'acide gastrique (jugement du 19.10.1998; 124

V 351). Dans un cas similaire plus récent, s'agissant d'une personne ayant dû subir un traitement médicamenteux intensif pour une dépression grave, le TFA a rendu un jugement allant dans le même sens: il a admis que les médicaments avaient provoqué une xérostomie (sécheresse de la bouche) qui, à son tour, était à l'origine d'importantes lésions carieuses au niveau de l'ensemble des dents, malgré une fluoruration régulière et une bonne hygiène buccodentaire (jugement du 27.2.2002; 128 V 66).

Dans un autre cas, le TFA a en revanche considéré que les conditions de prise en charge par l'assurance-maladie n'étaient pas remplies; il s'agissait d'un cas où le dentiste avait affirmé que l'assainissement de la dentition avait été rendu nécessaire suite à un manque d'hygiène buccodentaire consécutif à une grave dépression (jugement du 27.2.2002; 128 V 70): si le tribunal a admis que l'on pouvait concevoir l'existence de cas où une maladie psychique grave pouvait rendre impossible une hygiène buccodentaire suffisante étant donné l'incapacité de la personne assurée à en comprendre la nécessité, il n'a en l'occurrence pas trouvé suffisamment d'éléments en ce sens; il a en effet considéré comme insuffisant que la mise en œuvre de l'hygiène buccodentaire soit uniquement rendue plus difficile en raison de la maladie psychique et que cela ne suffisait pas pour admettre une obligation de prise en charge par l'assurance-maladie. Cet exemple montre comment la jurisprudence en matière d'obligation de prise en charge des soins dentaires est régulièrement amenée à procéder à de subtiles délimitations.

Georges Pestalozzi-Seger

AI: Jurisprudence concernant les moyens auxiliaires et mesures médicales

Appareils acoustiques: les plafonds fixés par la convention tarifaire sont-ils applicables dans tous les cas?

Dans un ancien numéro de „Droit et handicap“ (1/01), nous avons déjà commenté un jugement rendu par la commission de recours du canton de Thurgovie, ayant obligé l'AI à prendre en charge la totalité des frais occasionnés par un appareil acoustique, bien qu'ils aient dépassé le montant maximum fixé par la convention tarifaire en vigueur: selon l'avis de l'expert auquel il avait été fait appel, il n'était pas possible d'équiper l'assurée d'un appareil adéquat en restant dans les limites des montants maximum en vigueur. Entre-temps, d'autres tribunaux cantonaux ont rendu des décisions similaires dont un certain nombre ont été portées devant le TFA par l'Office fédéral des assurances sociales. Dans ce contexte, un jugement détaillé rendu par le TFA le 9.1.2004 (I 281/02) a permis de clarifier les choses. En voici un bref résumé:

Le cas jugé concernait une fille de 12 ans atteinte d'une déficience de l'ouïe congénitale bilatérale de l'oreille interne de degré moyen à grave. Malgré son handicap auditif considérable, cette enfant a pu suivre une scolarité ordinaire, et ce notamment grâce à un équipement acoustique optimal comprenant, d'une part, un appareil acoustique entièrement automatique et, d'autre part, un appareil de communication

FM. L'AI avait pris en charge les frais concernant l'appareil FM, mais n'avait contribué à l'achat de l'appareil acoustique qu'à concurrence du montant maximum fixé par la convention tarifaire (échelon d'indication 3), laissant le montant restant d'un peu plus de 1000 francs à la charge des parents.

Dans le cas en question, après que l'expert ait exposé de façon convaincante que le but de la mesure de réadaptation (scolarité réussie dans une école ordinaire) n'aurait pas pu être atteint de façon adéquate en dotant l'enfant d'un appareil disponible dans le cadre des limites fixées par la convention tarifaire, le TFA a obligé l'AI à financer la totalité des frais liés aux appareils acoustiques remis à l'enfant; ce pour le motif que les plafonds fixés par la convention tarifaire, au même titre que les prix maximum fixés par des directives, ne doivent pas restreindre le droit légal à la remise de moyens auxiliaires adéquats.

Ce jugement ne signifie cependant d'aucune façon que le tarif des appareils acoustiques peut être considéré comme caduc. De l'avis du TFA, le contrat en vigueur est le résultat d'une longue coopération interdisciplinaire aussi bien au niveau du système par échelons d'indication que de la tarification. C'est pourquoi le tribunal considère qu'il faut partir du principe, au sens d'une supposition, qu'une décision d'octroi de prestations selon les tarifs fixés par la convention tient en règle générale compte des besoins en matière de mesures de réadaptation consécutifs à l'invalidité; dans des cas ponctuels, la personne assurée peut cependant renverser cette supposition en démontrant concrètement qu'il est exceptionnellement impossible de trouver un appareillage adéquat dans le cadre des limites tarifaires. Une telle preuve nécessite toujours une évaluation concluante par un médecin spécialiste et/ou un expert en audiologie.

Des exceptions de ce genre où des personnes présentent un besoin accru en matière de réadaptation peuvent s'avérer en raison de la gravité et complexité de la déficience auditive proprement dite (p. ex. surdité grave de l'oreille interne, surdité extrême aux sons aigus et graves, capacité auditive résiduelle) ou en raison du contexte de réadaptation (enfants en milieu scolaire; personnes exerçant une profession particulièrement exigeante sur le plan acoustique ou travaillant dans des conditions acoustiques complexes et changeantes).

Malgré cette décision de principe rendue par l'instance judiciaire supérieure, la question de savoir si la remise d'appareils acoustiques dans le cadre des limites tarifaires en vigueur est possible ou non, ne manquera pas de susciter encore de temps à autre des litiges. Dans ce contexte, les cas de surdité importante aux sons aigus, souvent classés à l'échelon d'indication 1 selon la convention tarifaire en vigueur, sont particulièrement délicats. Dans le cas d'un professeur de langues étrangères, par exemple, ayant fait valoir que les appareils de l'échelon d'indication 1 ne lui permettaient pas de comprendre suffisamment bien ses élèves pour pouvoir corriger leur prononciation, raison pour laquelle il nécessitait un appareil digital avec un réglage du volume entièrement automatique, le TFA a refusé récemment de s'écarter exceptionnellement des limites tarifaires, ne prenant ainsi d'aucune manière en considération les exigences particulières de la profession sur le plan acoustique (jugement du 17.5.2004; I 258/03).

Implant cochléaire: l'AI finance-t-elle également l'implantation bilatérale?

L'AI doit-elle financer uniquement la mise en place unilatérale d'un implant cochléaire (IC), lorsque les conditions légales de prise en charge sont en principe remplies, ou est-elle tenue de prendre en charge les frais d'une implantation bilatérale?

Dans un jugement du 31.10.2002 (I 395/02), le TFA a statué que la mise en place bilatérale d'un IC correspondait aux connaissances éprouvées par la science médicale et que cette intervention permettait p. ex. d'améliorer sensiblement les capacités à communiquer d'un enfant sourd en ce qui concerne la compréhension et l'intelligibilité du langage. Le tribunal a toutefois ajouté qu'il fallait vérifier dans chaque cas l'indication et l'adéquation de la mesure, ainsi que (en cas d'une prestation selon l'art. 12 LAI) sa durabilité et son importance compte tenu de la réadaptation professionnelle.

Dans un jugement plus récent datant du 21.7.2003 (I 513/02), le TFA a considéré l'ensemble de ces conditions comme avérées: dans ce cas un peu spécial, il s'agissait d'un enfant malentendant proche de la surdité, doté dans un premier temps d'un appareillage acoustique. A l'âge de 10 ans, cet enfant a bénéficié d'un implant cochléaire unilatéral, ayant dû être remplacé au bout de 6 mois déjà, en raison d'une défaillance. Il s'est alors avéré que l'IC faisait partie d'une série présentant de fréquents défauts; c'est pourquoi, étant donné le risque considérable de voir se reproduire une telle défaillance, on a en outre procédé préventivement à la mise en place d'un implant de l'autre côté. L'AI a refusé sa prise en charge au motif que l'enfant n'était pas menacé d'invalidité et que l'AI ne pouvait financer une mesure à caractère purement préventif. Au vu des circonstances concrètes, le TFA a pour sa part considéré que la mise en place d'un deuxième implant cochléaire était indiquée et adéquate; le tribunal a qualifié d'indiquée la pose bilatérale d'un IC notamment parce qu'il était prévu que cet enfant passe de l'école spéciale à l'école cantonale où l'enseignement ne prend pas en considération les besoins des élèves handicapés de l'ouïe. A cela s'ajoute, a-t-il estimé, qu'en cas de défaillance de l'IC, l'enfant resterait privé d'aide acoustique pendant près de six mois et, ne pouvant pas simplement passer à un mode de communication silencieux, son développement scolaire s'en trouverait ainsi gravement compromis.

Opération de la cataracte: intervention unilatérale ou bilatérale?

En cas d'opération de la cataracte, la question qui se pose régulièrement est celle de savoir si l'AI doit prendre en charge, selon l'art. 12 LAI, une intervention unilatérale seulement ou une intervention bilatérale. Le TFA a constaté dans une multitude de jugements que normalement, seule l'opération au niveau d'un œil est à la charge de l'AI, vu que, selon l'art. 12 LAI, les mesures médicales ne sont accordées que dans la mesure où elles sont de nature à améliorer et à maintenir la capacité de gain de façon durable et importante. Il a précisé que lorsque la vue monoculaire d'une personne était rétablie, cela ne portait que rarement préjudice à sa capacité de gain, étant donné que les personnes monoculaires étaient elles aussi capables, après un certain temps d'adaptation, d'accéder à une vision spatiale et que seules quelques rares professions nécessitaient une aptitude à la vision binoculaire.

Dans une décision du 24 juillet 2003 (I 29/02), le TFA a été amené à évaluer si un dentiste nécessite une vision binoculaire dans l'exercice de sa profession. Tandis que le tribunal cantonal avait considéré que cela allait de soi, l'OFAS a contesté une

telle nécessité. Le TFA pour sa part a conclu que cette question devait être déterminée dans chaque cas par un médecin spécialiste; il a précisé que l'AI devait d'abord définir concrètement quels étaient les différents travaux faisant partie de la profession exercée par la personne assurée, et que le médecin spécialiste devait ensuite prendre position sur la question de savoir si la plus exigeante de ces tâches nécessite une vision binoculaire ou non. Etant donné qu'une telle prise de position d'un médecin spécialiste manquait dans le dossier, le TFA a renvoyé l'affaire pour évaluation complémentaire.

La pratique concernant les cas de cataracte montre très clairement l'absurdité du concept sur lequel repose l'art. 12 LAI. Le TFA reconnaît lui-même sans autre qu'il est tout à fait sensé médicalement, en cas de cataracte bilatérale, de procéder à l'ablation des deux cristallins lorsque ceux-ci s'opacifient progressivement. Or, du point de vue de l'assurance, l'AI doit normalement prendre en charge l'opération de la cataracte au niveau d'un seul œil, tandis que la caisse-maladie finance l'intervention au niveau de l'autre œil. La situation n'est différente que pour les assurés mineurs qui présentent une opacification du cristallin consécutive à une maladie congénitale (OIC 419): ici, l'AI prend en charge les opérations des deux yeux, conformément à l'art. 13 LAI.

Cataracte: quelle est la durée de prise en charge par l'AI des frais de lunettes de cataracte?

Selon le chiffre 7.01 de l'annexe de l'Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'AI (OMAI), les lunettes sont prises en charge par l'AI si elles constituent le complément important d'une mesure médicale de réadaptation financée par l'AI, qu'il s'agisse d'une mesure selon l'art. 12 ou l'art. 13 LAI. Conformément à la pratique, la remise de lunettes à titre de moyens auxiliaires suite à l'opération de la cataracte constitue un complément essentiel de la mesure médicale de réadaptation.

Dans un cas jugé récemment par le TFA, où il s'agissait d'un enfant atteint d'une maladie congénitale ayant été opéré de la cataracte aux deux yeux, le litige portait sur la question de la durée de prise en charge obligatoire par l'AI des frais liés aux lunettes de cataracte. Tandis que l'AI ainsi que le tribunal des assurances sociales du canton de Zurich étaient de l'avis que l'obligation de prise en charge par l'AI expire au moment où l'assuré atteint l'âge de 20 ans révolus (le droit aux mesures médicales étant limité par l'art. 13 LAI jusqu'à l'âge de 20 ans), le TFA s'est prononcé différemment; il a précisé, dans son jugement du 9.5.2003 (I 137/03), que les moyens optiques nécessaires aux personnes opérées de la cataracte doivent être accordés dans le cadre de la remise de moyens auxiliaires aussi longtemps qu'ils permettent, en complément de l'opération, d'atteindre resp. de garantir le but concret de la réadaptation; même si l'intervention a été pratiquée dans le cadre du traitement d'une infirmité congénitale, le droit à la remise de moyens auxiliaires subsiste au-delà de l'âge de 20 ans.

Georges Pestalozzi-Seger