RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4160/2019 **ATAS/224/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt en révision du 17 mars 2021

4ème Chambre

Monsieur A_____, domicilié _____, à BELLEVUE demandeur

contre

L'ARRÊT DE LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES du 9 septembre 2020, ATAS/785/2020

l'opposant à

CAISSE CANTONALE GENEVOISE DE COMPENSATION, sise rue des Gares 12, GENÈVE défenderesse

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né en 1933 (ci-après l'assuré ou le recourant), est au bénéfice d'une prothèse tibiale droite à la suite d'un accident survenu en 1955.

2. Le 26 janvier 2016, l'assuré a demandé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) l'octroi d'une nouvelle prothèse, de deux semelles plantaires pour son pied gauche et de dix bas de moignon, ainsi que la réparation de son ancienne prothèse pour dépannage.

3. Par décision du 14 novembre 2017, la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après la caisse ou l'intimée) a refusé l'octroi des semelles plantaires demandées par l'assuré, car elles ne figuraient pas sur la liste exhaustive des moyens auxiliaires remis par l'assurance-vieillesse.

4. A la même date, l'OAI a accusé réception de la demande de l'assuré tendant à l'octroi d'une nouvelle prothèse tibiale droite. Il l'a invité à lui indiquer les motifs de sa demande et le nombre de prothèses fonctionnelles qu'il possédait actuellement, et à lui transmettre un devis détaillé.

5. Le 29 novembre 2017, l'assuré a informé l'OAI que les deux semelles plantaires pour son pied gauche étaient très importantes pour son équilibre vertébral. Il émettait toutes réserves au cas où son assurance-maladie ne les lui rembourserait pas. La prothèse qu'il portait actuellement avait été confectionnée en 2010-2011. Elle lui servirait de prothèse de dépannage après réparation, car il n'en avait plus d'autre. L'OAI avait omis de se prononcer sur sa demande de dix bas de moignon. Il attirait son attention sur le fait qu'il lui en fallait autant par année. Il était disposé à se soumettre à une consultation par un médecin si l'OAI le jugeait opportun. En conséquence, il persistait dans les termes de sa demande du 26 janvier 2016, réitérée le 16 mai 2017, et demandait à l'OAI d'accepter qu'il fasse confectionner la nouvelle prothèse tibiale à l'étranger, dès lors que son prix était très élevé en Suisse et qu'il devait personnellement prendre en charge ses frais de déplacement.

6. Le 4 décembre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge au maximum huit bas à moignon par année civile et que les prothèses octroyées devaient être confectionnées par un orthopédiste agréé selon la convention tarifaire en vigueur. Il a rappelé qu'il ne prenait pas en charge les frais de déplacement, d'hébergement et de nourriture.

7. Le 16 décembre 2017, l'assuré a accusé réception du courrier de l'OAI du 4 décembre 2017 et lui a transmis le devis établi le 14 décembre 2017 par B_____ SA, qui portait sur le renouvellement de sa prothèse et notamment sur la remise de huit bas à moignon en fibre naturelle.

8. Par communication du 8 février 2018, l'OAI a informé l'assuré que l'assurance-vieillesse prenait en charge, dans le cadre des droits acquis, les coûts d'une prothèse conformément au devis du 14 décembre 2017. Toutes les prothèses octroyées par l'OAI avant le 8 février 2018 étaient laissées en libre propriété à l'assuré. Par

conséquent, les frais de réparation et d'adaptation de ces anciennes prothèses n'étaient plus à la charge de l'assurance.

9. Par décision du 29 mars 2018, l'OAI a repris les termes de sa communication du 8 février 2018.

10. Le 4 mai 2018, l'assuré a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision rendue le 29 mars 2018 par l'OAI.

11. Par arrêt du 5 décembre 2018 (ATAS/1119/2018), la chambre de céans a constaté la nullité de la décision rendue par l'OAI le 29 mars 2018 en tant qu'elle concernait la demande de réparation de la prothèse de l'assuré, constaté l'entrée en force de la décision rendue par l'intimé le 29 mars 2018 en tant qu'elle concernait l'octroi de la nouvelle prothèse, déclaré le recours irrecevable en tant qu'il portait sur la décision du 14 novembre 2017 relative aux semelles plantaires et sur la communication de du 4 décembre 2017 relative aux bas de moignon, et a transmis la cause à la caisse, à charge pour cette dernière de rendre une décision sur opposition à la suite de sa décision du 14 novembre 2017 et une décision sur les demandes de bas de moignon et de réparation de l'ancienne prothèse du recourant.

    Elle a retenu que le courrier du 29 novembre 2017 de l'assuré, revenant sur la nécessité de semelles plantaires, aurait dû être considéré par l'OAI comme une opposition, qu'il aurait dû transmettre à la caisse à raison de sa compétence. La décision du 29 mars 2018 était nulle en tant qu'elle portait sur la réparation de l'ancienne prothèse, l'OAI n'étant pas compétent. La cause était ainsi transmise à la caisse. En revanche, l'OAI était compétent pour octroyer la nouvelle prothèse requise selon la procédure simplifiée prévue par la loi. L'assuré ne contestait pas ce point, qui ne faisait pas l'objet du litige. L'OAI était également compétent pour rendre sa communication du 4 décembre 2017, limitant la prise en charge à huit bas de moignon. L'assuré s'était cependant opposé à cette communication et avait requis une décision, de sorte que conformément à la procédure, il revenait à la caisse de statuer formellement sur cette question.

12. Le 13 août 2019, la caisse a rendu les trois décisions suivantes :

    a. décision écartant l'opposition de l'assuré en tant qu'elle portait sur le refus signifié le 14 novembre 2017 de prendre en charge des semelles plantaires, car il ne s'agissait pas là de prestations figurant dans la liste exhaustive des moyens auxiliaires auxquels avaient droit les bénéficiaires de rentes de vieillesse ;

    b. décision admettant la prise en charge de huit bas à moignons au maximum par année civile ;

    c. décision portant sur les frais de réparation des prothèses de jambe de l'assuré, rappelant que le renouvellement de la prothèse avait été octroyé le 29 mars 2018. Les frais de réparation ou d'adaptation sur les prothèses octroyées auparavant étaient pris en charge par l'assurance s'ils

respectaient les critères d'économicité, de simplicité, et d'adéquation jusqu'au 19 septembre 2018, soit jusqu'à la date de facturation de la nouvelle prothèse confectionnée par B_____ SA.

13. Par courrier du 14 septembre 2019, l'assuré a indiqué former des réclamations contre les décisions portant sur le refus de prise en charge de dix bas à moignons et les frais de réparation des prothèses, et un recours contre le refus d'octroi de semelles plantaires.

14. Par deux décisions distinctes du 3 octobre 2019, la caisse a écarté les oppositions de l'assuré portant sur le refus de prendre en charge dix bas à moignon et les frais de réparation des prothèses. Elle a confirmé que la nouvelle prothèse confectionnée par B_____ SA était à disposition de l'assuré dans les locaux de ce fournisseur.

15. Par écriture unique du 11 novembre 2019, l'assuré a interjeté recours contre les décisions de l'intimée du 3 octobre 2019 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.

16. Par arrêt du 9 septembre 2020 (ATAS/785/2020), la chambre de céans a rejeté les recours.

17. L'intéressé a formé recours contre l'arrêt de la chambre de céans du 9 septembre 2020 auprès du Tribunal fédéral, qui a déclaré son recours irrecevable, dès lors qu'il n'exposait pas en quoi les constatations des premiers juges seraient inexactes ni n'énonçait les règles de droit qui auraient été violées et que l'on ne pouvait en déduite en quoi l'acte attaqué serait contraire au droit.

18. Le 15 février 2021, l'intéressé a saisi la chambre de céans d'une demande de révision contre son arrêt du 9 septembre 2020. Il faisait valoir que c'était à tort que l'OAI avait payé la facture établie le 19 septembre 2018 par B_____ SA à Nyon sans le consulter. Pour l'heure, il avait de grandes difficultés à se déplacer et n'avait pas obtenu une nouvelle prothèse. Son état de santé n'était pas étranger aux décisions arbitraires et illicites des autorités cantonales genevoises. Le recourant persistait en faisant valoir son bon droit. Il requérait que les arguments oiseux de l'arrêt du 9 septembre 2020 soient reconsidérés au vu des motifs et moyens de preuve produits en faits notoires antérieurs et postérieurs imprévisibles.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. ch. de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10).

2. Selon l'art. 72 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), l'autorité de recours peut, sans instruction préalable, par une décision

sommairement motivée, écarter un recours manifestement irrecevable ou rejeter un recours manifestement mal fondé.

3. Le litige porte sur la question de savoir si les conditions d'une révision de l'arrêt de la chambre de céans 9 septembre 2020 (ATAS/785/2020) sont remplies.

4. À teneur de l'art. 89I al. 2 et 3, l'art. 61 let. i LPGA est applicable pour les causes visées à l'art. 134 al. 1 LOJ et l'art. 80 LPA pour les causes visées à l'art. 134 al. 3 LOJ. Cependant, la LPGA renvoyant au droit cantonal s'agissant de la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, il convient d'appliquer l'art. 80 LPA dans toutes les hypothèses.

   Aux termes de cet article, il y a lieu à révision lorsque, dans une affaire réglée par une décision définitive, il apparaît :

   a) qu'un crime ou un délit, établi par une procédure pénale ou d'une autre manière, a influencé la décision;

   b) que des faits ou des moyens de preuve nouveaux et importants existent, que le recourant ne pouvait connaître ou invoquer dans la procédure précédente;

   c) que, par inadvertance, la décision ne tient pas compte de faits invoqués et établis par pièce;

   d) que la juridiction n'a pas statué sur certaines conclusions des parties de manière à commettre un déni de justice formel;

   e) que la juridiction qui a statué n'était pas composée comme la loi l'ordonne ou que les dispositions sur la récusation ont été violées.

   La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 137 let. b OJ (actuellement art. 123 al. 2 let a LTF ; arrêt du Tribunal fédéral U 57/06 du 7 février 2007 consid. 3.1).

   Sont nouveaux au sens de cette disposition les faits qui n'étaient pas connus du requérant, malgré toute sa diligence, et qui se sont produits tant que, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 551/04 du 6 janvier 2006 consid. 4.1). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 13 ad art. 53).

   Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués

antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références).

5. En l'espèce, le demandeur n'invoque aucun motif fondé de révision, en particulier pas de faits ou de moyens de preuve nouveaux et importants qu'il ne pouvait connaître ou invoquer dans la procédure précédente.

6. Sa demande en révision doit en conséquence être rejetée.

7. La procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant sur révision

1. Rejette la demande de révision.
2. Dit que la procédure est gratuite.
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). Selon l'art. 85 LTF, s'agissant de contestations pécuniaires, le recours est irrecevable si la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 francs (al. 1 let. a). Même lorsque la valeur litigieuse n'atteint pas le montant déterminant, le recours est recevable si la contestation soulève une question juridique de principe (al. 2). 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	Catherine TAPPONNIER

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