

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4080/2008

ATAS/735/2009

ARRET EN REVISION

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 14 juillet 2009

Monsieur B _____, domicilié à Carouge

demandeur
en révision

contre

**ARRÊT DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES DU 24 février 2009,
ATAS/200/2009**

dans la cause opposant

Monsieur B _____

à

Défenderesse
en révision

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES, p.a. Service juridique; Case
postale, 8085 ZURICH

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Eugen MAGYARI et Bertrand REICH, Juges
assesseurs**

ATTENDU EN FAIT

Que Monsieur B_____ (ci-après le demandeur) est assuré contre les accidents auprès de la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES (ci-après la défenderesse) et pour l'assurance obligatoire des soins auprès de WINCARE ASSURANCES (ci-après l'assureur maladie);

Que dans le cadre d'un litige l'opposant à son assureur maladie, celui-ci s'est engagé à prendre en charge une partie des frais de physiothérapie effectuée par le demandeur en 1999, soit le 50 %, 237,50 F, le solde devant être réglé, selon l'assureur maladie, par l'assureur accidents, accord entériné par un arrêt du 23 janvier 2006;

Qu'ensuite de cet arrêt, le demandeur s'est adressé à nouveau à la défenderesse, au mois de juin 2007, pour obtenir remboursement du solde de ces factures ;

Que par courrier du 3 septembre 2007, la défenderesse a indiqué au demandeur avoir nié tout lien de causalité entre les troubles cervicaux ayant justifié les soins de physiothérapie en 1999 et l'accident survenu au demandeur en 1985, par décision du 17 novembre 2004, de sorte que la défenderesse ne lui devait rien à ce titre ;

Vu le recours pour déni de justice déposé le 13 novembre 2008 par le demandeur contre la défenderesse;

Vu le dossier ouvert par le Tribunal de céans et son courrier à la défenderesse du 5 janvier 2009 ;

Attendu que par courrier du 27 janvier 2009, la défenderesse a indiqué qu'il n'y avait actuellement aucun litige l'opposant au demandeur, et qu'une décision de refus de prestation avait été rendue le 17 novembre 2004 et était entrée en force, dont une copie, produite, a été communiquée au recourant ;

Que par arrêt du 24 février 2009 (ATAS 200/2009), le Tribunal a rayé la cause du rôle;

Qu'à l'occasion d'un nouveau litige opposant le demandeur à son assureur maladie, dans le cadre duquel une audience de comparution personnelle s'est tenue le 21 avril 2009, le demandeur a sollicité la révision de l'arrêt susmentionné, au motif qu'il était faux de dire qu'aucun litige n'existait entre le demandeur et la défenderesse puisqu'ensuite de la décision rendue, un fait nouveau était survenu sous la forme d'un arrêt d'accord conclu avec l'assureur maladie, et que sur cette base le demandeur avait formulé une nouvelle demande de prise en charge, qui n'avait pas fait l'objet d'une décision ;

Qu'une procédure en révision a été ouverte, et un courrier adressé par le Tribunal à la défenderesse le 24 avril 2009 ;

Que dans sa réponse du 27 mai 2009, la défenderesse rappelle que la décision du 17 novembre 2004 est devenue définitive de sorte qu'elle n'a pas à entrer en matière sur une

nouvelle demande, l'accord trouvé par le demandeur avec son assureur maladie ne lui étant pas opposable ; que toutefois, si seul le remboursement de la somme de 237,50 F était litigieux, elle était disposée, par gain de paix, et pour solde de tout compte à rembourser ce montant au demandeur ;

Qu'interpellé sur cette proposition le 2 juin 2009, le demandeur a indiqué le 8 juin 2009 être en désaccord avec celle-ci, dans la mesure où restait toujours pendante la question relative à une facture de frais de physiothérapie de 990 FF dus en raison de l'accident ;

Qu'interpellée à nouveau par le greffe du Tribunal, lors d'un entretien téléphonique du 2 juillet 2009, la représentante de la défenderesse a indiqué qu'après vérification scrupuleuse dans le dossier, aucune facture relative à ces frais de physiothérapie ne figurait à son dossier, précisant que les factures non prises en charge étaient retournées aux assurés;

CONSIDÉRANT EN DROIT

Que le Tribunal cantonal des assurances sociales est compétent en la matière (art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire -LOJ);

Qu'à teneur de l'art. 80 de la loi sur la procédure administrative (ci-après LPA), 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;

Que dans le cas d'espèce seuls les motifs prévus aux lettres a) et b) sont envisageables, et invoqués implicitement;

Qu'ils ne sont cependant à l'évidence pas réalisés;

Que d'une part aucune pièce au dossier ne permet de tenir pour établi qu'une facture de 990 FF, relative à des frais de physiothérapie, serait encore ouverte auprès de la défenderesse ; que d'autre part l'accord pris avec l'assureur maladie ne peut en aucun cas

valoir faits ou moyens de preuve nouveaux ; qu'enfin la défenderesse a démontré, au contraire, avoir d'ores et déjà, de manière définitive, tranché par la négative la question du lien de causalité entre les troubles ayant justifié de la physiothérapie et l'accident, de sorte que c'est à juste titre que le recours pour déni de justice avait été rayé du rôle ;

Que par conséquent la demande en révision doit être rejetée ;

Que le Tribunal constatera, cela étant, que la défenderesse accepte aujourd'hui, par gain de paix et sans reconnaissance de responsabilité, de verser au demandeur la somme de 237,50 F, correspondant précisément aux 50 % de la facture encore ouverte, non prise en charge par l'assureur maladie lors de la transaction survenue au mois de janvier 2006;

Qu'il lui en sera donné acte, ce versement mettant définitivement fin à tout litige relatif à la période concernée par ces actes médicaux (1998-1999);

Que l'on rappellera, par ailleurs, au demandeur que, certes, la procédure en assurances sociales est gratuite, sous réserve toutefois des cas de témérité ou légèreté (art. 89H LPA) ;

Qu'agit par témérité ou légèreté la partie qui sait ou qui devait savoir en faisant preuve de l'attention normalement exigible que les faits évoqués à l'appui de ses conclusions ne sont pas conformes à la vérité. La témérité doit en outre être admise lorsqu'une partie soutient jusque devant l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi. En revanche, une partie n'agit pas par témérité ou par légèreté lorsqu'elle requiert du juge qu'il se prononce sur un point de vue déterminé qui n'apparaît pas d'emblée insoutenable. Il en va de même lorsque, en cours d'instance, le juge attire l'attention d'une partie sur le fait que son point de vue est mal fondé et l'invite à retirer son recours (ATF 124 V 287 consid. 3b et les références citées). Le seul fait de déposer un recours dépourvu de toutes chances de succès ne relève pas en soi de la témérité. Il faut en plus que, subjectivement, la partie ait pu se rendre compte, avec l'attention et la réflexion que l'on peut attendre d'elle, de l'absence de toutes chances de succès de sa démarche, et que, malgré cela, elle ait persisté dans sa volonté de recourir (SVR 2004 EL n. 2 p. 5 ; ATFA non publié du 6 juin 2007, I 1026/06, consid. 7.1);

Que de même il sied de rappeler à l'attention du recourant que le principe de la bonne foi doit imprégner les relations entre l'État et les citoyens (art. 5 al. 3 Cst. ; ATF 126 II 104 consid. 4b), et leur impose de se comporter l'un vis-à-vis de l'autre de manière loyale;

Qu'en application de ces principes, le demandeur ne peut revenir systématiquement - en raison de la gratuité de la procédure - sur des demandes de prestations anciennes, voire prescrites, à l'occasion de litiges portant sur d'autres prestations, et concernant même d'autres prestataires, participant ainsi à la surcharge des tribunaux;

Qu'il sera exceptionnellement renoncé à la perception d'un émolument.

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

Statuant sur révision

1. Rejette la demande de révision.
2. Donne acte à la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES de son accord à verser au demandeur, par gain de paix et sans reconnaissance de responsabilité, la somme de 237,50 F, correspondant aux 50 % de la facture encore ouverte, non prise en charge par l'assureur maladie lors de la transaction survenue au mois de janvier 2006.
3. L'invite à procéder à ce versement dans les 60 jours dès réception du présent arrêt et l'y condamne en tant que de besoin.
4. Dit que la procédure est gratuite.
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); 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

Brigitte BABEL

Isabelle DUBOIS

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à par le greffe le