

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/446/2008

ATAS/665/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 3 juin 2008

En la cause

Monsieur P _____, domicilié à ONEX

recourant

contre

ASSURA, ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, Z.I. En
Budron A1, 1052 MONT-SUR-LAUSANNE

intimée

Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Christine BULLIARD-MANGILI et Bertrand REICH, Juges assesseurs

Attendu en fait que par courrier du 4 février 2008, Monsieur P_____ (ci-après le demandeur) rappelle que dans une précédente procédure il avait demandé au Tribunal de céans qu'il « prononce un jugement qui annule toute dette (dont le montant total est de 2515.15 SFr) qui liait le nouveau créancier : l'État, au soussigné, débiteur, afin que la rupture contractuelle qui liait la caisse ASSURA au soussigné soit clairement définitive, c'est-à-dire que l'Etat, actuel possesseur de la créance, renonce et cesse définitivement à poursuivre le soussigné pour les arriérés de cotisations relatives à cette créance », procédure qui s'est terminée par un arrêt d'accord du 28 novembre 2007 ;

Que le demandeur réclame par le courrier susmentionné l'annulation de la dette, que le montant de 1934.50 SFr ne lui soit plus réclamé, et des dommages-intérêts d'un montant de 500'000 SFr pour tort moral et faute grave, estimant que les erreurs successives commises par la caisse ne sont plus admissibles ;

Que dans une réponse circonstanciée du 3 avril 2008, la caisse reprend l'historique du dossier et rappelle que la précédente procédure portait, d'une part, sur l'assurance obligatoire des soins, soit trois actes de défaut de biens cédés par la caisse au service de l'assurance-maladie, conformément à la loi, d'autre part sur l'assurance-maladie complémentaire pour laquelle le recourant restait devoir la somme de 529.15 SFr, aux termes de trois actes de défaut de biens et une fois l'erreur commise par la caisse - consistant en l'omission d'un versement du recourant d'un montant de 424.45 SFr - corrigée ;

Que selon les pièces au dossier seuls des frais restent encore dus, auxquels la caisse renonce, le solde dû pour l'assurance complémentaire ayant fait l'objet d'un accord par la renonciation par la caisse du 50 % de la somme due ;

Que lors de l'audience de comparution personnelle des parties, celles-ci ont procédé à un échange de vues, sans parvenir à un accord, et que le recourant a maintenu sa demande ;

Qu'à l'issue de l'audience la cause a été gardée à juger;

Considérant en droit que le Tribunal est compétent tant en matière d'assurance maladie obligatoire que d'assurance complémentaire (art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ));

Qu'en ces matières il peut être saisi soit d'une demande en paiement de prestations, soit d'un recours contre une décision rendue par la caisse, y compris pour déni de justice, ou encore d'une demande de révision, d'interprétation ou de rectification d'erreur matérielle (art. 57 et ss de la loi sur la procédure administrative);

Qu'en l'espèce on peine à voir sur quelles bases légales s'appuie la demande;

Que le Tribunal constate, par ailleurs, qu'elle impliquerait de juger à nouveau sur un état de fait ayant donné lieu à un arrêt d'accord, définitif et exécutoire, et qu'en ce sens la demande est irrecevable; qu'il faut rappeler en effet que la force de chose jugée est le trait distinctif des décisions qui ne sont pas ou ne sont plus susceptibles d'être attaquées par un moyen juridictionnel ordinaire, c'est-à-dire, par un recours ou une opposition, ou bien par un moyen juridictionnel extraordinaire tel qu'une demande de révision ou d'interprétation (ATA DTPE (DAEL) c/ B. du 20 mai 1987; G. du 2 mars 1988; A. GRISEL, Traité de droit administratif, 1984, p. 881 et 882);

Que s'agissant d'un arrêt d'accord, il peut être remis en cause pour erreur essentielle;

Que le demandeur invoque, effectivement, des erreurs réitérées de la caisse, qui l'aurait conduit à prendre l'accord en question sans motif ;

Que toutefois il ressort clairement du dossier ainsi que des écritures de la caisse que les erreurs ont été corrigées, de sorte que l'accord pris par les parties le 28 novembre 2007 l'a été sur une base de calcul juste, et était par conséquent tout à fait favorable au recourant ;

Que s'agissant des actes de défaut de biens pour l'assurance maladie obligatoire, il a été expliqué à nouveau au recourant que c'est à juste titre que la caisse les avait cédés au service de l'assurance-maladie, comme la loi l'exige, et que la caisse n'a plus de comptes à rendre au demandeur sur cette question;

Qu'on ne voit dès lors pas en quoi le demandeur subirait un tort moral, de sorte que la demande en dommages et intérêts sera rejetée.

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

Statuant

1. Rejette la demande, en tant qu'elle est recevable.
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); 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

Yaël BENZ

Isabelle DUBOIS

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le