



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

608 2019 262

Arrêt du 5 novembre 2020

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
Greffière-stagiaire : Sarah Darwiche

Parties

A. _____, recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat
contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, autorité intimée

Objet

Demande de révision – questions de forme et de fond – délai relatif de 90 jours dès la découverte du motif de révision – éventuelle tardiveté de la découverte – principe de la bonne foi

Recours du 26 septembre 2019 contre la décision sur opposition du 28 août 2019

considérant en fait

A. A. _____ (le recourant) était directeur de la société A. _____ SA (B. _____ SA dès 2017) qui exploitait une entreprise active dans le domaine de la construction et dont la faillite a été prononcée en 2017.

Le 12 juin 2015, alors qu'il visitait un immeuble en chantier, il a été victime d'une chute sur le dos suite à laquelle sa tête a heurté le sol. En raison d'une incapacité de travail attestée médicalement depuis cette date, il a perçu des indemnités de l'assurance-accidents à 100% jusqu'au 14 juin 2016, puis à 50% du 15 juin 2016 au 23 août 2016, date à laquelle l'assureur-accidents a considéré que les troubles qui subsistaient (nucalgies, acouphène bilatéral) n'étaient plus dus à l'accident du 12 juin 2015.

Sur la base de l'incapacité de travail toujours attestée au taux de 50% par les médecins traitants du recourant, Mutuel Assurance Maladie SA (Mutuel Assurance) a pris le relais de l'assurance-accidents en lui versant depuis le 25 août 2016 des indemnités journalières fondées sur un contrat d'assurance collective perte de gain maladie selon la LAMal.

Par décision du 22 juin 2017, Mutuel Assurance a mis un terme avec effet au 31 décembre 2016 au droit aux indemnités journalières qu'elle avait allouées jusqu'alors. Cette décision se fondait sur une expertise pluridisciplinaire réalisée par des médecins de la Clinique C. _____ qui avaient conclu, dans leur rapport du 2 mai 2017, à l'inexistence d'une atteinte à la santé diminuant la capacité de travail. Elle n'a pas été contestée.

Le 1^{er} septembre 2017, le recourant a subi un nouvel accident dont les suites ont été prises en charge par l'assureur-accidents, en tout cas dans un premier temps.

Le 6 septembre 2017, l'Office de l'assurance-invalidité a établi un projet de décision par lequel il entendait refuser la demande de prestations déposée le 10 avril 2017 par le recourant. Agissant les 4 octobre et 3 novembre 2017 par son assureur protection juridique, le recourant a déposé des objections contre ce projet de décision.

B. Par demande du 5 septembre 2018 adressée par son mandataire à Mutuel assurance, le recourant a sollicité la révision de la décision du 22 juin 2017 mettant fin avec effet au 31 décembre 2016 à son droit aux indemnités journalières maladie. Il a fait valoir que celle-ci était motivée par les conclusions d'une expertise à laquelle « *aucune valeur probante ne pouvait être attribuée compte tenu des graves manquements commis par la Clinique C. _____ dans la réalisation de ses expertises* ».

Par courrier du 26 septembre 2018, Mutuel Assurance a transmis au recourant une copie de son dossier, en indiquant qu'elle ne pouvait entrer en matière sur la demande de révision, qualifiée de tardive. Contestant le caractère tardif de sa demande, le recourant a requis le 1^{er} octobre 2018 qu'une décision formelle soit rendue, puis déposé le 22 février 2019 un recours pour déni de justice auprès de la Cour de céans.

Par décision du 30 avril 2019, Mutuel Assurance a confirmé la non-entrée en matière sur la demande de révision du 5 septembre 2018, au motif qu'elle était tardive. Elle a précisé que le délai de 90 jours pour effectuer une telle demande avait débuté le 19 mars 2018, soit « *à la date du*

communiqué de la justice genevoise concernant la clinique C._____ ». Cette décision a rendu sans objet le recours pour déni de justice (voir arrêt TC FR 608 2019 50 du 27 septembre 2019).

Le 23 mai 2019, le recourant s'est opposé à la décision de non entrée en matière. Mutuel Assurance l'a toutefois maintenue par décision sur opposition du 28 août 2019.

C. Parallèlement aux démarches relatives à l'assurance-maladie, le 5 septembre 2018 également, le recourant a demandé à l'Office de l'assurance-invalidité de retirer de son dossier le rapport d'expertise du 2 mai 2017 et de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire. Celui-ci n'a pas retiré le rapport en question du dossier, mais il a ordonné une nouvelle expertise, en invitant les nouveaux experts à considérer ce rapport comme non probant et à ne pas en tenir compte dans son appréciation de la situation.

D. Par recours déposé le 26 septembre 2019 auprès du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition rendue par Mutuel Assurance, le recourant conclut, sous suite de dépens, à l'admission de sa demande de révision du 5 septembre 2018, au constat de son incapacité de travail de 50% du 25 août 2016 au 31 août 2017 et au versement d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} janvier 2017 au 31 août 2017 sur la base d'une incapacité de travail de 50%.

A l'appui de ses conclusions, le recourant affirme en substance que c'est le 29 juin 2018, lors de son premier entretien avec son mandataire, qu'il a pour la première fois appris qu'une expertise médicale réalisée par la Clinique C._____ ne pouvait en principe pas servir de fondement pour statuer sur le droit à des prestations d'assurance. Il précise qu'en raison de graves difficultés tant sur le plan personnel que professionnel, il ne prêtait alors guère d'attention aux médias et il ignorait en conséquence que ceux-ci avaient fait état en février et mars 2018 de graves dysfonctionnements au sein de cette clinique. Il avait par ailleurs chargé son assureur protection juridique de le conseiller uniquement dans le cadre de ses dossiers assurance-invalidité et assurance-accidents et il ne l'avait à aucun moment informé de l'existence de la décision rendue par Mutuel Assurance en juin 2017, de telle sorte que cet assureur n'avait aucune raison de l'informer de son droit de demander la révision de cette décision.

Dans ses observations du 11 décembre 2019, Mutuel Assurance conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, sous suite de frais et dépens. Se référant pour l'essentiel aux articles de presse qui avaient largement fait état à partir du 23 février 2018 des sanctions prises à l'égard de la Clinique C._____ et de la possibilité de demander une révision des décisions fondées sur une expertise établie par ses médecins, elle indique que le délai de 90 jours pour déposer une telle demande de révision devait être compté à partir du 20 mars 2018, selon ce qui avait été retenu dans un arrêt du Tribunal fédéral, de telle sorte qu'il était arrivé à échéance au plus tard à fin juin 2018.

Pour autant que cela soit utile à la solution du litige, les arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions seront discutés dans les considérants en droit du présent arrêt.

en droit

1.

Procédure

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière par un assuré dûment représenté, directement touché par la décision attaquée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, le cas échéant, annulée ou modifiée, le recours est recevable.

2.

Règles relatives à la révision d'une décision administrative.

2.1. Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient pas être produits auparavant.

2.2. 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. 123 al. 2 let. a de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF; RS 173.110).

La révision suppose ainsi la réalisation de cinq conditions: 1) le requérant invoque un ou des faits; 2) ce ou ces faits sont "pertinents", dans le sens d'importants ("erhebliche"), c'est-à-dire qu'ils sont de nature à modifier l'état de fait qui est à la base du jugement et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte; 3) ces faits existaient déjà lorsque le jugement a été rendu: il s'agit de pseudo-nova (unechte Noven), c'est-à-dire de faits antérieurs au jugement ou, plus précisément, de faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables; 4) ces faits ont été découverts après coup ("nachträglich"), soit postérieurement au jugement ou, plus précisément, après l'ultime moment auquel ils pouvaient encore être utilement invoqués dans la procédure principale; 5) le demandeur n'a pas pu, malgré toute sa diligence, invoquer ces faits dans la procédure précédente (voir ATF 144 V 258 consid. 2.1; 143 III 272 consid. 2.2 et les références; arrêt TF 8C_562/2019 du 16 juin 2020 consid. 3.2).

La question de savoir si le motif allégué remplit les conditions posées pour une révision ne concerne pas la recevabilité de la demande; en effet, il est évident que si un motif de révision est réalisé, la demande n'est pas simplement recevable, mais doit être admise (voir arrêt TF 4C.111/2006 du 7 novembre 2006 consid. 1.1 et les références).

2.3. La révision procédurale d'une décision administrative, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, est soumise aux délais prévus par l'art. 67 al. 1 PA, applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, à savoir un délai relatif de 90 jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (arrêts TF 8C_434/2011 consid. 3; U 43/05 du 31 octobre 2005 consid. 2 et les références).

Conformément à la pratique, le délai relatif de 90 jours commence à courir dès le moment où le demandeur dispose d'une connaissance suffisamment sûre des *pseudo-nova* qu'il invoque (« *sobald bei der Partei eine sichere Kenntnis über die neue erhebliche Tatsache [...] vorhanden ist* ») et non pas à partir du moment où il est en mesure d'en apporter la preuve certaine. De simples suppositions ou des rumeurs ne suffisent par contre pas et ne sont pas susceptibles de faire débiter le délai (ATF 143 V 105 consid. 2.4, arrêt TF 9C_2/2018 du 1^{er} mars 2018 consid. 4)

La question du respect du délai relatif de 90 jours dès la découverte du motif de révision relève de la recevabilité de la demande de révision. Celle de savoir si le demandeur a tardé à découvrir le motif invoqué, qui doit s'apprécier à l'aune du principe de la bonne foi, relève par contre du fond (arrêts TF 4A_222/2011 du 22 août 2011 consid. 2.1; 4C.111/2006 du 7 novembre 2006 consid. 1.2 et les références; voir également ATF 143 V 105 consid. 2.4), comme les cinq conditions auxquelles la jurisprudence limite le plus souvent son examen (consid. 2.2). Pour examiner cette condition de fond supplémentaire, conformément au principe de la bonne foi, il s'agit de déterminer à partir de quand la personne habilitée à demander la révision a pu avoir connaissance du motif de révision (voir arrêts TFA U 120/06 du 13 mars 2007 consid. 4.1; U 465/04 du 16 juin 2005 consid. 1 et 2.2, résumé *in* REAS 2005 p. 242).

3.

Examen du respect du délai relatif de 90 jours dès la découverte des faits invoqués

3.1. La décision attaquée est une décision sur opposition par laquelle Mutuel Assurance a confirmé son refus d'entrer en matière sur une demande de révision de sa décision du 22 juin 2017, au motif qu'elle avait été déposée tardivement.

Formellement, elle porte ainsi sur la seule recevabilité de la demande de révision.

Il convient d'abord de discuter sous cet angle les griefs formulés dans le recours.

3.2. En l'espèce, le recourant se prévaut de faits qui ont été constatés par le Tribunal fédéral dans un arrêt du 2C_32/2017 rendu le 22 décembre 2017, avant de faire l'objet de plusieurs articles dans la presse aux mois de février et mars 2018. Il indique en avoir eu connaissance le 29 juin 2018, lorsqu'il s'est entretenu pour la première fois avec son mandataire, consulté en lien avec les suites de l'accident survenu le 1^{er} septembre 2017 (voir partie en fait, let. A).

3.2.1. Ces faits sont résumés comme suit dans l'arrêt 9F_5/2018 rendu par le TF le 16 août 2018, consid. 1.2 (publié *in* ATF 144 V 258) :

« Par arrêté du 25 juin 2015, le Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé de la République et canton de Genève a retiré à la Clinique C._____ SA [...] l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois. Ce retrait a été confirmé par le Tribunal fédéral en ce qui concerne du moins les départements "psychiatrie" et "expertise" de cet établissement, par l'arrêt cité du 22 décembre 2017; il a été effectif du 1^{er} mars au 1^{er} juin 2018 (publication de la Feuille d'avis officielle de la République et canton de Genève du 21 février 2018). A la suite de cet arrêt, la Cour de justice de la République et canton de Genève a publié un communiqué de presse aux termes duquel les assurés dont le droit à des prestations a été nié sur la base d'une expertise effectuée à la clinique C._____ ont la possibilité de demander la révision - devant l'autorité qui a statué en dernier lieu (Office cantonal de l'assurance-invalidité, CNA ou autre assurance, Chambre des assurances sociales de la Cour de justice ou Tribunal

fédéral) - de la décision les concernant - sans garantie quant au succès de cette démarche - dans un délai de 90 jours depuis la connaissance des faits susmentionnés. La presse romande a fait largement état de la sanction en question et relayé le contenu du communiqué de presse de la Cour de justice, notamment la Tribune de Genève dans un article publié le 20 mars 2018 ».

Ce résumé a notamment été repris dans l'arrêt 8F_8/2018 rendu par le TF le 7 janvier 2019, consid. 1.2, avec la précision que les faits en question avaient également été exposés sur le site internet www.rts.ch le 28 février 2018.

Dans ses observations du 11 décembre 2019, Mutuel Assurance ajoute que le sujet a été traité dans tous les médias romands à partir du 23 février 2018 déjà et qu'en particulier le quotidien fribourgeois « La Liberté » a fait part de la possibilité de demander une révision dans son édition du 3 mars 2018 déjà, soit bien avant le communiqué de presse genevois.

3.2.2. Le recourant indique clairement la date (29 juin 2018) et les circonstances (premier entretien avec son mandataire) dans lesquelles il a eu connaissance des éléments de fait précités. Il allègue également de façon crédible qu'il traversait à l'époque (en 2018) de graves difficultés tant sur le plan personnel que professionnel et qu'il ne prêtait dès lors guère d'attention aux médias, ce qui peut expliquer qu'il n'ait pas eu connaissance des informations relayées par les médias en février et mars 2018.

Il est en outre possible que l'assureur protection juridique du recourant, mandaté par celui-ci le 4 octobre 2017 et le 13 avril 2018 pour entreprendre des démarches en lien avec des litiges relatifs respectivement à des prestations de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents (voir partie en fait, let. A), n'ait pas non plus transmis ces informations au recourant. Il n'avait en effet pas été mandaté par celui-ci en lien avec les suites de la décision rendue par Mutuel Assurance en matière d'indemnités perte de gain maladie.

Quant à Mutuel Assurance, elle ne prétend pas que le recourant aurait effectivement eu connaissance des faits en question avant le 29 juin 2018. Au contraire, se référant dans ses observations à l'arrêt TF 9F_5/2018 précité, elle part de l'idée que le délai relatif de 90 jours doit être calculé en l'espèce en prenant comme date de départ le même jour que celui ressortant de cet arrêt, à savoir le 20 mars 2018, lors de la parution d'un article dans la Tribune de Genève. En cela, elle confond l'examen de la question du respect du délai de 90 jours à partir de la découverte des faits invoqués, seule déterminante pour statuer sur la recevabilité de la demande de révision, avec celle de l'éventuelle tardiveté de cette découverte, qui relève d'un examen au fond.

Dans ces conditions, il peut être admis au degré de la vraisemblance prépondérante, généralement applicable en matière d'assurances sociales, que le recourant a effectivement eu connaissance le 29 juin 2018 des faits invoqués à l'appui de sa demande de révision.

3.3. Il résulte de ce qui précède qu'en déposant sa demande de révision le 5 septembre 2018, soit moins de 90 jours après avoir eu connaissance de la sanction prononcée à l'égard de la Clinique C._____, le demandeur a respecté le délai prévu par l'art. 67 al. 1 PA, applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA. Par ailleurs, il a fondé sa demande sur des motifs prévus par la loi, de telle sorte qu'elle était recevable.

C'est dès lors à tort que Mutuel Assurance a rendu formellement une décision de non-entrée en matière le 30 avril 2019 et qu'elle l'a confirmée par décision sur opposition du 28 août 2019.

4.

Examen de l'éventuelle tardiveté de la découverte du motif invoqué

4.1. Il a été vu ci-dessus que, formellement, la décision attaquée porte sur la seule recevabilité de la demande en révision déposée le 5 septembre 2018.

Cela étant, Mutuel Assurance ne se limite pas dans sa décision au seul examen des conditions de recevabilité de cette demande. Au contraire, probablement en raison de la confusion entre les questions relevant de la forme et du fond déjà relevée ci-dessus (consid. 3.2.3), elle y traite également de la question du caractère tardif de la découverte du motif de révision invoqué. A cet égard, elle affirme en substance que le recourant aurait dû être informé au sujet des faits en question bien avant l'entretien du 29 juin 2018 avec son mandataire, à tout le moins par l'intermédiaire de l'assureur protection juridique qu'il avait mandaté pour des litiges en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents qui, en tant que mandataire professionnel, avait forcément pris connaissance des événements liés à l'affaire C._____ au moment de l'intervention des médias et de la justice genevoise.

Il faut dès lors admettre que, fondée sur des motifs relevant du fond du litige, la décision attaquée constitue matériellement une décision de rejet de la demande de révision du 5 septembre 2018. Par ailleurs, il doit aussi être constaté que, par ses griefs, le recours est également dirigé contre cette motivation sur le fond. Dans ces circonstances, rien ne s'oppose à ce que la cause soit également examinée sous l'angle de l'éventuelle tardiveté de la découverte du motif invoqué par le recourant, ne serait-ce que par économie de procédure.

4.2. La question de savoir si le recourant a tardé ou non à découvrir le motif invoqué doit s'apprécier à l'aune du principe de la bonne foi (ci-dessus consid. 2.3 *in fine*).

4.2.1. Aux termes de l'art. 5 al. 3 la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst.; RS 101), les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir de manière conforme aux règles de la bonne foi.

Le principe de la bonne foi était implicitement garanti par la Constitution fédérale du 29 mai 1874, sous l'angle du principe général de l'égalité de traitement (art. 4 aCst.). Il a été développé à l'origine sur la base des concepts propres au droit civil (voir art. 2 du code civil suisse du 10 décembre 1907, CC; RS 210), et a été étendu par la jurisprudence à l'ensemble des domaines du droit. S'agissant de l'activité étatique (relation entre organes de l'Etat et particuliers), il est dorénavant explicitement consacré par l'art. 5 al. 3 Cst. et l'art. 9 Cst., cette dernière disposition représentant un droit constitutionnel qui peut être invoqué par le justiciable (arrêt TF 4A_93/2012 du 21 mai 2012 consid. 4.2 et les références).

4.2.2. Le principe de la bonne foi impose l'état d'esprit honnête qui doit animer toute partie à toute relation juridique ou assimilée. Pour les différentes parties à un rapport relevant du droit public, cela implique qu'elles doivent agir avec cet état d'esprit honnête (DUBEY, Droits fondamentaux vol. II, p. 644 n. 3465 s.).

4.2.3. Ce principe trouve de nombreuses concrétisations en droit administratif, dans les lois de procédure et de fond.

A titre illustratif, on peut citer l'exemple de l'art. 25 al. 1 LPGA, à teneur duquel la restitution de prestations indûment touchées ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle

le mettrait dans une situation difficile. Selon la jurisprudence relative à cette disposition légale, l'ignorance, par le bénéficiaire des prestations, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations ne suffit pas pour admettre qu'il était de bonne foi. Il faut bien plutôt qu'il ne se soit rendu coupable, non seulement d'aucune intention malicieuse, mais aussi d'aucune négligence grave. Une telle négligence grave est retenue quand un ayant droit ne se conforme pas à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances. Dans ce cadre, la jurisprudence distingue ainsi entre la bonne foi en tant que manque de conscience, de la part de l'intéressé, d'agir contrairement au droit et la question de savoir s'il peut invoquer la bonne foi dans les circonstances données ou s'il aurait dû, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait exiger de lui, reconnaître l'irrégularité qui s'est produite (arrêt TF 9C_644/2017 du 19 janvier 2018 consid. 5.1).

4.2.4. La jurisprudence fait également appel au principe de la bonne foi comme outil d'interprétation des lois. C'est le cas de la règle jurisprudentielle qui est reprise en l'espèce pour répondre à la question de savoir si le demandeur a tardé à découvrir le motif de révision qu'il invoque.

La référence au principe de la bonne foi pour répondre à cette question peut être interprétée concrètement comme suit. Pour admettre que le destinataire d'une décision n'a pas tardé à découvrir le motif de révision qu'il invoque, il ne suffit pas de faire le constat (tautologique) qu'il était resté durant un certain temps dans l'ignorance du fait en question. Il faut bien plutôt vérifier qu'il s'est conformé à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances. Plus concrètement encore, il s'agit ainsi de déterminer s'il peut invoquer sa bonne foi ou s'il aurait pu et dû, en faisant la preuve de l'attention que l'on pouvait exiger de lui dans les circonstances données, découvrir plus tôt le fait qu'il invoque à l'appui de sa demande.

4.3. En l'espèce, il a été vu ci-dessus que les faits invoqués par le recourant ont été largement diffusés dans les médias romands en février et mars 2018. Ils ont ainsi fait l'objet de comptes-rendus dans les journaux télévisés de la RTS le 24 février 2018 (voir www.rts.ch, consulté à la date de l'arrêt). Ils ont également été largement traités en particulier par le quotidien fribourgeois « La Liberté » dans ses éditions du 24 février 2018 (« Une clinique genevoise interdite d'exploiter pendant trois mois », du 3 mars 2018 (« Expertises médicales mises en doute »), du 15 mars 2018 (« Les assurés dans l'incertitude »), du 19 mars 2018 (« Possibilité de demander une révision après une expertise de C._____ »). On peut encore relever qu'ils ont donné lieu à une question déposée par deux cosignataires auprès du Grand Conseil du canton de Fribourg le 12 mars 2018 (www.parlinfo.ch, consulté à la date de l'arrêt).

Cela implique que, à tout le moins à partir du 19 mars 2018, ces faits étaient de notoriété publique. Il faut ainsi admettre qu'ils pouvaient être connus de toute personne qui s'informe régulièrement des nouvelles romandes et fribourgeoises, ce qui peut être raisonnablement attendu de tout citoyen actif. C'est d'autant plus le cas pour le recourant qui a été durant de nombreuses années directeur d'une entreprise active dans la construction dont le siège se trouvait dans le canton de Fribourg et qui a dû être amené à ce titre à entretenir un réseau de connaissances et à se renseigner régulièrement au sujet du contexte économique et plus généralement de la vie de sa région.

Les explications du recourant selon lesquelles il vivait alors de graves difficultés tant sur le plan personnel que professionnel et ne prêtait guère d'attention aux médias ne changent rien à cette

conclusion. Au contraire, on peut même considérer que le contexte de difficultés dont il fait état aurait plutôt dû l'encourager à se tenir plus particulièrement au courant – par lui-même ou par des tiers – au sujet des informations générales accessibles à tout citoyen dans le domaine des assurances. En effet, durant la période en cause, à savoir à partir de février ou mars 2018, il se trouvait en litige avec son assureur-accidents pour les suites d'un accident survenu le 1^{er} septembre 2017, ainsi qu'avec l'Office de l'assurance-invalidité qui projetait de refuser la demande de prestations qu'il avait déposée. Le 4 octobre et le 13 avril 2018, il avait même mandaté son assureur protection juridique pour défendre ses droits dans le cadre de ces litiges. On peut dès lors considérer que, en effectuant les démarches et en faisant preuve de l'attention qui pouvaient être raisonnablement attendues de lui dans ces circonstances, le recourant aurait pu et dû avoir connaissance de l'existence des dysfonctionnements survenus au sein de la Clinique C._____ à fin mars 2018 au plus tard, soit bien avant l'entretien du 29 juin 2018 avec son mandataire.

4.4. Il résulte de ce qui précède que le recourant a tardé durant environ trois mois pour découvrir finalement le 29 juin 2018 le motif qu'il invoque à l'appui de sa demande déposée le 5 septembre 2018. En conséquence, il ne peut s'en prévaloir valablement, de telle sorte qu'une condition de fond n'est pas remplie pour que la demande de révision soit admise.

5.

Sort du recours et frais.

5.1. Vu les conclusions tendant à l'admission de la demande de révision, le recours doit être rejeté. Pour la bonne forme, la décision sur opposition attaquée, qui confirmait une décision de non-entrée en matière en raison du caractère tardif de la demande, sera modifiée dans le sens que la demande de révision du 5 septembre 2018 est en réalité rejetée sur le fond.

5.2. Vu le principe de gratuité applicable en matière d'assurance-maladie et le sort du recours, il ne sera ni perçu de frais, ni alloué de dépens.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours est rejeté.

La décision sur opposition attaquée est modifiée dans le sens que la demande de révision du 5 septembre 2018 est rejetée.

II. Il n'est pas perçu de frais de procédure.

III. Il n'est pas alloué de dépens.

IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 5 novembre 2020/msu

Le Président :

La Greffière-stagiaire :