

FR_GERICHTE 605 2015 83 vom 23. Juni 2017

FR Kantonsgericht, 2017-06-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_83

FR: FR_GERICHTE 605 2015 83 du 23 juin 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2015 83 del 23 giugno 2017

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 26

septembre 2011, il a chuté d'une hauteur de 3 mètres avec une brouette de béton. Il a subi une rupture de la coiffe des rotateurs à gauche. Puis, le 30 octobre 2011, en remontant des escaliers sur un chantier, il a tapé avec le haut de l'épaule gauche au coin sur l'avancement d'une dalle, ce qui a augmenté la douleur au niveau de cette épaule (voir déclarations de sinistre et rapports médicaux, dossier administratif pièces 4, 10, 19, 39, 54). Il a notamment perçu des indemnités journalières perte de gain maladie, avec quelques interruptions, à partir du 16 avril 2007 jusqu'au 10 janvier 2013, à des taux compris entre 50% et 100% (voir dossier administratif pièce 96, avec rectification selon pièce 38). S'agissant de l'assurance-accidents, en lien avec les événements du 26 septembre 2011 et du

E. 30

octobre 2011, considérés comme des rechutes de l'accident du 19 janvier 2010 (voir dossier administratif pièce 45), la SUVA a versé des indemnités journalières à partir du 11 octobre 2011, aux taux suivants: 70% jusqu'au 11 décembre 2011, 50% du 12 décembre 2011 au 15 avril 2012, 100% du 16 avril 2012 au 6 mai 2012, 70% du 7 mai 2012 au 13 mai 2012, 50% du 14 mai 2012 au 31 décembre 2012. Enfin, du point de vue de l'assurance-invalidité, par décision du 26 mai 2009, confirmée sur recours par arrêt du Tribunal cantonal du 22 décembre 2011 (cause 605 2009 85), l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Fribourg a rejeté la demande de rente déposée par le recourant, considérant notamment qu'il demeurait apte au travail dans une activité adaptée, sans diminution de rendement (voir également, suite à une nouvelle demande, décision du 25 septembre 2013 allant dans le même sens; dossier administratif pièce 131). B. Par courrier du 6 février 2013 adressé au recourant (dossier administratif pièce 98), la SUVA s'est référée à différents documents récents en sa possession faisant ressortir que celui-ci était incapable de travailler pour cause de maladie depuis plusieurs années. Sur cette base, elle a relevé qu'elle avait éventuellement versé des indemnités journalières à tort et elle a suspendu le versement de celles-ci jusqu'à nouvel avis. Par courrier du 28 février 2013 (dossier administratif pièce 101), en lien avec les seules suites de l'accident du 19 janvier 2010, la SUVA a indiqué au recourant qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières avec effet au 31 mars 2013 et qu'elle le reconnaissait apte à reprendre un travail « dans la plus forte mesure possible ». Elle a précisé qu'elle continuait à prendre en charge les contrôles médicaux encore nécessaires pour l'épaule

Tribunal cantonal TC Page 3 de 9 gauche, qu'elle examinait tant l'éventualité d'un remboursement d'indemnités journalières payées en trop que le droit à d'autres prestations d'assurance, telles qu'une rente. C. Par décision du 21 mars 2013 (dossier administratif pièce 111), la SUVA a exigé la restitution d'un montant de CHF 16'501.50 correspondant aux indemnités journalières versées en trop pour la période à partir du 21 mars 2012, durant laquelle le recourant avait présenté une incapacité de travail pour cause de maladie. A cet égard, elle a retenu les taux d'incapacité suivants: 70 % du 21 mars 2012 au 7 avril 2012, 100% du 8 avril 2012 au 20 avril 2012, 0% du 21 avril 2012 au 8 juillet 2012, 100% du 9 juillet 2012 au 1er août 2012, 0% du 2 août 2012 au 20 août 2012 et 75% depuis le 21 août 2012). Agissant par son mandataire le 11 avril 2013, le recourant s'est opposé à cette décision le 11 avril 2013 (dossier administratif pièce 115). Il a conclu principalement à son annulation, subsidiairement à ce qu'il soit renoncé à exiger la restitution des indemnités journalières prétendument perçues de manière indues. A l'appui de ses conclusions principales, il a en particulier contesté les taux d'incapacité de travail pour cause de maladie précités, affirmant qu'au contraire il était incapable de travailler pour cause d'accident durant la période en cause. Par décision du 26 mars 2015 (dossier administratif pièce 141), la SUVA a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Dans ses considérants, elle a par ailleurs augmenté le montant à restituer à CHF 26'487.90 pour la période du 21 mars 2012 au 31 décembre 2012. Elle a confirmé que des indemnités journalières avaient été versées en trop durant cette période, en raison d'une application incorrecte des règles de coordination entre l'assurance-accident et l'assurance-maladie. Au surplus, la restitution pouvait être exigée car le recourant n'était pas de bonne foi et ne présentait pas une situation financière difficile. D. Par recours du 16 avril 2015 interjeté par son mandataire, le recourant conteste la décision du 26 mars 2015, concluant à son annulation et à la restitution de l'effet suspensif, sous suite de frais et dépens. Se fondant pour l'essentiel sur le fait qu'il n'existait selon lui aucune incapacité de travail d'origine malade du 21 mars 2012 au 31 décembre 2012, il conteste le caractère erroné des décisions matérielles par lesquelles la SUVA lui a octroyé des indemnités journalières pour cette période. Les conditions d'une reconsidération n'étant pas remplies, celle-ci ne pouvait dès lors pas modifier ces décisions. Et même si tel était le cas, elle ne pouvait pas exiger la restitution des prestations versées. En effet, d'une part le recourant était de bonne foi et ne disposait pas des ressources lui permettant de rembourser le montant exigé. D'autre part, le droit d'exiger la restitution était périmé au moment où la SUVA l'a fait valoir. Par décision du 1er mai 2015, la SUVA a annulé la décision du 26 mars 2015 en tant qu'elle retirait l'effet suspensif à un éventuel recours. Il en a été pris acte par décision présidentielle du 20 mai 2015 de la Cour de céans (cause 605 2015 84). Dans ses observations du 13 juillet 2015, la SUVA conclut au rejet du recours, en reprenant pour l'essentiel les arguments déjà développés notamment dans sa décision sur opposition du 26 mars 2015. Elle relève en particulier que le recourant a effectivement subi une incapacité de travail pour cause de maladie à un taux oscillant entre 70% et 100% durant la période concernée par la restitution et que c'est en conséquence à tort que des indemnités journalières de l'assurance-accident ont été versées. De plus, le caractère manifestement erroné de ces versements constitue un motif qui permettait à la SUVA de reconsidérer ses décisions matérielles et le droit à la restitution ne s'est pas périmé puisque la notification de la décision de restitution du 21 mars 2013 est intervenue dans le délai légal d'une année à compter de la naissance de la

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 créance. Enfin, l'argument de la bonne foi est invoqué de façon prématurée par le recourant, cette question devant faire l'objet d'une décision

distincte à rendre sur la base d'une demande de remise de l'obligation de restituer. Dans un second échange d'écritures, les parties maintiennent leurs positions respectives. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. a) Selon l'art. 25 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), les prestations indûment touchées doivent être restituées (al. 1, 1ère phrase). L'obligation de restituer suppose que soient réalisées les conditions d'une révision procédurale (voir art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (voir art. 53 al. 2 LPGA) de la décision - formelle ou non - par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 et les références). b) Aux termes de 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 subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. L'art. 53 al. 2 LPGA énonce quant à lui que l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. c) En l'espèce, en l'absence de faits ou de moyens de preuve nouveaux qui ne pouvaient être produits avant le versement des prestations en cause, rien n'indique que les conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA pourraient être remplies. La SUVA ne l'affirme du reste pas. Dans un premier temps, il s'agit uniquement d'examiner si les décisions (matérielles) de versement des prestations de l'assureur accident pour la période du 21 mars 2012 au 31 décembre 2012 pouvaient faire l'objet d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. Pour cela, il faut que le caractère manifestement erroné de ces décisions soit établi et que leur rectification revête une importance notable. 3. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2) En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a). b) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. L'assureur-accidents verse ainsi également la pleine indemnité journalière quand l'incapacité de travail est due pour une part à l'accident et pour une part à la maladie. L'assureur-maladie n'intervient alors qu'à titre subsidiaire, pour le

découvert éventuel et sous réserve de surindemnisation (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3ème éd. 2016, p. 1039, n. 496). L'application de l'art. 36 LAA ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident soit une affection secondaire à ce dernier. Elle implique uniquement que l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage. L'art. 36 al. 1 LAA n'est pas applicable, en revanche, lorsque les deux facteurs ont causé des lésions sans corrélation entre elles, par exemple des atteintes portées à des parties différentes du corps; dans ce cas, les suites de l'accident doivent être considérées pour elles-mêmes (ATF 126 V 116 consid. 3a; arrêt TF 8C_696/2014 du 23 novembre 2015 consid. 2.3; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, p. 1015, n. 381). c) aa) En l'espèce, la question est de savoir si le versement par l'assureur-accidents d'indemnités journalières correspondant à des incapacités de travail de 50% du 21 mars 2012 au 15 avril 2012, 100% du 16 avril 2012 au 6 mai 2012, 70% du 7 mai 2012 au 13 mai 2012 et 50% du 14 mai 2012 au 31 décembre 2012 est manifestement erroné, en raison d'incapacités de travail liées à une maladie préexistante retenues par la décision attaquée à raison de 100% du 21 mars 2012 au 20 avril 2012, 70% du 21 avril 2012 au 3 juillet 2012, 100% du 4 juillet 2012 au 1er août 2012, 70% du 2 août 2012 au 20 août 2012 et 75% du 21 août 2012 au

E. 31

décembre 2012, la décision imputant la totalité de l'incapacité de travail attestée aux lésions et douleurs à l'épaule gauche n'est pas manifestement erronée. Quant à la période du 7 mai 2012 au 4 juin 2012, le taux d'incapacité de travail indemnisé par l'assurance-accidents a été de 70% du 7 mai 2012 au 13 mai 2012, puis de 50% du 14 mai 2012 au 4 juin 2012, alors que l'incapacité de travail globale attestée était de 100%. Pour les mêmes raisons que celles exposées ci-dessus en lien avec le poids prépondérant donné par les médecins aux douleurs et lésions à l'épaule gauche, cette prise en charge ne relève elle non plus pas d'une erreur manifeste. dd) Indépendamment de ce qui précède, la SUVA affirme dans sa décision sur opposition que l'incapacité de travail liée à la seule maladie, distincte de celle liée aux accidents qui se sont succédé à partir de 2010, était de 50% depuis le 16 avril 2012, de telle sorte que

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 l'assurance-accidents ne devait indemniser que le solde de l'incapacité de travail globale attestée pour la période concernée, soit du 21 avril 2012 au 31 décembre 2012. Dans ses observations sur recours, elle va dans le même sens en relevant que pour la période précitée, le recourant a sollicité et obtenu des prestations de l'assurance d'indemnités perte de gain maladie pour un taux d'incapacité oscillant entre 70% et 100%. Sur cette base, elle retient que le recourant ne pouvait faire valoir son droit à des indemnités journalières de l'assurance-accidents que pour la part d'incapacité de travail supplémentaire à ces taux. Cette position ne peut pas être suivie. En effet, elle repose sur le seul constat que le recourant a demandé des indemnités pertes de gain de l'assurance-maladie sur la base de taux d'incapacité de travail de 70% à 100% attestés sur le formulaire de cette assurance rempli par Dr G. _____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant. Or, ce document ne constitue pas un rapport médical permettant d'expliquer les raisons pour lesquelles les taux d'incapacité retenus sont plus élevés que ceux fixés globalement par Dr D. _____ et confirmés tant par l'expert mandaté par l'Office de l'assurance-invalidité que par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Par ailleurs, rien ne permet d'affirmer d'emblée que ces taux attestés par le médecin généraliste traitant ne visent pas également, dans une mesure qui resterait à déterminer, la part d'incapacité liées aux lésions et douleurs

à l'épaule gauche. Quant au fait que l'assurance d'indemnités perte de gain maladie ait versé des prestations, il ne suffit pas non plus pour établir que celles-ci étaient réellement dues. Cela est d'autant plus vrai qu'au vu de leur ampleur relativement limitée (un peu moins de CHF 6'000.- pour l'ensemble de la période concernée; voir pièce 6 du bordereau du recours), il est envisageable que cette assurance se soit limitée à interrompre le versement des indemnités (voir courrier du 17 mai 2013 faisant suite à un projet de décision de refus de rente d'invalidité fondé sur l'expertise du 14 septembre 2012), en renonçant à exiger leur restitution totale ou partielle. S'agissant encore des propos du recourant en audition du 25 février 2013 devant l'inspecteur de la SUVA, selon lesquels il a expliqué ne travailler en raison de sa maladie que deux heures par jour (voir observations du 13 juillet 2015), ils ne sont pas non plus suffisants, sortis de leur contexte, pour remettre en cause les rapports essentiellement convergents des médecins et à faire ainsi apparaître comme manifestement erronés les taux d'incapacité de travail indemnisés par l'assurance-accident. Enfin, l'on ne peut pas non plus conclure, vu tout ce qui précède, à la survenance, au cours de la période litigieuse, d'un cas de surassurance qu'il y aurait lieu de corriger. ee) En conséquence, en l'absence d'erreur manifeste dans la fixation des taux d'incapacité de travail pris en considération pour fixer les indemnités journalières de l'assurance-accidents versées au recourant pour la période du 21 mars 2012 au 31 décembre 2012, les conditions d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA ne sont pas remplies. La SUVA n'était dès lors pas fondée à exiger la restitution d'une partie des indemnités journalières qu'elle a versées pour cette période. 4. a) Le constat que les conditions d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA ne sont pas remplies en l'espèce suffit à vider le litige. Le recours sera dès lors admis et la décision attaquée annulée, sans qu'il soit nécessaire d'examiner tant le grief relatif à la péremption du droit d'exiger la restitution des indemnités (art. 25 al. 2, 1^{ère} phrase, LPGA) que celui concernant

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 l'impossibilité d'exiger cette restitution eu égard à la bonne foi du recourant et à la situation difficile à laquelle celui-ci serait confronté (art. 25 al. 1 LPGA). b) Selon le principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice. c) Vu l'issue de la procédure, le recourant a droit à une indemnité pour ses frais et dépens, conformément à l'art. 61 let. g LPGA. Son mandataire a produit une liste d'honoraires et débours totalisant CHF 5'506.95 (CHF 4'858.35 d'honoraires pour 19 heures 26 minutes au tarif de CHF 250 /heure, CHF 138.50 de photocopies, CHF 102.20 de débours et CHF 407.90 de TVA). Considérant cette liste, d'une part l'importance et la relative complexité de l'affaire, en particulier le double échange d'écritures, et d'autre part que les heures de travail indiquées comprend plus de cinq heures relatives à des opérations antérieures à la procédure de recours, l'indemnité sera fixée à CHF 3'996.- (CHF 3'500.- d'honoraires pour 14 heures au tarif de CHF 250.-/heure, CHF 200.- de photocopies et autres débours et CHF 296.- de TVA). la Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, la décision attaquée est annulée. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il est alloué au recourant une indemnité de CHF 3'996.-, TVA comprise de CHF 296.-, mise à la charge de l'autorité intimée. IV. Communication. 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 23 juin 2017/msu Président
Greffier-stagiaire

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.