

FR_GERICHTE 605 2020 75 vom 5. März 2021

FR Kantonsgericht, 2021-03-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_75

FR: FR_GERICHTE 605 2020 75 du 5 mars 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 75 del 5 marzo 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 17

septembre 2009. Suite à l'opposition de l'assurée et en présence de nouveaux éléments médicaux, une convention avait été conclue entre les parties le 17 octobre 2012 : d'une part, le taux de l'IPAI avait été augmenté à 25% et d'autre part, AXA avait repris le versement des indemnités journalières dans l'attente de la stabilisation de l'état de santé ainsi que des résultats de l'instruction menée entre-temps par l'Office de l'assurance-invalidité, également sollicitée à son tour. Un second versement au titre d'IPAI avait été effectué le 20 novembre 2012, d'un montant de CHF 24'568.30 (correspondant à l'IPAI de 25%). C. Par décision du 18 août 2016, confirmée sur opposition le 6 avril 2020 après un arrêt de renvoi de la Cour de céans sur cette question, AXA a demandé à son assurée la restitution d'un montant de CHF 16'020.- versé en trop, le second versement au titre d'IPAI de 2012 ayant été payé sans tenir compte du premier versement provisoire de 2009. D. Représentée par Me Charles Guerry, A. _____ interjette recours contre cette dernière décision sur opposition, concluant, avec suite d'une indemnité de partie, à être libérée de son obligation de rembourser. Elle s'oppose en effet au principe d'une restitution, faisant en substance valoir qu'elle ne s'était à l'époque pour sa part pas rendu compte de l'erreur d'AXA, erreur exclusivement imputable à une faute de cette dernière qui, durant des mois après l'avoir commise, aurait été en mesure de s'en apercevoir alors qu'elle continuait à gérer ce dossier. Le délai de péremption d'une année pour exiger la restitution était donc arrivé à échéance bien avant le 18 août 2016, date de la décision initiale de restitution. Dans ses observations, AXA propose le rejet du recours, soutenant que ce n'était qu'au moment de l'examen final et du bouclage du dossier qu'une telle erreur pouvait être décelée. Il sera fait état du détail des arguments soulevés par les parties dans les considérants en droit du présent jugement, dans le cadre desquels seront notamment examinés leurs moyens de preuve.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 9 en droit 1. Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. Selon l'art. 24 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2, 1ère phr.). 2.1. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a

pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident. Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc...) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (arrêt TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références citées). 2.2. D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). 3. Selon l'art. 25 al. 1 et 2 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable au contentieux de l'assurance-accidents par le biais du renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1). Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant (al. 2). L'art. 3 de l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale des assurances sociales (OPGA; RS 830.11) précise que l'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision (al. 1), que l'assureur indique la possibilité d'une remise dans la décision en restitution (al. 2) et que l'assureur décide dans sa décision de renoncer à la restitution lorsqu'il est manifeste que les conditions d'une remise sont réunies. En outre, les art. 4 et 5 OPGA traitent respectivement de la remise et de la situation difficile.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 3.1. Au regard de l'art. 25 LPGA et de la jurisprudence y relative, la procédure de restitution de prestations implique trois étapes en principe distinctes: une première décision sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération de la décision par laquelle celles-ci étaient allouées sont réalisées; une seconde décision sur la restitution en tant que telle des prestations, qui comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs ou non de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations, à la lumière de l'art. 25 al. 1 première phrase LPGA et des dispositions particulières du RAI et, le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1 2ème phrase LPGA (cf. art. 3 et 4 OPGA; arrêt TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 5.2). 3.2. A teneur de l'art. 25 al. 2, 1ère phrase, LPGA, le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Nonobstant la terminologie légale, il s'agit de délais (relatif et absolu) de péremption (ATF 124 V 380 consid. 1; 122 V 270 consid. 5a). Ces délais ne peuvent par conséquent pas être interrompus. Lorsque l'autorité a accompli l'acte conservatoire que prescrit la loi, le délai se trouve sauvegardé, cela une fois pour toutes (arrêt TF 8C_616/2009 du 14 décembre 2009 consid. 3.1 et les références citées). 3.2.1. Le délai relatif d'une année commence à courir dès que l'administration aurait dû s'apercevoir, en faisant preuve de l'attention raisonnablement exigible, que les conditions d'une restitution étaient données (arrêt TF 8C_120/2008 du 4 septembre 2008 consid. 3.2 et les références citées). Lorsque la restitution est imputable à une faute de l'administration

(par exemple une erreur de calcul d'une prestation), on ne saurait considérer comme point de départ du délai le moment où la faute a été commise. En effet, si l'on plaçait le moment de la connaissance du dommage à la date du versement indu, cela rendrait souvent illusoire la possibilité pour une administration de réclamer le remboursement de prestations versées à tort en cas de faute de sa part. Par contre, il commence à courir dès le moment où l'administration, dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle comptable), aurait dû se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. Cette jurisprudence vise un double but, à savoir obliger l'administration à faire preuve de diligence, d'une part, et protéger l'assuré au cas où celle-ci manquerait à ce devoir de diligence, d'autre part (arrêt TF H 198/2006 du 25 juillet 2007 consid. 5.1). En outre, lorsque le concours de plusieurs autorités administratives est requis (par exemple l'office AI et la caisse de compensation pour le calcul des rentes), il suffit que l'une d'elles ait une connaissance suffisante des faits donnant lieu à restitution (cf. arrêt TF I 306/04 du 23 septembre 2004 consid. 4.1; ATF 119 V 431 consid. 3a; 112 V 180 consid. 4c). 3.2.2. Enfin, si, au moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, la prestation n'a pas encore été versée, le délai d'une année de péremption selon l'art. 25 al. 2 première phrase LPGa ne peut commencer à courir qu'avec le versement effectif de la prestation, la créance en restitution de rentes mensuelles versées à tort n'étant pas sujette à péremption aussi longtemps que la prestation périodique n'a pas encore été versée (arrêt TF 9C_363/2010 du 8 novembre 2011 consid. 2.1; CR LPGa-PÉTREMAND, art. 25 LPGa N 95).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 4. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 43/1996-1997 n°17 p. 83 consid. 2a; 39/1991 n°11 p. 99 et 100 consid. 1b; 38/1990 n°12 p. 67 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 5. Est en l'espèce litigieuse la restitution d'une partie des prestations allouées à l'époque au regard de l'atteinte à l'intégrité subie par la recourante. Cette dernière ne conteste pas avoir reçu un montant en trop, mais soutient en revanche que le délai péremptoire d'une année après la constatation de l'erreur commise par AXA au moment du versement intégral de l'IPAI en 2012, alors qu'un premier montant avait déjà été versé en 2009, était largement échu en automne 2016, soit au moment où la décision initiale de restitution a été rendue. Ce versement en trop, dont elle n'avait pu elle-même se rendre compte, ne pouvait en revanche échapper à AXA qui n'avait après cela cessé de

gérer son dossier, ayant ainsi eu de multiples occasions de réaliser son erreur. Qu'en est-il ?

5.1. Accident et versement des prestations litigieuses La recourante a été victime d'un accident de la circulation au Maroc en 2002, accident qui lui occasionna notamment une fracture de la vertèbre L4. Elle a subi plusieurs opérations dans les années qui ont suivi, notamment entre 2002 et 2006, puis plus tard en 2011. 5.1.1. Cela étant et comme la Cour de céans avait eu l'occasion de le relever dans son précédent jugement du 7 février 2020 aujourd'hui entré en force (605 2018 273), une expertise pluridisciplinaire, réalisée le 8 septembre 2015 par la Polyclinique Médicale Universitaire (ci-après : PMU), a conclu à l'exigibilité d'une activité adaptée à 100%, moyennant une diminution de rendement de 20% pour autoriser des changements de position. Les experts avaient notamment

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 constaté que, suite à la consolidation acquise grâce à la dernière opération pratiquée le 31 octobre 2011, la situation était demeurée stable sur le plan orthopédique. Aucun diagnostic invalidant n'avait en outre été reconnu sur le plan psychique. 5.1.2. Des spécialistes, dont ceux de la Clinique romande de réadaptation, s'étaient pour leur part prononcé sur le degré d'atteinte à l'intégrité, qui avait été finalement fixé, après convention passée le 17 octobre 2012 avec la recourante, à 25% (dossier AXA, pièce A 123). Ce taux d'atteinte à l'intégrité n'est en l'espèce pas contesté. Ce sont les modalités du versement de l'indemnité (IPAI) due en conséquence qui sont en revanche à l'origine du présent litige. 5.1.3. La recourante, et elle ne le conteste pas non plus, a bénéficié de deux versements en rapport avec l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le 17 septembre 2009, un premier montant de CHF 16'020.- lui a été payé, qui correspondait à une IPAI de 15% retenue dans une décision initiale du 3 août 2009 (dossier AXA, pièce A 84), cette dernière faisant suite à un projet de décision intitulé « droit d'être entendu » du 24 avril 2009 (dossier AXA, pièce A 80). La recourante s'était opposée le 10 septembre 2010 à ce taux de 15%, estimant prétendre à une indemnité fondée sur un taux d'atteinte à l'intégrité de 30% (dossier AXA, pièce A 90). Le 20 novembre 2012, un second montant de CHF 24'568.30 lui a encore été payé, qui correspondait pour sa part à l'IPAI finalement convenue entre les parties de 25%. 5.1.4. Ce second versement a été effectué à une époque où la recourante s'opposait notamment à la cessation des indemnités journalières qui lui avaient jusqu'alors été octroyées, soutenant à cet égard que son état de santé n'était pas encore stabilisé. L'issue du cas pouvait à cette époque encore également dépendre du résultat de nouveaux examens ordonnés par l'assurance-invalidité désormais également sollicitée, résultat potentiellement susceptible de remettre en cause le droit à la rente de 20% que l'assureur-accidents intimé lui avait reconnu dans sa décision initiale. C'est du reste une rente de 14% qui fut enfin définitivement confirmée par la Cour de céans dans son précédent jugement. 5.1.5. La recourante ayant dès lors reçu une IPAI totale de 40% (15% + 25%), soit plus que ce qui avait été convenu, il faut en déduire, avec les parties qui l'admettent, que le second versement du mois de novembre 2012 résultait d'une erreur commise par l'assureur intimé. 5.2. Échéance du délai de péremption La recourante soutient que la demande de restitution formulée en 2016 par AXA quatre ans après ce second versement serait forclosée, cette dernière assurance n'ayant selon elle pu ignorer son erreur alors même qu'il continuait à s'occuper de gérer son cas. Une telle erreur aurait nécessairement dû être découverte, dans tous les cas de figure, plus d'un an avant la demande de restitution.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 La question est dès lors de savoir si AXA aurait ou non été en mesure de découvrir son erreur plus d'un an avant la demande de restitution, celle-ci

étant précisément datée du 18 août 2016 (dossier AXA, pièce A 141). 5.2.1. A l'appui de son mémoire, la recourante laisse à cet égard entendre qu'en lui versant des indemnités journalières et en lui remboursant des frais de déplacements entre 2013 et 2014, AXA aurait dû, avec un minimum de diligence, s'apercevoir de son erreur. Il sied d'emblée de relever que les échanges relatifs à la poursuite du versement des indemnités journalières ou de la prise en charge du traitement médical, concernaient, comme le relève AXA, un autre type de prestations que celles dites de longue durée : ils n'allaient donc pas nécessairement permettre la découverte d'une erreur commise en rapport avec ces dernières. Si l'on reprend dans le détail toutes les pièces figurant au dossier administratif après le mois de décembre 2012 suivant le second versement de l'IPAI, l'on s'aperçoit en effet qu'il n'est plus fait aucune mention de cette IPAI jusqu'à un courrier détaillé du mandataire actuel de la recourante, daté du 17 juin 2016, et qui commence par un « bref rappel des faits » : dans ce courrier, la convention passée entre les parties en 2012 est tout d'abord brièvement signalée, avant que l'augmentation de l'IPAI, passée de 15% à 25%, ne soit finalement invoquée comme un argument pour dire qu'il n'était pas compréhensible, dans ces conditions, que le taux d'invalidité fixé au départ à 20% ne soit pas non plus augmenté (dossier AXA, pièce A 140). Il apparaît assez clairement que la décision initiale de restitution de l'IPAI versée en trop fait immédiatement suite à ce dernier courrier récapitulatif du mandataire (dossier AXA, pièce A 141). L'on peut en déduire, au degré de la vraisemblance prépondérante, que c'est bien à ce moment-là, à l'occasion du règlement du litige ayant trait aux prestations de longue durée, à savoir au début de l'été 2016, qu'AXA a réalisé qu'elle avait versée, en deux fois, une IPAI trop élevée. Cela étant, la recourante se contente, d'une manière plus générale, de renvoyer au constat général qu'une erreur si grossière ne pouvait pas ne pas avoir été remarquée au cours de l'instruction de son cas. 5.2.2. Or, comme il vient d'être dit, cette instruction ne concernait aucunement l'IPAI. Le 14 mars 2016, soit moins d'un an avant la décision de restitution litigieuse, le médecin-conseil d'AXA, le Dr B. _____, s'était déterminé sur l'expertise confiée par l'assurance-invalidité à la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne du 8 septembre 2015. On s'aperçoit à la lecture de sa prise de position (dossier AXA, pièce M 140) que la question de l'IPAI n'était plus non plus abordée sur un plan médical. Le Dr B. _____ exposait du reste en préambule : « le dossier médical de l'assurée âgée aujourd'hui de 34 ans m'a nouvellement été soumis. Je renvoie à mes prises de position des 23.11.2013, 19.06.2014, 04.08.2014 et 08.01.2015. Sur la base de ces considérations et après octroi du droit d'être entendu du 12.09.2014, les indemnités journalières ainsi que les frais de traitements ont été suspendus au 31.12.2013 ». Tout cela et le reste de cette prise de position médicale, qui se prononce exclusivement sur la capacité de travail, la diminution de rendement et l'opportunité de continuer à prendre en charge

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 des mesures médicales, donne clairement à penser que l'attention d'AXA n'avait plus du tout été attirée sur la question de l'IPAI, la recourante ne la sollicitant plus à cet égard. On peut ainsi bien se figurer qu'il n'y avait alors a priori aucune raison de revenir sur la teneur de la convention signée en 2012, ce qui aurait sans doute permis à AXA de découvrir son erreur plus tôt. 5.2.3. A côté de tout cela, on fera encore remarquer que, dans la convention signée du 17 octobre 2012, la recourante avait fait procéder à un ajout manuscrit qui avait la teneur suivante : « la présente convention est valable, quant à la rente, jusqu'au 24 octobre 2011, puisque dès le lendemain, la rente a été remplacée par l'indemnité journalière. La révision de l'IPAI est réservée » (dossier AXA, pièce A 123). Dans les faits, le taux d'IPAI de 25% n'a certes jamais été remis en question

par la recourante après le second versement du mois de novembre 2012 suivant la signature de la convention. Mais si l'on devait prendre en compte sa propre réserve concernant la révision de l'IPAI, on pourrait aussi penser que cette question de l'augmentation envisageable du taux d'atteinte à l'intégrité était implicitement demeurée en suspens et que ce n'est finalement qu'au moment du règlement de la question des prestations de longues durées, dans le courant de l'année 2016, que le taux d'atteinte à l'intégrité de 25% avait été définitivement entériné dans les faits. En considérant les choses ainsi, ce n'est également qu'en 2016 que le second versement de 2012 pouvait être considéré comme une erreur, le délai de péremption étant là encore, sous cet angle, non échu. 6. Synthèse Il n'est en l'espèce pas établi que l'erreur liée au second versement de l'IPAI au mois de novembre 2012 aurait dû être découverte plus d'un an avant la demande de restitution du mois d'août 2016. Dès lors, la thèse de la recourante ne peut être suivie. Cette dernière semble par ailleurs s'être à tout le moins accommodée du double versement opéré en sa faveur. Dans le courrier récapitulatif du 17 juin 2016 précité par lequel son mandataire proposait pourtant de résumer les faits (dossier AXA, pièce A 140), il n'est jamais fait la moindre allusion à un double paiement de l'IPAI. Or, si l'on suivait son propre raisonnement, chaque versement complémentaire relatif aux indemnités journalières ou aux frais médicaux opéré en sa faveur entre 2013 et 2014 aurait également été pour elle l'occasion de prendre conscience qu'une erreur avait bien été commise en sa faveur en 2012. La recourante paraît donc adopter une attitude pour le moins contradictoire en se prévalant de la découverte, plusieurs années plus tard, d'une erreur qu'elle considère comme évidente pour un assureur en charge de la gestion d'un grand nombre de dossiers, mais aucunement pour elle, qui n'avait pourtant que son propre compte à vérifier. On pouvait au contraire raisonnablement attendre d'elle, qui venait de signer une convention en 2012 en ne pouvant avoir oublié qu'une partie du montant de l'IPAI convenue lui avait déjà été

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 versée, qu'elle se rende compte de l'erreur à cette occasion, ou au plus tard le mois suivant lorsque son compte avait été crédité de la totalité de ce montant. On peut même, dans ces conditions, se demander si elle n'a pas fait preuve de mauvaise foi. 7. Quoi qu'il en soit, il découle de tout ce qui précède que le recours est rejeté, la décision querellée, qui sollicite la restitution, en l'espèce, d'un montant correspondant à une IPAI de 15%, étant ainsi confirmée. 8. Il n'est enfin pas perçu de frais de justice, quand bien même la recourante se situait aux confins de la mauvaise foi et, partant, de la témérité. Dans la mesure où elle succombe, aucune indemnité de partie ne lui est par ailleurs versée. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. La recourante est tenue de restituer le montant perçu en trop, correspondant en l'espèce à une IPAI de 15%. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 mars 2021/mbo Le Président : La Greffière-stagiaire :

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