

FR_GERICHTE 605 2021 201 vom 10. Juni 2022

FR Kantonsgericht, 2022-06-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_201

FR: FR_GERICHTE 605 2021 201 du 10 juin 2022

IT: FR_GERICHTE 605 2021 201 del 10 giugno 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension des délais durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1], applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA; RS 832.20]), et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière par un assuré dûment représenté et directement touché par la décision sur opposition attaquée, le recours est recevable.

E. 2.1

Selon l'art. 29 al. 2 de la constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst.; RS 101) et l'art. 42, 1ère phrase LPGA, les parties ont le droit d'être entendues. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Toutefois, pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (arrêts TF 9C_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 1.1; 8C_165/2007 du 5 mars 2008 consid. 3.4.1; et les références citées).

E. 2.2

En l'espèce, le recourant allègue une violation – contestée par l'autorité intimée – de son droit d'être entendu dans la mesure où, avant de rendre sa décision sur opposition, cette dernière ne lui aurait pas transmis, malgré sa requête, l'intégralité des pièces des dossiers LAA et perte de gain maladie. Quoiqu'il en soit, le 27 octobre 2021, le délégué à l'instruction a transmis au recourant un exemplaire des dossiers LAA et perte de gain maladie produits par l'autorité intimée et lui a donné la possibilité de s'exprimer une dernière fois sur le litige, ce qu'il a fait par écriture du 16 mars 2022. Force est dès lors de constater que, dans le cadre de la procédure de recours devant l'Instance de céans qui dispose d'une pleine cognition, le recourant a eu l'occasion de se déterminer sur l'ensemble des pièces des dossiers LAA et perte de gain maladie. C'est pourquoi, même si elle était avérée, cette violation du droit d'être entendu serait, en l'absence de gravité particulière démontrée ni même alléguée, de toute façon désormais réparée.

E. 3

En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents obligatoire figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA) et le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA). Par accident, on entend, au sens de l'art. 4 LPGA, toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15

E. 4

Selon l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles – assimilées à un accident – suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie: les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h) (cf. ég. art. 9 al. 2 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202] dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016). En cas de lésions corporelles assimilées à un accident, à l'exception de celle du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les conditions constitutives de la notion d'accident doivent ainsi être réalisées (arrêt TF 8C_150/2018 du 8 novembre 2018 consid. 4.2 et les références citées). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA (respectivement l'ancien art. 9 al. 2 OLAA), les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie. L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA (respectivement l'ancien art. 9 al. 2 OLAA) (ibidem).

E. 5

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives, conformément à l'art. 11, 1ère phrase, OLAA (arrêt TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3; sur les notions de causalité naturelle et adéquate, cf. arrêt TF 8C_580/2021 du 20 avril 2022 consid. 3.2 et 3.3 et les références citées). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (arrêt TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références citées). On rappellera que les rechutes ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (arrêt TF 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 3 et les

références citées).

E. 6

Est réputée maladie, au sens de l'art. 3 LPGA, toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 En d'autres termes, à défaut de pouvoir être qualifiée d'accident, une atteinte à la santé doit être qualifiée de maladie, et ce pour autant qu'elle exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

E. 7

Selon le principe de la libre appréciation des preuves – consacré également à l'art. 61 let. c LPGA selon lequel le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige, administre les preuves nécessaires et les apprécie librement –, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves (arrêt TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4 et les références citées). L'insuffisance de preuve d'un événement remplissant les caractéristiques d'un accident ne peut que rarement être remplacée par des constatations médicales. Dans le cadre de l'appréciation des preuves, dites constatations n'ont en règle générale que valeur d'indices, la notion médicale de traumatisme ne se recoupant au demeurant pas, en droit des assurances, avec celle d'accident au sens de l'art. 4 LPGA (arrêts TF 8C_589/2021 du 17 décembre 2021 consid. 5.5; 8C_225/2019 du 20 août 2019 consid. 3.4; et les références citées).

E. 8

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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. Il n'existe 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 (arrêts TF 9C_298/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.2; 8C_260/2019 du 23 juin 2020 consid. 3.2; et les références citées). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre un accident et la manifestation d'une affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité doivent être sévères (arrêt TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références citées).

E. 9

En l'espèce, le litige entre l'assuré et Generali porte sur deux questions distinctes: d'une part, sur celle du droit aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire (traitement médical et indemnités journalières); d'autre part, sur celle du droit à la prise en charge provisoire, par Generali, desdites prestations jusqu'à droit connu sur l'assureur en définitive tenu de prester. Pour répondre à ces questions, il convient d'abord de déterminer si l'événement à l'origine du présent litige, apparu en 2014 sous forme de douleurs et de limitations fonctionnelles au poignet gauche, doit être qualifié d'accident, respectivement de lésion assimilée à un accident, ou, à défaut, de maladie. A cet effet, il ressort du dossier

notamment ce qui suit:

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15

E. 9.1

Les troubles dont souffrent l'assuré au poignet gauche ont nécessité deux interventions chirurgicales: l'une le 30 octobre 2017 (excision du scaphoïde et arthrodèse des 4 os [hamatum, capitalum, lunatum et triquetrum] indiquée en raison d'une aggravation des douleurs qui étaient restées soutenables jusqu'en 2016) et l'autre le 2 septembre 2019 (révision de l'arthrodèse D4 avec débridement des interlignes triquéto-hamatal, triquéto-lunaire, luno-capitalum et greffe osseuse spongieuse prélevée sur l'olécrâne; excision d'un fragment millimétrique résiduel du pôle proximal du scaphoïde et d'un autre fragment d'avulsion de la lèvre dorsale du radius) (cf. protocoles opératoires établis les 9 novembre 2017 et 2 septembre 2019 par le Dr D. _____, in dossier LAA, pièces 32 et 117).

E. 9.2

Cela étant, dans le rapport, établi le 1er mars 2019, de sa première expertise, le Dr E. _____ retient les diagnostics suivants: "limitation fonctionnelle douloureuse résiduelle du poignet gauche; status après résection du scaphoïde et arthrodèse médiocarpienne du poignet gauche (...); status après disjonction traumatique scapho-lunaire ancienne sur chute sur le poignet droit [recte: gauche] survenue entre 1990 et 1993 avec évolution initialement favorable, puis développement tardif d'un effondrement post-traumatique du carpe SLAC II, symptomatique depuis 2014; (...); arthropathie goutteuse multiple" (cf. dossier LAA, pièce 49). Au chapitre de l'anamnèse, le Dr E. _____ expose ceci: "à la demande, le patient déclare n'avoir jamais eu le moindre problème au niveau de son poignet gauche avant un premier accident qui a dû avoir lieu entre 1990 et 1993 sur son lieu de travail dans sa boucherie (...). Il a le vague souvenir d'avoir trébuché en montant les escaliers et chuté en avant sur ses deux mains. Sur le moment, il a constaté une douleur dorsale du poignet gauche. Devant la persistance des douleurs du poignet gauche, il a consulté son médecin traitant (...). Il est (...) sûr d'avoir dû porter une attelle pendant quelques semaines. Il n'a pas dû arrêter son travail. L'évolution fut favorable avec une disparition complète des plaintes au bout de quelques semaines. Intervalle totalement asymptomatique jusqu'en 2014 environ avec réapparition de tiraillements douloureux à la face dorso-radiale de son poignet gauche le gênant surtout lorsqu'il serrait la poignée de sa moto avec la main gauche. Au printemps 2014, il a consulté son médecin traitant" (cf. dossier LAA, pièce 49). Le Dr E. _____ arrive à la conclusion que "l'état du poignet gauche est certainement consécutif à une ancienne disjonction scapho-lunaire survenue lors d'un traumatisme entre 1990 et 1993 et notamment une chute dans les escaliers de sa boucherie (...). On ne peut pas non plus exclure formellement un accident encore plus ancien (...). Non, il n'y a pas lieu de retenir l'intervention d'une maladie dégénérative ni préexistante ni intercurrente en-dehors de cet accident survenu avant 1993. Le seul état préexistant est éventuellement une arthropathie goutteuse. Cette maladie rhumatismale n'est cependant pas connue pour causer une disjonction scapho-lunaire" (cf. dossier LAA, pièce 49). Par ailleurs, dans le rapport, établi le 24 mars 2020, de sa seconde expertise, le Dr E. _____ précise ceci: "rappelons que ce patient a chuté sur ses deux mains entre 1990 et 1993 sur son lieu de travail, dans sa boucherie (...). En l'absence d'autres explications, c'est probablement à cette période qu'il

a dû subir une disjonction traumatique scapho-lunaire de son poignet gauche pour laquelle il n'a pas consulté à l'époque. D'une façon classique, cette disjonction scapho-lunaire a évolué tardivement vers un effondrement post-traumatique du carpe avec réapparition de douleurs en 2014" (cf. dossier LAA, pièce 261). A la question de savoir s'il est plus probable que l'événement traumatique soit survenu au début des années 1990 ou plutôt dans la seconde partie des années 2000, il répond qu'"il est bien difficile de répondre à cette question en l'absence de tout dossier médical et radiologique antérieur à 2014.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 (...) je pense que l'accident initial date plutôt du début des années 90 que de la fin des années 2000" (cf. dossier LAA, pièce 261).

E. 9.3

Quant au chirurgien traitant, le Dr D._____, dans son dernier rapport du 11 février 2020, il retient les diagnostics d'une "ancienne lésion scapho-lunaire du poignet gauche avec arthrose douloureuse post-traumatique radio-scaphoïdienne (SLAC II)" et de "douleurs persistantes en fin de flexion" (cf. dossier LAA, pièce 256). Au chapitre de l'anamnèse, le Dr D._____ expose ceci: "22.08.2017 [date de la première consultation]: chute sur le poignet G il y a 10 ans en montant les escaliers. La douleur sur le bord radial du poignet G était soutenable jusqu'en 2016. (...). Est plus gêné par la douleur que la raideur et le manque de force" (cf. dossier LAA, pièce 256). Le Dr D._____ constate une "bonne évolution clinique de mois en mois, avec disparition des douleurs dans la loge scaphoïdienne et forte amélioration en ulnaire à la palpation. Ne peut encore forcer en inclinaison ulnaire ou en flexion, sinon des douleurs apparaissent" (cf. dossier LAA, pièce 256).

E. 9.4

A la lecture des rapports médicaux partiellement retranscrits ci-dessus, force est de constater que tant l'expert (Dr E._____) que le chirurgien traitant (Dr D._____) s'accordent sur le diagnostic d'une ancienne lésion traumatique du poignet gauche. Leurs opinions divergent en revanche sur l'époque à laquelle cette lésion aurait été causée: au début des années 1990 selon le premier, à la fin des années 2000 selon le second. Toutefois, l'instruction de la cause, pourtant menée de manière fouillée par Generali en application de la maxime dite inquisitoire, n'a laissé apparaître aucune trace d'un ancien accident ou d'une ancienne lésion du poignet gauche assimilée à un accident qui auraient été déclarés à un précédent assureur à l'une ou l'autre des époques précitées et donné lieu à des prestations (sur l'ensemble des investigations entreprises par Generali, cf. décision sur opposition, p. 6, ch. 4, § 2). De plus, dans le cadre de son devoir de collaborer, l'assuré a déclaré à Generali ne plus se souvenir de la date exacte, ni même de la période à laquelle il se serait blessé pour la première fois au poignet gauche, et ne pas avoir annoncé de cas à l'assurance à ce moment-là (cf. rapport de visite de l'inspecteur de Generali du 11 octobre 2018 et lettre de l'assuré à Generali du 17 juillet 2019, in dossier LAA, pièces 26 et 107). C'est pourquoi, dans sa décision sur opposition, Generali reconnaît son "impossibilité d'établir l'existence d'un traumatisme remplissant les conditions d'un accident, qui serait survenu, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, pendant une période où il existait une couverture d'assurance LAA auprès de Generali". La question de savoir si les constatations médicales des Drs E._____ et D._____ suffisent à remplacer l'absence de preuve d'un événement accidentel initial qui se serait déroulé au début des années 1990, respectivement à la fin des années 2000, peut toutefois rester ouverte car – comme cela sera démontré

ci-après – il n'existe pas de lien suffisamment établi entre cet ancien événement et les troubles au poignet gauche, apparus en 2014 et annoncés comme sinistre en 2017.

E. 9.5

En effet, la Cour de céans constate que, selon que l'on retient le début des années 90 ou la fin des années 2000 comme époque à laquelle est survenue la première atteinte au poignet gauche, plus de vingt ans (si l'on suit le Dr E. _____) ou, à tout le moins, près de sept ans (si l'on suit le

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 Dr D. _____), se sont écoulés dans l'intervalle jusqu'à la (ré)apparition, en 2014, d'une symptomatologie douloureuse et de limitations fonctionnelles en raison desquelles l'assuré s'est rendu chez le médecin et qui ont été à l'origine d'une incapacité de travail attestée à partir du 15 septembre 2017, suivie d'une opération la même année puis d'une deuxième en 2019. A cela s'ajoute que ni Generali, investi de la maxime inquisitoire, ni l'assuré, appelé à collaborer, n'ont été en mesure de démontrer l'existence d'un lien de causalité entre ces douleurs et limitations du poignet gauche qui se sont manifestées en 2014 et un ancien événement initial remontant aux années 90 ou 2000, fût-il accidentel, ce que les parties semblent au final admettre. De plus, de l'avis de la Cour, l'absence, selon les conclusions de l'expert E. _____, d'une maladie dégénérative préexistante du poignet gauche ne saurait, à elle seule, suffire à établir un rapport de cause à effet entre un ancien et hypothétique événement accidentel et les douleurs limitantes apparues bien ultérieurement. Enfin, les pièces médicales figurant au dossier ne contiennent pas non plus de diagnostic caractéristique d'un nouvel accident ou d'une nouvelle lésion assimilée à un accident qui auraient eu lieu – cette fois-ci indépendamment de tout événement antérieur – en 2014, ce qu'aucune des parties ne prétend d'ailleurs.

E. 9.6

De ce qui précède, la Cour retient qu'un lien de causalité entre un ancien événement initial remontant aux années 90 ou 2000, fût-il accidentel, et les troubles affectant le poignet gauche de l'assuré depuis 2014, n'est pas suffisamment établi selon le degré de la vraisemblance prépondérante. Il s'agit d'une hypothèse certes possible mais improbable. De plus, il s'avère que ces troubles ne sont pas non plus la conséquence d'un nouvel accident ou d'une nouvelle lésion assimilée à un accident qui seraient survenus en 2014. En d'autres termes, l'on ne se trouve en présence ni d'une rechute ou de séquelles tardives d'un ancien accident ou d'une ancienne lésion assimilée à un accident, ni d'un nouvel accident ou d'une nouvelle lésion assimilée à un accident. Par conséquent, à défaut d'accident au sens de l'art. 4 LPGa ou de lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA (respectivement 9 al. 2 OLAA), il faut qualifier l'affection actuelle du poignet gauche de maladie au sens de l'art. 3 LPGa.

E. 9.7

C'est dès lors à bon droit que Generali a considéré que sa responsabilité d'assureur-accidents n'était en définitive pas engagée et qu'elle a nié à l'assuré le droit aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire. Sa décision sur opposition attaquée doit ainsi être confirmée sur ce point déjà.

E. 10

Cela étant, il convient de statuer à présent sur la question de la prise en charge provisoire, par Generali, des prestations d'assurance-accidents qu'elle a déjà effectuées.

E. 10.1

Selon l'art. 70 al. 1 LPGA, l'ayant droit peut demander la prise en charge provisoire de son cas lorsqu'un événement assuré lui donne droit à des prestations d'une assurance sociale mais qu'il y a doute sur le débiteur de ces prestations.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 Conformément à l'art. 70 al. 2 let. a LPGA, l'assurance-maladie est tenue de prendre provisoirement le cas à sa charge pour les prestations en nature et les indemnités journalières dont la prise en charge par l'assurance-maladie, l'assurance-accidents, l'assurance militaire ou l'AI est contestée. Selon l'art. 102a OLAA, si plusieurs assureurs(-accidents) contestent être tenus à prestations pour les suites d'un accident, c'est l'assureur chronologiquement le plus proche de la survenance des suites de l'accident qui est tenu de verser les prestations à titre provisoire. C'est également ce que prévoit le ch. 2 de la recommandation no 01/2017 édictée par la Commission ad hoc sinistres LAA et publiée sur le site de l'Association Suisse d'Assurances ASA (<https://www.svv.ch> > secteur > règles sectorielles > recommandations de la Commission ad hoc sinistres LAA [consulté le 16 mai 2022]).

E. 10.2

En l'espèce, il est constant que Generali a nourri un doute légitime sur le caractère, accidentel ou maladif, du sinistre qui lui a été annoncé en 2017 et, partant, sur la question de savoir si (et à quel titre) elle était débitrice des prestations revendiquées par l'assuré. Après avoir initialement abordé le cas comme maladie en sa qualité d'assureur perte de gain maladie collective, elle l'a ensuite traité, à réception des premiers renseignements médicaux, comme étant de nature accidentelle, cette fois-ci en sa qualité d'assureur-accidents. C'est pourquoi, partant dorénavant du postulat (erroné) qu'il s'agissait d'une rechute, respectivement de séquelles tardives, d'un ancien accident, Generali, conformément à l'art. 102a LAA et au ch. 2 de la recommandation no 01/2017 de la Commission ad hoc sinistres LAA, a, en tant qu'assureur-accidents chronologiquement le plus proche de la survenance du sinistre déclaré en 2017, versé des prestations LAA en faveur de l'assuré, mais à titre provisoire uniquement, jusqu'à détermination de l'ancien assureur-accidents responsable. Or, l'affection actuelle du poignet gauche étant – comme cela a été démontré ci-dessus – de caractère maladif, l'art. 102a LAA et le ch. 2 de la recommandation no 01/2017 ne pouvaient trouver application vu l'absence de toute couverture accidents du cas et, a fortiori, de toute concurrence entre plusieurs assureurs-accidents potentiellement compétents.

E. 10.3

Seul aurait pu alors entrer en ligne de compte l'art. 70 al. 2 let. a LPGA, que le recourant reproche à Generali de ne pas avoir appliqué dans le cadre de la police d'assurance perte de gain maladie souscrite par son employeur. C'est toutefois oublier que seuls sont visés par le champ d'application de l'art. 70 LPGA les assureurs pratiquant l'assurance dite sociale, ce qui n'est pas le cas de Generali dans le cadre de la police d'assurance perte de gain maladie, police qui relève de la loi du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1) et non pas de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) (cf. art. 67 al. 3 let. a LAMal). Le grief d'une "constatation inexacte de l'absence de couverture du cas d'assurance", formulé par l'assuré, selon lequel Generali, en l'absence d'une couverture

d'assurance-accidents, aurait dû lui accorder sa couverture d'assurance perte de gain maladie en vertu de l'art. 70 LPGA, tombe dès lors à faux, étant précisé qu'un éventuel litige portant sur les prétentions de l'assuré découlant de cette dernière police LCA ne serait au demeurant pas du ressort de la Cour de céans.

E. 10.4

C'est dès lors à bon droit que Generali a considéré que, bien qu'ayant déjà avancé à tort (cf. supra) des prestations LAA à titre provisoire, elle n'aurait en définitive pas été tenue de le faire.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 Sa décision sur opposition attaquée doit ainsi être confirmée sur ce point également.

E. 11

Reste enfin à statuer sur la question de savoir si l'avance des prestations LAA qu'a faite Generali était manifestement erronée et dès lors sujette à reconsidération.

E. 11.1

Aux termes de l'art. 25 al. 1, 1ère phrase, LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. L'obligation de restituer suppose que soient réunies les conditions d'une révision procédurale, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, ou d'une reconsidération, au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, de la décision – formelle ou non – par laquelle les prestations en cause ont été allouées (arrêts TF 8C_375/2020 du 2 février 2021 consid. 4.2; 8C_338/2019 du 8 mai 2020 consid. 5; et les références citées). A teneur de l'art. 53 al. 2 LPGA, 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. Par le biais de la reconsidération, on corrigera (notamment) une application initiale erronée du droit (arrêts TF 8C_375/2020 du 2 février 2021 consid. 4.3; 8C_424/2019 du 3 juin 2020 consid. 5.1; et les références citées). D'après la jurisprudence, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné. Quant à la condition de l'importance notable de la rectification, elle est de toute évidence réalisée lorsqu'on est en présence d'une prestation périodique (arrêt TF 8C_338/2019 du 8 mai 2020 consid. 5 et les références citées).

E. 11.2

Au regard de l'art. 25 LPGA, 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 ont été 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, 1ère phrase, LPGA 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 (arrêt TF 9C_86/2014 du 5 juin 2014 consid. 3.2 et la référence citée).

E. 11.3

En l'espèce, par lettre du 17 juin 2019, Generali a décidé de continuer d'allouer ses prestations, mais à titre d'avances sur la base de la police d'assurance-accidents obligatoire. Elle a établi un décompte correctif (à partir du 15 septembre 2017, début de l'incapacité de travail) pour les indemnités journalières qu'elle avait allouées jusqu'alors sur la base de la

police perte de gain maladie, et les a mises (provisoirement) sur le compte de la police d'assurance-accidents (cf. dossier LAA, pièce 77). Pour rappel, dans sa décision initiale du 19 octobre 2020, confirmée sur opposition le 21 juillet 2021, Generali a reconsidéré cette décision, estimant que les avances de prestations qu'elle avait faites étaient manifestement erronées vu l'absence d'un événement accidentel qui serait de surcroît survenu à une période où l'assuré ne bénéficiait pas d'une couverture LAA auprès d'elle.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 Generali a précisé que la restitution des prestations versées à tort serait réclamée dans le cadre d'une procédure séparée. Elle l'a répété dans ses observations du 22 octobre 2021.

E. 11.4

Il a été démontré ci-dessus que, à défaut d'accident ou de lésion assimilée à un accident, ni anciens ni nouveaux, l'assuré n'avait droit ni aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire, ni même à leur prise en charge provisoire par Generali, le cas d'espèce relevant exclusivement de l'assurance-maladie. Dans ces circonstances, la décision de Generali de prêter malgré tout à titre provisoire, prise par lettre du 17 juin 2019 (donc selon la procédure simplifiée de l'art. 51 LPGA), peut être considérée, au vu de la jurisprudence, comme sans nul doute erronée.

E. 11.5

Il sied de relever ici que, si cette erreur ne pouvait être, du point de vue de l'assureur, que manifeste et ne pas lui échapper, elle ne l'était en revanche pas pour l'assuré qui a suivi à la lettre ce qu'on lui a dit de faire, en particulier de remplir la déclaration d'accident-bagatelle LAA du 28 juin 2018. Ce n'est au demeurant que par lettre du 17 juin 2019, soit près d'une année après la déclaration d'accident-bagatelle du 28 juin 2018, que Generali a informé l'assuré qu'elle continuerait de prêter, dorénavant à titre provisoire et en sa qualité d'assureur-accidents LAA. L'on peut dès lors partir du principe que, durant cet intervalle, l'assuré ne pouvait se douter que le nombre d'indemnités journalières auquel il avait droit serait en définitive calculé selon la police d'assurance perte de gain maladie et, semble-t-il, inférieur à celui prévu par la police d'assurance-accidents obligatoire.

E. 11.6

Cela étant, la rectification de cette erreur revêt par ailleurs une importance notable puisqu'elle porte sur des prestations représentant la somme de CHF 180'436.05, dont CHF 167'706.70 d'indemnités journalières que le recourant ne conteste pas avoir perçues, soit en très grande partie sur des prestations périodiques.

E. 11.7

Par conséquent, Generali était en droit de revenir sur sa décision du 17 juin 2019 dont les conditions d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA étaient en l'espèce remplies.

E. 11.8

Il s'agit là de la première des trois étapes distinctes – décrites ci-dessus – de la procédure de restitution de l'art. 25 LPGA, Generali ayant d'ores et déjà annoncé que la deuxième étape serait réalisée ultérieurement par le biais d'une procédure séparée. C'est pourquoi la Cour peine à saisir en quoi la décision querellée ne permettrait pas à l'assuré de comprendre si Generali entend se conformer à la procédure de restitution en trois étapes exigée par la

jurisprudence, ce à quoi cette dernière a répondu par l'affirmative. Le grief d'"arbitraire, violation de la LPGA et des dispositions légales connexes" dirigé à ce sujet par l'assuré à l'encontre de Generali est ainsi infondé.

E. 11.9

Il s'ensuit que la décision sur opposition attaquée doit aussi être confirmée en tant qu'elle retient que les prestations déjà versées par Generali en sa qualité d'assureur-accidents l'ont été indument et que les conditions d'une reconsidération sont remplies.

E. 11.10

Sur ce dernier point, il y a lieu de préciser que, dans ses observations du 22 octobre 2022, Generali a expliqué avoir avancé 885 indemnités journalières LAA sur la période du 15 septembre 2017 au 31 mars 2020 alors que, dans le cadre du contrat d'assurance perte de gain maladie,

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 l'assuré aurait eu droit à un maximum de 730 indemnités par cas d'assurance. Ce dernier aurait par conséquent perçu 155 indemnités journalières en trop. Ainsi, dans l'hypothèse où Generali entamerait ultérieurement une procédure de restitution à l'encontre de l'assuré, c'est sur cette base de calcul que devrait être fixé le montant soumis à restitution.

E. 12

Compte tenu de tout ce qui précède, le recours (605 2021 201) du 14 septembre 2021 doit être rejeté et la décision sur opposition du 21 juillet 2021 confirmée dans son intégralité. La requête (605 2021 202) de mesures provisionnelles dont était assorti le recours, qui tendait, semble-t-il, à la reprise du versement des avances de prestations (provisoires) jusqu'à droit connu sur le sort de la présente procédure judiciaire, devient sans objet et doit dès lors être rayée du rôle (cf. art. 100 al. 1 let b du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative [CPJA; RSF 150.1]). La LAA ne prévoyant pas que la procédure pour les litiges en matière de prestations soit soumise à des frais judiciaires (cf. art. 61 let. fbis, 1ère phrase, LPGA), il n'en sera pas perçu. Il n'est alloué de dépens ni à l'autorité intimée, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6 et 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8), ni au recourant qui succombe. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours (605 2021 201) est rejeté. II. La requête (605 2021 202) de mesures provisionnelles, devenue sans objet, est rayée du rôle. III. Il n'est pas perçu de frais de justice. IV. Il n'est alloué aucune indemnité de partie. V. 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 10 juin 2022/avi Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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