

GE_GERICHTE ATAS/1155/2018 vom 12. Dezember 2018

GE Cour de justice, 2018-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1155_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1155/2018 du 12 décembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1155/2018 del 12 dicembre 2018

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). En vertu de l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier

A/4547/2017 - 16/31 - domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse. En l'espèce, le recourant, domicilié en France, a travaillé en dernier lieu pour un employeur sis à Genève. Bien qu'il s'agisse de la succursale genevoise d'une société anonyme dont le siège principal se trouve à Berne, la compétence à raison du lieu de la chambre de céans est donnée. En effet, selon la jurisprudence, il y a lieu d'admettre l'existence d'un for au lieu de la succursale lorsqu'il constitue pour le litige un point de rattachement prépondérant. Tel est le cas lorsque l'assuré a travaillé pour la succursale d'une société, dans un canton différent du siège principal (arrêt du Tribunal fédéral 8C_872/2017 du 3 septembre 2018 consid. 6.5). La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 4

a. Selon l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Conformément à l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie. En vertu de l'art. 38 al. 1 LPGA, si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication. L'art. 38 al. 2 bis LPGA prévoit qu'une

communication qui n'est remise que contre la signature du destinataire ou d'un tiers habilité est réputée reçue au plus tard sept jours après la première tentative infructueuse de distribution. b. La notification est réputée effectuée le jour où l'envoi entre dans la sphère de puissance de son destinataire, de manière qu'il puisse en prendre connaissance en organisant normalement son activité (ATF 118 II 44). Lorsque la notification intervient par pli recommandé, elle est réputée parfaite lorsque l'intéressé ou toute personne qui le représente ou dont on peut légitimement penser qu'elle le représente (cf. ATF 110 V 37 consid. 3) a reçu le pli ou l'a retiré au guichet postal en cas d'absence lors du passage du facteur. c. Découlant directement de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le droit à la protection de la bonne foi préserve la confiance légitime que le citoyen met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite

A/4547/2017 - 17/31 - d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 131 II 627 consid. 6.1 ; ATF 129 I 161 consid. 4.1 ; ATF 128 II 112 consid. 10b/aa ; ATF 126 II 377 consid. 3a et les arrêts cités). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore que celui-ci se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 ; ATF 131 V 472 consid. 5 ; ATF 129 I 161 consid. 4.1 ; ATF 122 II 113 consid. 3b/cc et les références). En application de ce principe, on admet généralement qu'une partie ne doit pas être lésée par une indication erronée des voies de droit (ATF 115 Ia 12 consid. 4a ; ATF 112 Ia 305 consid. 3 ; cf. également art. 49 LTF et 38 PA). Il est donc possible que le droit à la protection de la bonne foi conduise à la prolongation d'un délai légal en raison d'une indication erronée donnée par l'autorité (ATF 114 Ia 105 consid. 2 et les références). Tel est notamment le cas si l'autorité procède à une deuxième notification avant l'échéance du délai de recours, en indiquant sans réserve les voies de droit (ATF 119 V 89 consid. 4b/aa ; ATF 115 Ia 12 consid. 4a et 4c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_184/2010 du 27 avril 2010 consid. 3.2). d. En l'occurrence, la décision sur opposition du 15 septembre 2017 a fait l'objet d'une tentative infructueuse de distribution le 18 septembre 2017 (cf. suivi des envois produit par l'intimée). L'intimée a en conséquence adressé une nouvelle fois au recourant sa décision sur opposition, par pli simple du 11 octobre 2017, en se limitant à indiquer que le courrier recommandé non réclamé au bureau de poste était transmis en annexe, sans faire savoir au destinataire que cette seconde communication n'était faite qu'à titre d'information ni qu'elle ne modifiait pas le délai de recours légal ou encore qu'une nouvelle opposition devait être formée dans les 30 jours à compter de la date de notification du premier envoi. Elle a ainsi procédé à une seconde notification avant l'échéance du délai de recours, en indiquant sans réserve les voies de droit. Le recourant doit être protégé dans la confiance qu'il a pu mettre dans la deuxième indication des voies de recours, faute pour l'intimée d'avoir émis une réserve. Il pouvait donc de bonne foi agir dans un délai de 30 jours à compter de la seconde notification. e. Partant, le recours du 6 novembre 2017, interjeté dans la forme prescrite et dans les 30 jours à compter de la seconde notification, est recevable

(art. 56 ss LPGA et 62 ss de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

A/4547/2017 - 18/31 -

E. 5

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 15 septembre 2017 par laquelle l'intimée a réclamé au recourant le remboursement de prestations à hauteur de CHF 27'575.30, montant correspondant aux frais de traitement pris en charge au-delà du 31 décembre 2016 (CHF 2'634.-) et aux indemnités journalières versées au-delà du 30 septembre 2016 (CHF 24'941.30).

E. 6

Par un moyen de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu lors de la mise sur pied de l'expertise et lors de l'avis recueilli auprès du médecin-conseil.

E. 7

a. En vertu de l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. b. Lorsque l'assureur-accidents ordonne une expertise avant de rendre une décision au sens de l'art. 49 LPGA, il doit respecter le droit de l'assuré d'être entendu à ce stade déjà, sans attendre la phase - éventuelle - de la procédure d'opposition prévue par l'art. 52 LPGA (ATF 120 V 357 consid. 2b ; RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b, 1996 n° U 265 p. 294 consid. 3c). Selon la jurisprudence, l'assuré bénéficie des droits de participation antérieurs en ce sens qu'elle peut s'exprimer sur les questions posées à l'expert (ATF 138 V 318 consid. 6.1). En outre, il peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une seconde opinion superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; ATF 138 V 271 consid. 1.1). S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. La recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, étant précisé que conformément au principe de la bonne foi, l'assuré est tenu de les formuler dès que possible. Si le consensus n'est pas atteint, l'assureur ordonnera une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1). Le Tribunal fédéral a encore récemment rappelé que depuis l'ATF 137 V 210, il existe en principe une obligation de la part de l'assureur de s'efforcer à mettre en œuvre une expertise consensuelle avant de rendre une décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_908/2012 du 22 février 2013 consid. 5.1). c. En l'espèce, dans son courrier du 6 décembre 2016, l'intimée a convoqué le recourant pour un examen médical auprès du Dr F _____. Le recourant ne soutient pas explicitement que ce courrier, qui lui a été réexpédié par pli simple le

A/4547/2017 - 19/31 - 15 décembre 2016 à sa nouvelle adresse, ne lui serait pas parvenu. D'ailleurs, il a fait suite à la convocation et s'est présenté à la consultation de l'expert. De plus, il ressort des faits de la cause que, régulièrement, le recourant n'a pas retiré les recommandés envoyés par l'intimée, mais qu'il a pris connaissance de leur teneur suite à leur envoi par pli simple. Rien ne permet donc de supposer qu'il n'a pas reçu l'envoi du 6 décembre 2016. Dans cette missive, l'intimée lui a précisé la spécialisation de l'expert, lui a communiqué le questionnaire qui serait soumis à ce médecin, a mentionné le droit du recourant de poser des questions complémentaires, et lui a indiqué que s'il n'était pas d'accord avec les principes et les modalités de cette expertise, il devait lui en indiquer les motifs par retour de courrier. Force est donc de constater que l'intimée a respecté les droits procéduraux du recourant, lequel n'a formulé aucune objection quant au choix de l'expert. Concernant le droit de poser des questions, il sera observé que si le courrier du 6 novembre 2016 ne contenait pas l'annexe qu'il mentionnait, comme semble le prétendre le recourant, il incombait à ce dernier de la réclamer. S'agissant du rapport du Dr I_____, médecin-conseil de l'intimée, il ne s'agit pas d'une expertise au sens formel, de sorte que l'intimée n'était pas tenue d'informer le recourant qu'elle avait sollicité l'avis de ce médecin. L'intimée n'a ainsi pas privé le recourant de ses droits de participer à l'administration des preuves et n'a donc pas violé son droit d'être entendu.

E. 8

a. Selon 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. Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputé accident, 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. b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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 condition est réalisée 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. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

A/4547/2017 - 20/31 - Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident

(raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

A/4547/2017 - 21/31 - c. 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 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 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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 et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 9

L'art. 10 al. 1 LAA prévoit que l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b), au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (let. c), aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) et aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). D'après l'art. 16 al. 1 LPGA, l'assuré totalement ou

partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. En vertu de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

E. 10

L'art. 46 al. 2 LAA prévoit que l'assureur peut réduire de moitié toute prestation si, par suite d'un retard inexcusable dû à l'assuré ou à ses survivants, il n'a pas été avisé dans les trois mois de l'accident ou du décès de l'assuré ; il peut refuser la prestation lorsqu'une fausse déclaration d'accident lui a été remise intentionnellement. Cette disposition permet donc à l'assureur de réduire ou de refuser les prestations à titre de sanction en cas de fausses informations données intentionnellement. Elle vise à réprimer un comportement dolosif tendant à obtenir de l'assurance plus que ce à quoi l'on aurait droit. L'assureur doit examiner une telle éventualité pour chaque prestation en particulier en respectant l'interdiction de l'arbitraire, ainsi que les principes de l'égalité de traitement et de proportionnalité. Une condamnation pénale, en particulier pour escroquerie, n'est pas une condition nécessaire pour faire

A/4547/2017 - 22/31 - usage de l'art. 46 al. 2 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_388/2017 du 6 février 2018 consid. 2 et les références).

E. 11

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe,

lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité

A/4547/2017 - 23/31 - de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 12

Le juge des assurances sociales 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, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 13

En l'occurrence, l'intimée a considéré, dans sa décision sur opposition du

E. 15

On doit ainsi admettre que le recourant a fait intentionnellement une fausse déclaration, ce qui aurait pu, de prime abord, justifier le refus de toute prestation en application de l'art. 46 al. 2 LAA. Cela étant, l'intimée a limité sa demande de remboursement aux indemnités journalières allouées au-delà du 30 septembre 2016 et aux frais médicaux à partir de 2017 en retenant, sur la base de l'avis du Dr I_____ du 11 septembre 2017, que l'intéressé avait recouvré sa capacité de travail dès le mois d'août 2016 et que l'éventuel accident n'avait joué qu'un rôle transitoire et très limité dans le temps, de trois à six mois au plus.

E. 16

a. En ce qui concerne la capacité de travail du recourant, il est rappelé que ce dernier a reconnu qu'il pouvait marcher « peu après l'accident » et a expressément

A/4547/2017 - 27/31 - admis avoir exagéré et menti au sujet de ses douleurs et limitations fonctionnelles. Il a déclaré qu'il aurait pu reprendre son travail « depuis très longtemps » et qu'il avait simulé ses douleurs car il ne voulait plus travailler pour son employeur. Il a même demandé à l'intimée d'entreprendre les démarches auprès de l'assurance- invalidité pour annuler sa demande de prestations. Il est également rappelé que le recourant n'a pas donné suite aux traitements prescrits et n'a en particulier pas porté de genouillère. Il n'a pas non plus suivi la moindre séance de physiothérapie. Il a en revanche été en mesure de voyager durant tout le mois d'août 2016 au Cameroun, où il a effectué plusieurs déplacements et a participé à bon nombre d'événements, sans avoir recours à un quelconque moyen auxiliaire et sans devoir prendre de médicaments. Dans ces conditions, l'appréciation du médecin-conseil selon laquelle l'incapacité de travail n'était plus justifiée dès le mois d'août 2016, ne prête pas le flanc à la critique. S'agissant de l'argumentation du recourant qui se réfère aux conclusions du Dr F_____ qui avait retenu une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle, il sied de rappeler que ce médecin a basé ses conclusions sur les déclarations du recourant, en particulier les douleurs et les restrictions alléguées, et qu'il a préconisé une évaluation stationnaire afin notamment de faire la part des choses entre le somatique et le somatoforme. Or, il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'intéressé a menti et volontairement exagéré ses plaintes afin d'induire en erreur le corps médical et l'intimée. Enfin, le certificat médical de la Dresse C_____ aux termes duquel le recourant serait encore en incapacité totale de travail, ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante. En effet, non seulement ce document est dépourvu de toute motivation, mais il est rappelé que le recourant a indiqué qu'il exagérât ses douleurs pour obtenir de telles attestations. De surcroît, il y a lieu de tenir compte du rapport particulier de confiance entre le médecin traitant et son patient. Eu égard à tout ce qui précède, l'intimée était fondée à retenir que l'incapacité de travail n'était plus justifiée, à tout le moins dès le 1er octobre 2016. b. Quant au rapport de causalité naturelle entre l'accident du 30 juin 2016 et les atteintes à la santé, le Dr I_____ a considéré que le sinistre avait tout au plus décompensé de façon transitoire un état antérieur asymptomatique. Il a fixé le statu quo sine trois mois après le sinistre et expliqué qu'au-delà, les troubles encore présents concernaient exclusivement l'évolution naturelle des troubles dégénératifs préexistants, soit la chondropathie et la méniscopathie mineures. Le fait qu'un épanchement persiste encore actuellement ne pouvait être mis en relation avec l'accident, mais était à imputer à l'état antérieur, par ailleurs entretenu par la

pratique relativement intensive de la course à pied chez une personne présentant un BMI de 30.

A/4547/2017 - 28/31 - Ces conclusions divergent donc de l'appréciation du Dr F _____, lequel avait considéré que le statu quo sine n'était pas atteint au moment de la reddition de son rapport le 5 février 2017. Toutefois, il convient de rappeler que l'expert a lui aussi estimé que l'évènement assuré n'avait provoqué qu'une décompensation temporaire et non déterminante d'un état de santé préexistant. En outre, il a relevé des incohérences dans les déclarations du recourant quant à la survenance de l'épanchement et de nombreux signes d'exagération et d'inorganicité. Enfin, ses conclusions sont basées sur une anamnèse et un examen clinique biaisés par les mensonges et les exagérations du recourant. Dans ces conditions, la chambre de céans fera siennes les conclusions claires et cohérentes du Dr I _____ relatives au statu quo sine. Le recourant soutient qu'il n'a jamais souffert de son genou droit avant le sinistre, qu'il présente encore des douleurs et que des investigations complémentaires ont été prévues pour rechercher une lésion méniscale ou ligamentaire. Il est rappelé que, conformément à la jurisprudence, le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. De plus, il n'incombe pas à l'intimée d'apporter la preuve qu'une atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu. Il sera donc retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le statu quo sine a été atteint au 31 décembre 2016 au plus tard, de sorte que la décision entreprise n'est pas non plus critiquable sur ce point.

E. 17

Par conséquent, la décision de l'intimée, en tant qu'elle retient que le recourant a disposé d'une pleine et entière capacité de travail dans son activité habituelle dès le 1er septembre 2016 et que le statu quo sine a été atteint au 31 décembre 2016 peut être confirmée. Les mesures d'instruction sollicitées par le recourant ne se justifient pas.

E. 18

a. À teneur de l'art. 25 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées, la restitution ne pouvant toutefois 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). La demande de restitution des prestations allouées indûment et la demande de remise de l'obligation de restitution font l'objet en principe de procédures distinctes (art. 3 et 4 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales [OPGA - RS 830.11]).

A/4547/2017 - 29/31 - Les principes applicables à la restitution de prestations au sens de cette disposition sont issus de la réglementation et de la jurisprudence valables avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Aujourd'hui comme par le passé, l'obligation de restituer suppose que soient réalisées les conditions d'une révision procédurale (cf. art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (cf. art. 53 al. 2 LPGA) de la décision - formelle ou non - par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5.2 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. Par ailleurs, 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 (art. 53 al. 2 LPGA). 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 LTF (arrêt du Tribunal fédéral 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1). Sont « nouveaux » au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 134 III 669 consid. 2.2 et les références). Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Il faut des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 8F_9/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.1et 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1).

E. 19

En l'occurrence, les déclarations du recourant lors de l'entretien du 6 juin 2017 constituent sans aucun doute un moyen de preuve nouveau puisque l'intimée ne disposait précédemment d'aucun élément de preuve dont elle pouvait déduire que l'incapacité de travail n'était en réalité pas fondée, en dépit des certificats médicaux produits, et que les déclarations du recourant quant à ses troubles et limitations fonctionnelles ne reflétaient pas la situation réelle.

A/4547/2017 - 30/31 - Enfin, l'intimée a manifestement agi dans le délai d'un an à compter du moment où elle a eu connaissance du fait et dans un délai de cinq ans après le versement des prestations indûment versées. Pour le reste, le recourant ne discute pas les montants réclamés par l'intimée, que rien ne permet de remettre en cause.

E. 20

Au regard de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

E. 21

Vu l'issue donnée au recours, aucune indemnité de procédure ne sera allouée au recourant (art. 61 let. g LPGA et art. 89H al. 3 LPA a contrario). L'intimée conclut à l'octroi de dépens. De jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4b). Les conditions justifiant une dérogation à la règle n'étant pas réalisées dans le

cas d'espèce, l'intimée ne peut se voir allouer une telle indemnité. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4547/2017 - 31/31 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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