

GE_GERICHTE ATAS/498/2024 vom 24. Juni 2024

GE Cour de justice, 2024-06-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_498_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/498/2024 du 24 juin 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/498/2024 del 24 giugno 2024

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 LAA. 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 domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse. En l'espèce, le recourant est domicilié en France et travaille en dernier lieu pour un employeur sis à Genève. La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 de la LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

E. 3

Le litige porte sur le bien-fondé de la demande de remboursement des prestations déjà allouées par l'intimée pour l'événement du 11 mai 2020.

E. 4.1

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

A/2978/2022 - 9/13 - extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

E. 4.2

Selon l'art. 45 LAA, le travailleur assuré doit aviser sans retard son employeur ou l'assureur de tout accident qui nécessite un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (al. 1) et l'employeur doit aviser sans retard l'assureur dès qu'il apprend qu'un assuré de son entreprise a été victime d'un accident qui nécessite un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 6 LPGA) ou le décès (al. 2).

E. 4.3

Selon l'art. 53 OLAA, la victime de l'accident ou ses proches doivent annoncer immédiatement l'accident à l'employeur, au service compétent de l'assurance-chômage, à

l'office AI ou à l'assureur et donner tous renseignements concernant: le moment, le lieu, les circonstances et les suites de l'accident (let. a) le médecin traitant ou l'hôpital (let. b), les responsables et les assurances intéressés (let. c). L'employeur examine sans retard les causes et les circonstances des accidents professionnels; en cas d'accidents non professionnels, il consigne les renseignements fournis par l'assuré dans la déclaration d'accident. La victime de l'accident reçoit, sauf dans les cas bénins, une fiche d'accident; l'assuré conserve celle-ci jusqu'au terme du traitement médical et la rend ensuite à l'employeur, qui se chargera de la transmettre à l'assureur (al. 2). Aux termes de l'art. 54 OLAA, l'assureur peut exiger de l'autorité compétente qu'elle lui fournisse les renseignements nécessaires et lui fasse parvenir gratuitement les copies des rapports officiels et des procès-verbaux de police. Les dépenses extraordinaires, notamment les frais qui résultent d'expertises supplémentaires, doivent toutefois être remboursées à l'autorité. Enfin, selon l'art. 55 OLAA, l'assuré ou ses survivants doivent donner tous les renseignements nécessaires et tenir à disposition les pièces qui servent à déterminer les circonstances et les suites de l'accident et à fixer les prestations d'assurance, en particulier les rapports médicaux, les rapports d'expertises, les radiographies et les pièces permettant de déterminer le gain de l'assuré. Ils doivent autoriser des tiers à fournir de tels documents et à donner des renseignements.

E. 4.4

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 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

A/2978/2022 - 10/13 - pénale, en particulier pour escroquerie, n'est pas une condition nécessaire pour faire usage de l'art. 46 al. 2 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_388/2017 du

E. 6

En l'espèce, l'intimée a fondé sa décision essentiellement sur la prémisse que le recourant avait indiqué le 26 juin 2020 qu'il n'y avait aucun rapport de police, aucun témoin ni aucun autre véhicule impliqué dans l'accident et avait omis d'annoncer qu'une enquête préliminaire de police était en cours, alors qu'il ne pouvait pas l'ignorer, et aurait donné des indications fallacieuses à l'assureur, dans le but de le tromper et de percevoir des prestations auxquelles il n'avait pas droit, à tout le moins pas dans leur entier. Pour sa part, le recourant considère qu'il n'avait pas dissimulé intentionnellement l'existence d'une enquête ou d'un futur rapport de police, qui n'existait pas encore au mois de juin 2020, que les coordonnées de l'assurance avaient été communiquées à la police et que l'assurance avait reçu ledit rapport en octobre 2020, aucune séparation étanche entre les départements de l'assurance ne pouvant pour le surplus lui être opposée. S'agissant de l'information selon laquelle une enquête de police, suivie d'un rapport de police, lui aurait été cachée, l'intimée fait totalement abstraction du fait qu'aux termes de la déclaration à l'assurance, branche «

accident non professionnel/incapacité de travail de 3 jours ou plus » du 14 mai 2020 (pièce A1 de l'intimée), l'employeur a clairement indiqué, en répondant de manière affirmative à la question, qu'un rapport de police avait été établi. Dans ces circonstances, on ne comprend guère pour quelle raison l'intimée se fonde sur les déclarations postérieures du recourant pour lui reprocher de lui avoir caché un fait dont elle avait en réalité déjà connaissance. Sur la base de la déclaration d'accident du 14 mai 2020, il lui appartenait de procéder à son enquête, en s'adressant aux autorités compétentes et ainsi obtenir tout renseignement nécessaire, y compris copies des rapports officiels et procès-verbaux de police, ce qu'elle n'allègue pas avoir fait avant d'être entrée en contact plusieurs mois plus tard avec sa branche responsabilité civile, s'agissant des rapports de police.

A/2978/2022 - 12/13 - À cela s'ajoute qu'à réception des déclarations de l'assuré du 26 juin 2020, elle aurait également dû s'apercevoir de la contradiction avec la déclaration d'accident du 14 mai 2020 et porter son instruction sur ce point. Pour le surplus, il sera rappelé que l'accident a eu lieu sur une autoroute et a eu pour conséquence un blessé, dont l'état de santé a nécessité l'intervention d'une ambulance et a généré des soins chirurgicaux et médicaux. L'intimée en était informée, puisqu'elle avait reçu copie des factures qu'elle avait pris à sa charge. Elle ne pouvait pas ne pas s'interroger sur une intervention concomitante de la police, laquelle doit être appelée en cas d'accident de la route impliquant un/des blessés (art. 51 al. 2 de la loi fédérale sur la circulation routière - LCR - RS 741.01), et dans ce cadre non seulement examiner avec attention les documents à sa disposition, mais également requérir des autorités compétentes tout autre renseignement et document qui lui semblait nécessaire à sa bonne compréhension des faits et sa prise de décision quant aux prestations à verser. L'intimée ne saurait donc être suivie en tant qu'elle reproche au recourant d'avoir omis de l'informer de l'existence d'un rapport de police, respectivement des résultats de l'enquête de police. Il en résulte que l'intimée ne pouvait pas supprimer les prestations et réclamer leur remboursement en application de l'art. 46 al. 2 LAA. Autre est la question de l'existence d'éventuelles fautes commises par le recourant dans le cadre de l'accident et de déterminer si elles sont susceptibles d'entraîner la réduction des prestations versées au sens de l'art. 37 LAA. Dans la mesure où la décision entreprise examine uniquement la question de la suppression des prestations et leur remboursement sous l'angle de l'art. 46 al. 2 LAA, il n'appartient pas à la chambre des assurances de statuer directement sous l'angle de la réduction de prestations pour faute, même en application du principe d'économie de procédure. La cause sera donc renvoyée à l'intimée pour nouvel examen dans le sens des considérants.

E. 7

Le recours est admis et la décision sur opposition du 3 août 2022 est annulée.

E. 8

Assisté par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant gain de cause, le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

E. 9

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/2978/2022 - 13/13 - 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.