

GE_GERICHTE ATAS/688/2021 vom 28. Juni 2021

GE Cour de justice, 2021-06-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_688_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/688/2021 du 28 juin 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/688/2021 del 28 giugno 2021

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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

a. Interjeté dans les formes et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA), sous réserve de ce qui suit. b. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

A/2736/2020 - 15/19 - c. En l'absence de décision portant sur la question d'un éventuel remboursement de primes LAA excédentaires prélevées sur les revenus du recourant, les conclusions subsidiaires de ce dernier, tendant au remboursement du « trop-perçu de cotisations » sont irrecevables.

E. 3

Le recourant n'ayant pas contesté la décision du 12 mars 2020 le condamnant à restituer à l'intimée CHF 134'310.30 au titre de la part excédentaire des indemnités journalières perçues entre le 8 janvier 2014 et le 10 janvier 2016, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée est fondée à refuser au recourant la remise de l'obligation de restituer la somme en question.

E. 4

a. Selon l'art. 25 al. 1 LPGA, applicable par 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. Ces deux conditions matérielles sont cumulatives et leur réalisation est nécessaire pour que la remise de l'obligation de restituer soit accordée (ATF 126 V 48 consid. 3c ; DTA 2001 p. 160, arrêt du Tribunal fédéral C 223/00, du 5 février 2011 consid. 5). Selon l'art. 4 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA ; RS 830.11), la

restitution entière ou partielle des prestations allouées indûment, mais reçues de bonne foi, ne peut être exigée si l'intéressé se trouve dans une situation difficile. b. Selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances relative à l'art. 47 al. 1 LAVS (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; DTA 1998 n. 14 p. 70, consid. 4a), applicable par analogie notamment en matière d'assurance-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_30/2008 du 5 septembre 2008 consid. 3.2), l'ignorance, par le bénéficiaire, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations versées ne suffit pas pour admettre qu'il était de bonne foi. Il faut bien plutôt qu'il ne se soit rendu coupable non seulement d'aucune intention malicieuse mais encore d'aucune négligence grave. Il s'ensuit que la bonne foi en tant que condition de la remise est exclue d'emblée lorsque les faits qui conduisent à l'obligation de restituer (violation du devoir d'annoncer ou de renseigner) sont imputables à un comportement dolosif ou à une négligence grave. Tel est le cas si, lors du dépôt de la demande et de l'examen des conditions personnelles ou économiques, certains faits ont été passés sous silence ou que de fausses indications ont été fournies intentionnellement ou par négligence. Il en va de même lorsqu'un changement dans la situation personnelle ou matérielle n'a, intentionnellement ou par négligence grave, pas été annoncé ou l'a été avec retard ou que des prestations indues ont été acceptées de manière dolosive ou gravement négligente (cf. ATF 112 V 97 consid. 2c, ATF 110 V 176 consid. 3c, DTA 1998 n° 14 p. 72 consid. 4a). Comme dans d'autres disciplines juridiques, la mesure de la diligence requise se mesure selon des critères objectifs, sans toutefois faire abstraction de ce qui est possible et exigible de la part de la personne concernée selon les particularités qui lui sont propres (capacité de discernement, état de santé, niveau d'instruction, etc. ; arrêt

A/2736/2020 - 16/19 - du Tribunal fédéral 9C_14/2007 du 2 mai 2007 consid. 4.1 et l'arrêt cité). Il y a ainsi négligence grave lorsque l'intéressé ne se conforme pas à ce qui peut être raisonnablement exigé d'une personne capable de discernement, se trouvant dans une situation identique et dans les mêmes circonstances (ATF 110 V 176 consid. 3d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_41/2011 du 16 août 2011 consid. 5.2). Il faut en particulier examiner si, en faisant preuve de l'attention exigible, il aurait pu constater que les versements ne reposaient pas sur une base juridique. Il n'est pas demandé à un bénéficiaire de prestations de connaître dans leurs moindres détails les règles légales. En revanche, il est exigible de lui qu'il vérifie les éléments pris en compte par l'administration pour calculer son droit aux prestations. On peut attendre d'un assuré qu'il décèle des erreurs manifestes et qu'il en fasse l'annonce à l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2012 du 7 mars 2013 consid. 4.2). En revanche, l'intéressé peut invoquer sa bonne foi lorsque l'acte ou l'omission fautifs ne constituent qu'une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner (ATF 112 V 97 consid. 2c, ATF 110 V 176 consid. 3c, arrêt du Tribunal fédéral 8C_403/2008 du 23 janvier 2009 consid. 2.2). c. Dans un arrêt du 13 octobre 2020, le Tribunal fédéral a considéré que pour apprécier le comportement d'un assuré, assisté d'un avocat, sous l'angle de la bonne foi au sens de l'art. 25 al. 1 LPGA, les actes et omissions de ce mandataire sont imputables à son client (ATF 143 I 284 consid. 1.3 et les arrêts cités). Et lorsque l'assuré ou le mandataire s'adjoit les services d'un auxiliaire, il répond du comportement de celui-ci comme de ses propres actes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_43/2020 du 13 octobre 2020 consid. 5.3.2 et les arrêts cités).

E. 5

a. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés

d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). b. 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).

A/2736/2020 - 17/19 -

E. 6

a. En l'espèce, le recourant proteste de sa bonne foi en faisant valoir, dans un premier moyen, qu'on ne saurait lui opposer les éventuels manquements de B_____ Sàrl dès lors que son emploi de sertisseur, dès le 1er avril 2007, ne lui permettait pas de savoir quels étaient les renseignements que B_____ Sàrl avait ou non transmis à l'intimée, d'autant qu'il « déléguait en principe une grande partie de l'activité administrative et comptable à [sa] Fiduciaire puisqu'il était lui-même accidenté au bras et peinait à remplir ce genre d'obligations » (réplique p. 3). Il ajoute qu'il n'avait aucune raison de croire que sa Fiduciaire ait eu l'intention de tromper l'intimée en indiquant le montant du salaire de base contractuel – en lieu et place du salaire effectivement versé –, la mention de la rémunération contractuelle étant précisément requise dans le formulaire de déclaration de sinistre. Dans un second moyen, le recourant soutient qu'il se croyait lié à l'intimée par une assurance de somme conclue sur la base d'un salaire annuel de CHF 125'000.- et que cet accord lui garantissait des indemnités journalières calculées en toutes circonstances selon ce montant, la seule contrepartie étant de payer des primes calculées sur la base de la somme assurée. b. La chambre de céans considère que même sans connaissance particulière du droit des assurances sociales, les personnes qui ont déjà connu un accident entraînant un arrêt de travail, n'ignorent pas que les indemnités journalières LAA sont calculées d'après leur gain assuré, soit en fonction du dernier salaire avant l'accident (cf. art. 15 LAA) et que même sans connaître précisément les règles déterminant le montant de ces prestations (art. 17 LAA, art. 22ss OLAA), l'expérience vécue leur enseigne qu'une incapacité totale de travail se traduit par une perte de gain que les seules indemnités journalières LAA ne compensent qu'en partie, notamment lorsque le dernier salaire avant l'accident est supérieur au montant maximum du gain assuré (art. 22 al. 1 OLAA). Or, force est de relever qu'en l'espèce, le recourant s'était déjà renseigné sur le mode de calcul des indemnités journalières par le passé : à la suite d'un premier accident, survenu le 12 juin 2007, il avait fait part de ses doutes à l'intimée quant au montant de l'indemnité journalière communiquée mais n'avait pas contesté les explications qu'il avait obtenues en réponse le 8 octobre 2008. En ce qui concerne la période du

E. 8

Mal fondé, le recours doit être rejeté. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2736/2020 - 19/19 - 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.