

GE_GERICHTE A/3566/2025 vom 18. Dezember 2025

GE Cour de justice, 2025-12-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3566_2025

FR: GE_GERICHTE A/3566/2025 du 18 décembre 2025

IT: GE_GERICHTE A/3566/2025 del 18 dicembre 2025

Erwägungen

E. 1.1

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. 1.2

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 23 juin 2025, par laquelle l'intimée a refusé d'accorder au recourant la remise de l'obligation de restituer un montant de CHF 18'388.50.- à titre d'indemnités journalières indûment versées entre le 24 juin 2024 et le 28 février 2025.

E. 3

Selon l'art. 25 al. 1 1 re phrase LPGA, en relation avec l'art. 2 al. 1 let. a de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA ; RS 830.11), les prestations indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire ou par ses héritiers. L'art. 3 al. 1 OPGA prévoit que l'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision.

E. 3.1

L'obligation de restituer suppose que soient remplies les conditions d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) de la décision - formelle ou non - par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 142 V 259 consid. 3.2 et les références ; 138 V 426 consid. 5.2.1 ; 130 V 318 consid. 5.2). À cet égard, la jurisprudence constante distingue la révision d'une décision entrée en force formelle, à laquelle l'administration est tenue de procéder lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 129 V 200 consid. 1.1 ; 127 V 466 consid. 2c et les références), de la reconsidération d'une décision formellement passée en force de chose décidée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à laquelle l'administration peut procéder pour autant que la décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Ainsi, par le biais d'une reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit (ATF 147 V 167 consid. 4.2 et la référence).

E. 3.2

Aux termes 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. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est manifestement erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération. L'exigence du caractère manifestement erroné de la décision est en règle générale réalisée lorsque le droit à des prestations d'assurance a été admis en application des fausses bases légales ou que les normes déterminantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière incorrecte (ATF 147 V 167 consid. 4.2 et les références). La condition de l'erreur est en outre réalisée lorsque la décision a été rendue sur la base d'un état de fait incomplet établi en violation de la maxime inquisitoire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_277/2020 du 17 août 2020 consid. 4.1). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies. Selon la jurisprudence, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné. Ces principes sont aussi applicables lorsque des prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle et que leur versement, néanmoins, a acquis force de chose décidée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_424/2019 du 3 juin 2020 consid. 5.1 et les références). La reconsidération d'une décision entrée en force est possible en tout temps, même plus de dix ans après son prononcé (ATF 149 V 91 consid. 7.7 ; 140 V 514 consid. 3), de sorte que si les conditions d'une reconsidération sont remplies, seuls les délais de péremption prescrits par l'art. 25 al. 2 LPGA doivent être examinés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_256/2024 du 14 octobre 2024 consid. 6.2).

E. 3.3

En vertu de l'art. 25 al. 2 1 re phrase LPGA, le droit de demander la restitution s'éteint trois ans 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. Les délais de l'art. 25 al. 2 LPGA sont des délais (relatif et absolu) de péremption, qui doivent être examinés d'office (ATF 146 V 217 consid. 2.1 et les références ; 142 V 20 consid. 3.2.2 et les références). Contrairement à la prescription, la péremption prévue à l'art. 25 al. 2 LPGA ne peut être ni suspendue, ni interrompue et lorsque s'accomplit l'acte conservatoire que prescrit la loi, comme la prise d'une décision (ATF 119 V 431 consid. 3c), le délai se trouve sauvegardé une fois pour toutes (ATF 138 V 74 consid. 5.2 et les références). En tant qu'il s'agit de délais de péremption, l'administration est déchuée de son droit si elle n'a pas agi dans les délais requis (ATF 134 V 353 consid. 3.1 et les références). Le délai de péremption absolu de cinq ans

commence à courir à la date du versement effectif de la prestation, et non à la date à laquelle elle aurait dû être fournie (ATF 112 V 180 consid. 4a et les références). Le délai de péremption relatif commence à courir dès le moment où l'administration aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle (ATF 148 V 217 consid. 5.1.1 et les références ; 140 V 521 consid. 2.1 et les références ; 139 V 6 consid. 4.1 et les références). Cette jurisprudence vise un double but, à savoir obliger l'administration à faire preuve de diligence, d'une part, et protéger l'assuré au cas où celle-ci manquerait à ce devoir de diligence, d'autre part (ATF 124 V 380 consid. 1). L'administration doit disposer de tous les éléments qui sont décisifs dans le cas concret et dont la connaissance fonde - quant à son principe et à son étendue - la créance en restitution à l'encontre de la personne tenue à restitution (ATF 148 V 217 consid. 5.1.1 et 5.2.1 et les références ; 146 V 217 consid. 2.1 et les références ; 140 V 521 consid. 2.1 et les références). Si l'administration dispose d'indices laissant supposer l'existence d'une créance en restitution, mais que les éléments disponibles ne suffisent pas encore à en établir le bien-fondé, elle doit procéder, dans un délai raisonnable, aux investigations nécessaires (ATF 133 V 579 consid. 5.1 non publié). À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a considéré dans le cas de la modification des bases de calcul d'une rente par une caisse de compensation à la suite d'un divorce qu'un délai d'un mois pour rassembler les comptes individuels de l'épouse était largement suffisant (SVR 2004 IV n. 41, consid. 4.3). À défaut de mise en œuvre des investigations, le début du délai de péremption doit être fixé au moment où l'administration aurait été en mesure de rendre une décision de restitution si elle avait fait preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle (ATF 148 V 217 consid. 5.2.2 et les références). En revanche, lorsqu'il résulte d'ores et déjà des éléments au dossier que les prestations en question ont été versées indûment, le délai de péremption commence à courir sans qu'il y ait lieu d'accorder à l'administration du temps pour procéder à des investigations supplémentaires (ATF 148 V 217 consid. 5.2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_754/2020 du 11 juin 2021 consid. 5.2 et les références). En l'espèce, l'intimée a réagi par décision du 13 mars 2025, soit moins d'une année après avoir continué, par erreur, à verser des indemnités journalières au-delà du 23 juin 2024, de sorte que le délai de péremption relatif ou absolu est sauvegardé.

E. 4

Selon l'art. 25 al. 1 2 e phrase LPGA, la restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile. En vertu de l'art. 3 OPGA, l'assureur est tenu d'indiquer la possibilité d'une remise dans la décision de restitution (al. 2). L'assureur décide dans sa décision de renoncer à la restitution lorsqu'il est manifeste que les conditions d'une remise sont réunies (al. 3). L'art. 4 OPGA précise que 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 (al. 1). Est déterminant, pour apprécier s'il y a une situation difficile, le moment où la décision de restitution est exécutoire (al. 2). La demande de remise doit être présentée par écrit. Elle doit être motivée, accompagnée des pièces nécessaires et déposée au plus tard 30 jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution (al. 4). La remise fait l'objet d'une décision (al. 5). Dans la mesure où la demande de remise ne peut être traitée sur le fond que si la décision de restitution est entrée en force, la remise et son étendue font l'objet d'une procédure distincte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2022 du 9 août 2022 consid. 4.3.2 et la référence). Intrinsèquement, une remise de l'obligation de restituer n'a de sens que pour la personne tenue à restitution (arrêt du Tribunal fédéral 9C_211/2009 du 26 février 2010

consid. 3.1).

E. 5

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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).

E. 6

En l'espèce, le recourant invoque sa bonne foi et soutient qu'en raison de l'attitude de la SUVA, il était conforté dans l'idée qu'il avait droit aux prestations versées indûment par cette dernière. L'intimée, de son côté, considère qu'en l'absence de décision révoquant celle du 23 juin 2024 qui mettait fin aux prestations, l'assuré ne pouvait pas prétendre, de bonne foi, qu'il ignorait ne plus avoir droit au paiement des indemnités journalières.

E. 6.1

Savoir si la condition de la bonne foi, présumée en règle générale (art. 3 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 - CC - RS 210) est réalisée, doit être examiné dans chaque cas à la lumière des circonstances concrètes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_269/2009 du 13 novembre 2009 consid. 5.2.1). La condition de la bonne foi doit être remplie dans la période où l'assuré concerné a reçu les prestations indues dont la restitution est exigée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2007 du 17 avril 2008 consid. 4.1 et les références). La jurisprudence constante considère que l'ignorance, par le bénéficiaire, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations 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 aussi 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. En revanche, l'assuré 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 138 V 218 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_640/2023 du 19 avril 2024 consid. 5.2). On parlera de négligence grave lorsque l'ayant droit ne se conforme pas à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances (ATF 110 V 176 consid. 3d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_640/2023 du 19 avril 2024 consid. 5.2). La mesure de l'attention nécessaire qui peut être exigée doit être jugée selon des critères objectifs, où l'on ne peut occulter ce qui est possible et raisonnable dans la subjectivité de la personne concernée (faculté de jugement, état de santé, niveau de formation, etc. ; ATF 138 V 218 consid. 4). Il faut ainsi en particulier examiner si, en faisant preuve de la vigilance exigible, l'assuré 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2012 du 7 mars 2013 consid. 4.2). On ajoutera que la bonne foi doit être niée quand l'enrichi pouvait, au moment du versement, s'attendre à son obligation de restituer, parce qu'il savait ou devait savoir, en faisant preuve de l'attention requise, que la prestation était indue (art. 3 al. 2 CC ; ATF 130 V 414 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_319/2013 du 27 octobre 2013 consid. 2.2).

E. 6.2

Il ressort du courriel du 19 janvier 2024 adressé par l'employeur à la SUVA et de la note téléphonique entre l'employeur et la SUVA, du 22 mars 2024, que le recourant percevait directement les indemnités journalières sur son compte bancaire. Le recourant invoque qu'il pensait, après avoir envoyé le certificat médical de son médecin traitant, le docteur B_____, spécialiste en médecine générale, daté du 21 juin 2024 indiquant l'état de santé « avec cervicalgie, [l'assuré] pourrait essayer une reprise de travail à 50% dès le lundi 24 juin 2024 » que ledit certificat valait opposition à la décision de fin de prestations, ce qui expliquerait, selon lui, qu'il n'a pas entrepris d'autres démarches. Or, en l'absence de réaction de la SUVA, il pouvait difficilement postuler que le simple envoi d'un certificat d'incapacité de travail valait opposition, ce d'autant moins que, comme le relève l'intimée, le recourant avait déjà envoyé, à plusieurs reprises, des certificats médicaux d'incapacité de travail, signés par le même médecin. Ce n'est qu'au mois de janvier 2025, alors qu'elle poursuivait, par erreur, le paiement des indemnités journalières, que la SUVA s'est adressée au Dr B_____ pour connaître l'évolution du patient. Le recourant allègue que cette demande de la SUVA confirmait qu'il avait droit aux prestations.

E. 6.3

Au vu du délai écoulé entre l'envoi du certificat médical du 21 juin 2024 et le courrier du 16 janvier 2025 adressé par la SUVA à son médecin traitant, soit six mois, le recourant peut difficilement justifier les raisons pour lesquelles il n'a pas réagi pendant ce laps de temps, alors qu'il percevait toujours les indemnités journalières et qu'aucune communication de la SUVA ne lui avait été adressée, qui l'aurait raisonnablement conforté dans l'idée qu'il avait droit aux prestations. Au contraire, au vu du texte de la décision du 6 juin 2024, qui indique clairement qu'il est « mis fin au versement des indemnités journalières à compter du 23 juin 2024 au soir et à la prise en charge des frais de traitement » et que toute opposition doit être motivée, formulée par écrit et signée, le recourant ne pouvait pas ignorer qu'il n'avait plus droit aux indemnités journalières dès le mois de juillet 2024, pas plus qu'il ne pouvait prétendre que le simple envoi de la copie du certificat médical du 21 juin 2024 valait opposition à ladite décision. La passivité du recourant, dès le mois de juillet 2024, contraste avec sa réaction du 13 mars 2025, dès après la réception de la décision de remboursement de l'indu du 13 mars 2025, puis son action du 17 mars 2025, lorsqu'il a téléphoné à la SUVA pour expliquer qu'il n'était pas d'accord de rembourser l'intimée en raison de l'erreur de cette dernière et que de toute façon il n'avait pas d'argent pour payer les factures de mars 2025 et allait consulter un avocat. Si le recourant avait véritablement été dans l'ignorance non fautive du fait qu'il n'avait plus droit aux prestations, il se serait prioritairement enquis des raisons pour lesquelles l'intimée n'avait pas tenu compte de sa prétendue opposition ou des raisons médicales qui, selon lui, justifiaient la continuation du paiement des indemnités journalières. Au lieu de cela, le recourant a simplement indiqué à l'intimée qu'il refusait de la rembourser, en raison de l'erreur commise par cette dernière.

E. 6.4

Il résulte de ce qui précède que la bonne foi doit être niée, dès lors que le recourant pouvait, au moment du versement des indemnités journalières après le 23 juin 2024, s'attendre à son obligation de restituer, parce qu'il savait ou devait savoir, en faisant preuve de l'attention requise, que la prestation était indue (art. 3 al. 2 CC ; ATF 130 V 414 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_319/2013 du 27 octobre 2013 consid. 2.2).

E. 7.1

A l'aune de ces éléments, le recours sera rejeté.

E. 7.2

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGA). **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.