

GE_GERICHTE A/4547/2017 vom 12. Dezember 2018

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4547_2017

FR: GE_GERICHTE A/4547/2017 du 12 décembre 2018

IT: GE_GERICHTE A/4547/2017 del 12 dicembre 2018

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à ANNEMASSE, FRANCE recourant contre AXA ASSURANCES SA, sise General-Guisan-Strasse 40, WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel BERGMANN intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1968, domicilié à Annemasse (France), a travaillé dès le mois de janvier 2010 à 90% à Genève en qualité d'agent de sécurité pour B_____ SA (ci-après : l'employeur), dont le siège principal est situé à Berne. À ce titre, il était assuré auprès d'Axa Winterthur (ci-après : l'assurance) contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels. **!**[endif]>!**!**[if> 2. Le 4 juillet 2016, l'employeur a rempli une déclaration d'accident et indiqué que l'assuré avait raté une marche en descendant un escalier le 30 juin 2016 et qu'il s'était blessé au genou droit. Ce dernier était gonflé et douloureux. **!**[endif]>!**!**[if> 3. Dans un certificat du 30 juin 2016, la doctoresse C_____, médecin à Annemasse (France), a attesté que l'état de santé de l'assuré motivait un arrêt de travail du 30 juin au 8 juillet 2016. Par la suite, elle a régulièrement prolongé l'incapacité totale de travail (cf. certificats des 8 juillet, 8 août, 9 septembre, 10 octobre, 10 novembre et 9 décembre 2016, 28 janvier, 27 février, 31 mars, 28 avril et 31 mai 2017). **!**[endif]>!**!**[if> 4. Par rapport du 6 juillet 2016, le docteur D_____, médecin en France, a indiqué que des radiographies du genou droit n'avaient pas montré de lésion osseuse traumatique visible. **!**[endif]>!**!**[if> 5. Dans un rapport du 19 septembre 2016, le docteur E_____, médecin en France, a retenu que l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : l'IRM) du genou droit avait mis en évidence une chondropathie rotulienne externe de grade 2, un épanchement intra-articulaire abondant au cul-de-sac sous quadricipital, une fissuration méniscale au tiers médian externe et une fente méniscale périphérique postéro-interne. Il a relevé, dans la description de l'examen, qu'il n'y avait pas de kyste poplité. **!**[endif]>!**!**[if> 6. Par rapport du 10 octobre 2016, la Dresse C_____ a indiqué que lors de sa consultation du 30 juin 2016, son patient faisait état de douleurs au genou et à la cuisse droite. Elle avait constaté un épanchement traumatique du genou, épanchement qui avait été confirmé par une échographie le 27 juillet 2016. Une IRM avait révélé une chondropathie rotulienne externe, une lésion méniscale et un épanchement intra-articulaire persistant. Le traitement ordonné consistait en la prise de médicaments et le port d'une genouillère ligamentaire élastique. L'incapacité de travail était totale. **!**[endif]>!**!**[if> 7. Par courrier recommandé du 6 décembre 2016, l'assurance a convoqué l'assuré pour un examen médical auprès du docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et lui a communiqué le questionnaire envoyé à l'expert. L'assurance a indiqué à l'assuré qu'il avait « toute latitude pour poser des questions complémentaires » et l'a invité à motiver son éventuel désaccord avec les modalités et les principes de l'expertise. **!**[endif]>!**!**[if> 8. Le 15 décembre 2016, après que la missive précitée lui a été retournée en raison du déménagement de l'assuré,

l'assurance lui a réexpédié la lettre du

E. 6

février 2018 consid. 2 et les références). 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 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). 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). 13. En l'occurrence, l'intimée a considéré, dans sa décision sur opposition du 15 septembre 2017, que le recourant avait sciemment fait de fausses déclarations, comme attesté par les procès-verbaux relatifs à l'entretien du 6 juin 2017. 14. a. Le recourant quant à lui conteste l'exactitude des propos tels que relatés dans ces documents. b. Il reproche tout d'abord à l'intimée de ne pas avoir fait appel à un interprète lors de son audition. Il soutient en effet qu'il est anglophone et qu'il présente des difficultés de compréhension en français. À titre d'exemple, il indique avoir utilisé le terme « immobilisé » pour indiquer qu'il ne pouvait pas se déplacer librement sans l'aide d'un tiers pouvant l'accompagner en voiture et qu'il a mentionné « la course à pied » alors qu'il voulait dire « la marche ». Ces affirmations sont cependant sérieusement remises en cause par les explications de MM. G_____ et H_____, lesquels ont réfuté tout problème linguistique, ainsi que par le courriel du Dr F_____ du 29 juin 2018, lequel a relevé que le recourant n'avait pas eu la moindre difficulté à le comprendre et à suivre ses instructions, et qu'il avait été apte à répondre de façon détaillée lors de l'anamnèse. De plus, il ressort des pièces du dossier que le recourant a communiqué personnellement avec l'intimée par courriel, ce qui atteste de ses capacités à lire et à comprendre le français, ainsi qu'à s'exprimer. Ceci est encore attesté par l'écriture du recourant du 6 novembre 2017 et celle déposée au greffe le 26 juillet 2018, parfaitement compréhensibles, que le recourant ne prétend pas avoir rédigées avec l'aide d'un tiers. Dans ces conditions, l'intimée pouvait procéder à l'audition de l'intéressé sans interprète. Si le recourant estimait néanmoins que l'intervention d'une telle personne était souhaitable, il lui était loisible de la demander. Enfin, la chambre de céans constate que les déclarations du recourant, précises et confirmées à différents moments de son audition, excluent tout malentendu. S'agissant en particulier de l'immobilisation, l'intéressé a clairement et expressément indiqué, à plusieurs reprises, qu'il n'avait pas quitté son domicile durant les trois premiers mois, qu'il n'avait

« absolument pas pu marcher », qu'il ne pouvait effectuer « aucun déplacement, même avec la canne ». Ce n'était qu'après trois mois qu'il avait pu recommencer à marcher « un petit peu », « tout le temps avec une canne », sans laquelle il ne pouvait pas se tenir debout. Questionné sur ses éventuels déplacements, le recourant a affirmé qu'il n'avait pas quitté la France durant plusieurs mois, confirmant à nouveau qu'il était « vraiment resté immobilisé ». Ces déclarations sont dépourvues de toute ambiguïté et correspondent d'ailleurs aux propos qu'il a tenus au Dr F_____, à savoir qu'il devait être couché toute la journée. S'agissant de la distinction entre la course à pied et la marche, le recourant a expliqué pratiquer « la course à pied » depuis six mois, à raison de deux fois par semaine durant trente minutes. Il ne pouvait manifestement pas vouloir dire qu'il n'avait repris « la marche » qu'au début de l'année 2017, à raison de deux demi-heures par semaine, puisqu'il a reconnu être parti au Cameroun pendant plus d'un mois en août 2016. Or, un tel voyage a nécessairement impliqué plus de deux déplacements de trente minutes par semaine, ne serait-ce que pour déambuler dans les aéroports et être présent à différentes conférences. c. Le recourant soutient ensuite que les conditions de son audition avaient été très pénibles, qu'il faisait très chaud et que l'entretien avait duré plus de quatre heures (écriture du 1^{er} juin 2018), puis plus de deux heures (écriture du 26 juillet 2018), sans interruption. Ces allégations sont mises à mal par les données météorologiques concernant la journée du 6 juin 2017, au cours de laquelle il a fait 16.3 °C à 10h et 13.2 °C à midi (<https://www.prevision-meteo.ch/climat/horaire/geneve-cointrin/2017-06-06>). Qui plus est, MM. G_____ et H_____ ont exposé de manière convaincante que les locaux de l'intimée sont équipés d'une climatisation qui aurait pu être utilisée en cas de besoin, et que l'audition n'avait pas pu durer plus d'une heure et demi puisqu'elle avait débuté à 10h30, comme attesté par la capture d'écran d'un agenda, et pris fin à 12h car les locaux, dont ils n'avaient pas la clef, fermaient à cette heure-là. Le recourant ne fait valoir aucun argument ni ne produit de pièce permettant de douter de ces explications. d. Enfin, le recourant fait état de pression de la part de MM. G_____ et H_____. Il soutient avoir répondu « tout et n'importe quoi » aux suggestions qui lui étaient faites. Il affirme ne pas avoir relu le procès-verbal car il avait voulu partir au plus vite, ne supportant plus la douleur et la chaleur. Il sied toutefois de remarquer que les propos retranscrits dans les procès-verbaux, lesquels mentionnent précisément les questions posées et les réponses apportées, sont clairs et cohérents. Le recourant a expressément reconnu avoir exagéré ses plaintes et ses limitations fonctionnelles car il ne voulait pas recommencer à travailler. Il a admis que son incapacité de travail n'était plus justifiée et qu'il aurait été apte à reprendre son activité depuis longtemps. Il a signé chacune des pages des procès-verbaux, sans requérir de précision, d'explication ou solliciter de modification. Si les termes utilisés dans ces documents ne correspondaient pas à ses réponses, il aurait dû refuser de signer les procès-verbaux ou les contester en s'adressant directement à l'intimée les jours suivants cet entretien, ce qu'il ne démontre pas avoir fait. Ses allégations concernant un prétendu courrier adressé à M. G_____, aucunement étayées, ne sont pas convaincantes. La chambre de céans relèvera encore que les aveux du recourant viennent appuyer l'appréciation du Dr F_____, lequel a émis de nombreux doutes, soulignant notamment de nets signes d'amplification, des signes de non-organicité, ainsi que des signes clairs d'aggravation, médicalement non expliqués. L'expert a également noté que le traitement était, de façon incompréhensible, presque inexistant, que ni la genouillère élastique, ni les cannes proposées ne semblaient être utilisées, et qu'aucun traitement physique n'avait été entrepris suite au sinistre déclaré. Le Dr F_____ a en outre noté l'absence d'amyotrophie.

e. Enfin, la chambre de céans constate qu'il ne fait ainsi aucun doute que le recourant a menti à répétition reprises et sur différents points, avant que les collaborateurs de l'intimée ne lui révèlent le résultat de leurs investigations. En effet, les premières déclarations faites par le recourant aux collaborateurs de l'intimée le 6 juin 2017 comportent des contradictions avec celles qu'il a livrées au Dr F_____ en janvier 2017. Il en va ainsi concernant les circonstances du sinistre (par exemple la raison pour laquelle les escaliers étaient mouillés, le moment auquel il a constaté que son genou droit était enflé, l'heure à laquelle il a terminé son service), mais également s'agissant du traitement suivi (utilisation d'un moyen auxiliaire). À ce propos, il sera relevé que le recourant a affirmé aux collaborateurs chargés de son audition que son médecin traitant lui avait remis des cannes, ce qui est infirmé par le rapport de la Dresse C_____ du 10 octobre 2016 qui n'en fait pas mention. De plus, le recourant a déclaré qu'il ne pouvait pas rester debout ou marcher durant les trois premiers mois, et qu'il lui était difficile de rester assis, ce qui est incompatible avec le vol et les nombreux déplacements en voiture qu'il a reconnu avoir effectués. Dans ses dernières écritures, le recourant a affirmé avoir informé Pôle Emploi de son incapacité de travail, ce qui est formellement contredit par le courriel de cette institution du 29 juin 2018. En outre, comme relevé précédemment, les allégations du recourant quant à la durée et au déroulement de son audition sont incompatibles avec les éléments apportés par l'intimée. f. La décision de l'intimée, en tant qu'elle se fonde sur les aveux du recourant lors de son audition du 6 juin 2017, n'apparaît ainsi pas contestable. De même, le Dr I_____ pouvait lui aussi prendre en considérations ces révélations pour se prononcer sur la capacité de travail du recourant et l'existence d'un lien de causalité entre le sinistre et les atteintes à la santé présentées par l'intéressé. 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. 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 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 exagérait 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 1^{er} 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 asymptotique. 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 méniscopeathie 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. 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. 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 1^{er} septembre 2016 et que le statu quo sine a été atteint au 31 décembre 2016 peut être confirmée.![endif]>![if> Les mesures d'instruction sollicitées par le recourant ne se justifient pas. 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]).

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).

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.

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.

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

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). 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.