

VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 894 vom 21. November 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__894

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 894 du 21 novembre 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 894 del 21 novembre 2019

Regeste

RESTITUTION{EN GÉNÉRAL}, PRESTATION D'ASSURANCE INDUE, ACCIDENT, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, REJET DE LA DEMANDE, CAUSE EXTÉRIEURE EXTRAORDINAIRE, FAUSSE INDICATION | 46 LAA, 6 al. 1 LAA, 25 al. 1 LPGA, 4 LPGA, 51 LPGA, 53 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 5

Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références). En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou déclarations de la première heure), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

E. 6

a) En l'espèce, il convient de déterminer si l'assuré a été victime d'un accident le 19 novembre 2018. A cet égard, la recourante invoque la jurisprudence dite des « premières déclarations » pour mettre en avant le fait que, dans la déclaration de sinistre du 21 novembre 2018, l'assuré a immédiatement indiqué avoir subi une chute le 19 novembre 2018. Force est cependant de suivre la position de l'intimée, laquelle a constaté qu'avant l'établissement de cette déclaration de sinistre, l'assuré avait consulté les Drs S. _____, K. _____, R. _____ et W. _____ le jour même de l'accident. Ces médecins n'ont pas fait état d'une quelconque atteinte traumatique. Dans leur rapport du 19 novembre 2018, les Drs K. _____, R. _____ et S. _____ ont au contraire précisé que l'assuré était venu les voir pour des lombalgies déficitaires apparues le matin même au travail après avoir porté une charge lourde. Quant au Dr W. _____, il a mentionné des « lombalgies déficitaires apparues ce jour » (cf. rapport du 20 novembre 2018 ensuite d'une IRM lombaire du 19 novembre 2018). Partant, contrairement à ce que soutient l'assuré, ses

premières déclarations, rapportées par des médecins, ne font aucunement apparaître de chute. La version relayée par les médecins précités a encore été confirmée par la suite par le Dr H. _____, lequel avait ausculté l'assuré le 26 novembre 2018 et alors indiqué que celui-ci avait ressenti des douleurs au dos et dans les jambes en faisant un effort au travail (cf. rapport du 27 décembre 2018). En outre, si l'assuré a confirmé sa chute lors de l'entretien du 8 février 2019, son collègue X. _____ n'a pas pu en faire autant (cf. note d'entretien téléphonique signée et datée du 28 février 2019). Il a certes précisé ne pas avoir été témoin direct d'une éventuelle chute, mais pour lui et selon ce que l'assuré lui avait expliqué, ce dernier était en train de mettre une combinaison et, au moment de se pencher en avant pour « enfiler les pieds », il se serait bloqué le dos. X. _____ n'avait pas entendu parler d'une quelconque chute. De ce qui précède, on relève qu'à part l'assuré lui-même, personne n'a mentionné une chute. Il serait par ailleurs invraisemblable que tous les médecins susmentionnés, soit les Drs S. _____, K. _____, R. _____, W. _____ et H. _____, aient mal rapporté les propos de l'intéressé. Enfin, s'il avait chuté comme il le prétend, il paraît également improbable qu'il n'en ait pas parlé à ses collègues. Le fait que X. _____ n'ait pas confirmé la version de l'assuré et ait indiqué n'avoir jamais entendu parler d'une chute finit en effet de convaincre de la fausseté des déclarations de l'intéressé. Partant, il doit être constaté que l'assuré échoue à prouver, au stade de la vraisemblance prépondérante, avoir été victime d'une chute le 19 novembre 2019. Par ailleurs, la question de savoir si ses lombalgies sont apparues ce jour-là alors qu'il portait une charge lourde (cf. rapport du 19 novembre 2018 des Drs K. _____, R. _____ et S. _____) ou lorsqu'il mettait une combinaison (cf. note téléphonique signée le 28 février 2019 par X. _____) peut être laissée ouverte. En effet, l'assuré étant aide-couvreur, l'une ou l'autre hypothèse ne saurait être considérée comme un facteur extérieur extraordinaire au sens de la jurisprudence précitée (cf. consid. 3a supra). Ainsi, l'intéressé n'a pas été victime d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA le 19 novembre 2018. En outre, en soutenant avoir chuté à cette date alors que tel n'était pas le cas, l'assuré a fait et maintenu une fausse déclaration à l'intimée au sens de l'art. 46 al. 2 LAA afin d'obtenir des prestations de sa part. A toutes fins utiles, il sied de relever qu'il ne ressort pas du dossier que l'assuré aurait fait opposition à la décision du 28 mars 2019, par laquelle l'intimée a retenu ce qui précède. b) Cela étant, il est relevé que, par lettre du 29 novembre 2018, l'intimée avait octroyé à l'intéressé des prestations pour les suites de l'événement du 29 novembre 2018. Cette lettre vaut décision traitée selon la procédure simplifiée prévue à l'art. 51 LPGA. L'intimée a rendu sa décision réclamant la restitution des prestations déjà versées le 28 mars 2019, soit pratiquement quatre mois plus tard, de sorte que la restitution des prestations indûment touchée fondée sur l'art. 25 al. 1 LPGA ne pouvait être opérée que si les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale étaient réunies (cf. consid. 4a supra). A l'instar de l'intimée, force est de constater que les conditions pour une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA de la décision du 29 novembre 2018 sont réunies. En effet, au moment de prendre cette décision, l'intimée n'avait au dossier que de la déclaration de sinistre du 21 novembre 2018, contenant une fausse déclaration d'accident, ainsi que des certificats attestant une incapacité de travail totale. Il n'existait ainsi aucun indice que l'assuré n'aurait pas été victime d'un accident. Les documents permettant de retenir qu'un tel accident n'est en réalité pas survenu (cf. rapport du 19 novembre 2018 des Drs K. _____, R. _____ et S. _____, rapport du 20 novembre 2018 du Dr W. _____, rapport de suivi ambulatoire du 27 décembre 2018, note d'entretien téléphonique signée le 28 février 2019 par X. _____) ont tous été versés

au dossier de l'intimée après cette décision du 29 novembre 2018. Ces documents constituent donc de nouveaux moyens de preuve obtenus subséquemment par l'intimée (cf. art. 53 al. 1 LPGA). Ces nouvelles preuves ont, quant à elles, permis d'établir un nouveau fait déterminant, à savoir que l'assuré avait fait une fausse déclaration en ayant indiqué avoir été victime d'une chute. c) Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était légitimée à rendre la décision litigieuse révisant sa précédente décision du 29 novembre 2018, réclamant ainsi la restitution des prestations déjà versées.

E. 7

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 28 mars 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ G. _____, ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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