

# VD\_GERICHTE ZA21.030057 vom 22. November 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-11-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA21.030057](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA21.030057)

FR: VD\_GERICHTE ZA21.030057 du 22 novembre 2021

IT: VD\_GERICHTE ZA21.030057 del 22 novembre 2021

## Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 88/21 - 126/2021 ZA21.030057 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 22 novembre 2021 \_\_\_\_\_ Composition : Mme BRÉLAZ  
BRAILLARD, juge unique Greffière : Mme Toth \*\*\*\*\* Cause pendante entre :  
X. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Aba Neeman, avocat à Monthey, et  
CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne,  
intimée. \_\_\_\_\_ Art. 25 al. 1 et 31 al. 1 LPGA ; art. 4 OPGA. 403

- 2 - E n f a i t : A. a) X. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1997, à l'époque étudiant au Gymnase [...], était employé à titre de magasinier auxiliaire depuis le 23 juillet 2018 par [...] pour un salaire horaire brut de 24 francs. En parallèle, il a effectué pour les besoins de son cursus un stage non rémunéré en qualité d'employé de bureau auprès de [...], du 16 au 20 juillet 2018 et du 6 au 17 août 2018. Il était à ce double titre assuré obligatoirement contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). b) Le 22 août 2018, l'assuré s'est blessé au genou gauche en se faisant tacler par un adversaire durant une partie de football. Dans un rapport du 10 septembre 2018, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a constaté, à la suite d'une IRM [imagerie par résonance magnétique], une rupture transfixiante du ligament croisé antérieur, une entorse marquée du ligament latéral interne et une vraisemblable contusion de la corne antérieure du ménisque latéral. Le 10 janvier 2019, l'assuré a ressenti un craquement interne au genou gauche alors qu'il jouait au football. Dans un rapport du 17 janvier 2019, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a constaté grâce à l'IRM réalisée la veille une rupture totale connue du ligament croisé antérieur, une meilleure visualisation de la déchirure du ménisque externe et une nouvelle déchirure du ménisque interne. c) Par déclarations de sinistre LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20] des 5 mars 2019 et 2 mai 2019, [...] et [...] ont annoncé à la CNA l'accident survenu le 22 août 2018. Par courrier du 12 juin 2019, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui allouait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident du 22

- 3 - août 2018 et que le droit à l'indemnité journalière prenait effet dès le début de l'incapacité de travail mais au plus tôt le 25 août 2018. En outre, la CNA a informé l'assuré de son devoir de lui signaler la perception de toute autre prestation d'une assurance sociale. Par courrier électronique du 10 juillet 2019, un collaborateur d' [...] a informé la CNA du salaire mensuel brut perçu par l'assuré sur la période du 23 juillet au 31 décembre 2018, soit un minimum de 761 fr. 05 et un maximum de 1'692 fr. 80. L'assuré s'est fait opérer du genou gauche le 29 juillet 2019 par le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin associé au service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le [...]). Il ressort des attestations médicales du dossier que l'assuré a présenté une incapacité de travail à 100 %

du 22 août au 30 novembre 2018 ainsi que du 12 janvier 2019 au 1er octobre 2020, puis à 50 % du 2 au 11 octobre 2020. Dans ce contexte, la CNA a limité le versement des indemnités journalières pour l'activité d'employé de commerce au 9 septembre 2019 (cf. décision du 27 janvier 2020), tout en poursuivant celui des indemnités journalières relatives à l'activité de magasinier. Le 13 août 2020, faisant suite à une demande de la CNA, le [...] a transmis à cette dernière une note ambulatoire, dont il ressortait que l'assuré avait débuté son service militaire à la fin du mois de juin 2020. Par courrier du 14 août 2020 se référant au service militaire débuté à la fin du mois de juin 2020, la CNA a requis de l'assuré la transmission d'une copie du formulaire relatif aux allocations perte de gain (APG). Par courrier du 24 août 2020, ce dernier a envoyé à la CNA le document demandé ainsi qu'un certificat médical daté du 13 août 2020, lequel attestait que, depuis le début de son service militaire, son genou gauche était tuméfié et le dispensait donc de port de charge et de marche longue jusqu'au 20 septembre 2020.

- 4 - Par courrier électronique du 23 septembre 2020, la CNA a demandé à l'assuré la transmission de ses décomptes APG. Ce dernier a transmis les décomptes relatifs aux allocations perçues du 29 juin 2020 au 9 octobre 2020 par courrier envoyé sous pli recommandé du 3 novembre 2020. L'assuré a également précisé à cette occasion qu'il estimait avoir droit à des indemnités journalières malgré la perception de ce « salaire (très peu élevé) », compte tenu de son incapacité de travail. Il a encore ajouté qu'il aurait mis un terme à son service militaire s'il existait un risque de rechute et donc d'aggravation de son état de santé. Par courrier du 24 novembre 2020, la CNA a requis de l'assuré le remboursement de la somme de 2'470 fr. 20. Elle a constaté que l'assuré avait été reconnu apte au service militaire pour la période du 29 juin au 9 octobre 2020 et, partant, a estimé qu'il n'existait aucune incapacité de travail à indemniser pour cette période. En outre, elle a considéré que l'octroi d'indemnités journalières de sa part en sus des allocations perte de gain perçues conduirait à une surindemnisation, ce qui était contraire à la loi. Le 9 janvier 2021, l'assuré s'est opposé à la demande de remboursement précitée. Il a expliqué que son incapacité de travail était médicalement attestée, que le service militaire était obligatoire et qu'il avait été dispensé des activités physiques durant son engagement à l'armée en raison de son état de santé. Par décision du 19 janvier 2021, la CNA a demandé la restitution de la somme de 2'470 fr. 20. Elle a constaté que la situation de l'assuré avait mené à une surindemnisation, dès lors que ce dernier avait perçu des indemnités journalières en sus d'allocations pour perte de gain du 29 juin au 9 octobre 2020. Dite décision est entrée en force, faute d'opposition. d) Le 19 février 2021, l'assuré, représenté par Me Aba Neeman, a demandé la remise de l'obligation de restituer les prestations

- 5 - indûment perçues. A l'appui de sa demande, il a en premier lieu exposé qu'il s'était trouvé en incapacité de travail médicalement attestée durant la période litigieuse, de sorte qu'il pouvait légitimement penser être en droit de percevoir des indemnités journalières de la CNA. Il a ainsi estimé que sa faute était légère et que la bonne foi devait être retenue à son égard. En second lieu, l'assuré s'est prévalu de sa situation financière obérée. Par décision du 5 mars 2021, la CNA a rejeté la demande de remise et maintenu sa demande de restitution de 2'470 fr. 20. Elle a considéré que le critère de la bonne foi n'était pas réalisé, l'assuré ayant violé son devoir de diligence, à savoir de vérifier que les prestations qu'il percevait étaient appropriées et perçues de bon droit et, si tel n'était pas le cas, de le communiquer ou de s'en informer. Le 15 avril 2021, l'assuré a formé opposition à la décision susmentionnée par l'intermédiaire de son conseil. Il a allégué en particulier se

trouver dans une situation financière difficile et n'avoir commis qu'une négligence légère. A cet égard, il a notamment fait valoir qu'en tant que jeune assuré sans formation particulière, il n'était pas capable de réaliser qu'il faisait l'objet d'une surindemnisation, ce d'autant moins que la période en question était courte. Par décision sur opposition du 11 juin 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 5 mars 2021. Elle a retenu en substance que l'assuré avait enfreint son devoir d'informer ou de renseigner et que cette négligence revêtait un caractère de gravité suffisant pour exclure la bonne foi. Elle a relevé que l'attention de l'assuré avait été expressément attirée sur son obligation d'annoncer le versement de toute autre prestation d'une assurance sociale dans chaque courrier d'accompagnement qui lui avaient été adressés, soit au moins à trois reprises. Selon elle, il n'était donc pas nécessaire que l'assuré comprenne exactement tous les concepts juridiques en cause. Par ailleurs, elle a soutenu que la perception d'allocations pour perte de gain représentait

- 6 - dans le cas particulier une augmentation substantielle des revenus du recourant, qui aurait dû motiver ce dernier à l'en informer. B. Par acte du 12 juillet 2021, X. \_\_\_\_\_ a, sous la plume de son conseil, recouru par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 11 juin 2021. Il a conclu principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une remise lui soit accordée et, subsidiairement, au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision. En substance, le recourant a invoqué sa bonne foi et sa situation financière difficile, réitérant les arguments soulevés tant dans sa demande de remise que dans son acte d'opposition. Il a rappelé qu'il avait été astreint au service militaire malgré son incapacité de travail. Il a encore ajouté que sa bonne foi était notamment démontrée par le fait qu'il avait spontanément remis les certificats médicaux relatifs à la période litigieuse à l'intimée, lesquels mentionnaient expressément son service militaire, et que c'était dans ce cadre que l'intimée avait découvert son engagement à l'armée. Pour étayer ses dires, il a produit un onglet de pièces comprenant notamment divers documents relatifs à sa situation financière ainsi que les certificats médicaux attestant de son incapacité de travail du 19 juin au 11 octobre 2020. Par réponse du 1er octobre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours, renvoyant intégralement à la décision sur opposition attaquée. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 al. 1 LPGA) dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

- 7 - b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit du recourant d'obtenir la remise de l'obligation de restituer les prestations indûment perçues. 3. a) Selon l'art. 25 al. 1 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. A teneur de l'art. 4 al. 1 OPGA (ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 ; RS 830.11), 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 ; TF 8C\_704/2016 du 29 mai 2017 consid. 3). Selon la jurisprudence, l'ignorance, par le bénéficiaire des prestations, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations ne suffit pas pour admettre sa bonne foi. Il faut bien plutôt que le requérant 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 – comme une violation du devoir d'annoncer ou de renseigner – sont imputables à un comportement dolosif ou à une négligence grave. En revanche, le bénéficiaire 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 et les références citées ; TF 8C\_373/2016 du 29 mars 2017 consid. 4).

- 8 - Il y a négligence grave quand un 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 ; TF 8C\_373/2016 précité consid. 4). 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 (ATF 130 V 414 consid. 4.3 ; TF 8C\_118/2010 du 31 août 2010 consid. 4.1). b) Selon l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon les cas, à l'organe compétent, toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. La violation de l'obligation de communiquer toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation est sanctionnée par le biais de l'obligation de restitution fondée sur l'art. 25 al. 1 LPGA. c) Une 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 faisant en principe l'objet d'une procédure distincte (art. 4 al. 2 OPGA ; TF 8C\_799/2017 du 11 mars 2019 consid. 6 et les références). 4. a) En l'espèce, la décision de restitution rendue le 19 janvier 2021 par l'intimée est entrée en force, de sorte qu'il convient d'examiner si les conditions de la remise sont réunies. b) A cet égard, le recourant soutient que sa faute ne serait que légère dans la mesure où, compte tenu de son inexpérience et de son incapacité de travail médicalement attestée, il avait pensé de bonne foi pouvoir bénéficier des indemnités journalières de la CNA. c) En l'occurrence, le recourant avait l'obligation d'annoncer à l'intimée toute modification importante des circonstances déterminantes

- 9 - pour l'octroi d'une prestation, en vertu de l'art. 31 al. 1 LPGA. Son attention a été expressément attirée sur cette obligation à plusieurs reprises, notamment par courrier de l'intimée du 12 juin 2019, dans lequel il était écrit : « Nous vous prions de nous signaler si une autre assurance sociale vous verse parallèlement des prestations en espèces (rente, indemnité journalière) ». Dans ces conditions, on pouvait raisonnablement exiger d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances qu'elle informe l'intimée de sa situation ou, à tout le moins, qu'elle se renseigne auprès d'elle sur les conséquences de la perception d'allocations pour perte de gain. Or, l'intéressé s'est abstenu de toute démarche, malgré le fait que la perception d'allocations liées à son service militaire constituait une modification importante des circonstances ayant une influence directe sur l'octroi des indemnités journalières. Dès lors, la négligence du recourant doit être qualifiée de grave et la bonne foi exclue. Son jeune âge,

son inexpérience ou le fait qu'il n'était pas assisté d'un avocat durant la période litigieuse n'y change rien. La jurisprudence prévoit en effet expressément que l'ignorance de l'assuré ne suffit pas à admettre sa bonne foi (cf. consid. 4b). A cela s'ajoute que le recourant n'avait pas à comprendre les concepts juridiques en cause mais simplement à renseigner l'intimée. En outre, l'allégation du recourant selon laquelle il serait de bonne foi car il a spontanément remis les certificats médicaux mentionnant son service militaire à l'intimée, l'informant ainsi de son engagement à l'armée, ne saurait être suivie. En effet, l'information est parvenue à la CNA par l'intermédiaire d'une note ambulatoire transmise le 13 août 2020 par le [...] sur demande expresse de cette dernière. Ce n'est que lorsque l'intimée a annoncé à l'intéressé avoir connaissance de son engagement à l'armée (cf. courrier du 14 août 2020) que celui-ci lui a envoyé un certificat médical mentionnant son service militaire (cf. courrier du 24 août 2020), dans le but de démontrer qu'il avait droit à des indemnités journalières durant la période litigieuse en raison de son état de santé. Par conséquent, le recourant ne peut en aucun cas se prévaloir de sa bonne foi relativement à ces faits.

- 10 - La négligence du recourant est d'autant moins excusable que les circonstances démontrent qu'il devait savoir que la prestation était indue, en faisant preuve de l'attention requise. En effet, avant son accident, l'intéressé, alors aux études, ne percevait qu'un faible revenu grâce à son emploi auxiliaire de magasinier, variant entre 761 fr. 05 et 1'692 fr. 80 par mois. Ainsi, il se devait de réaliser que le cumul des indemnités journalières et des allocations pour perte de gain, lesquelles s'élevaient à elles seules à environ 1'850 fr. par mois (cf. décomptes APG des mois de juin à octobre 2020), lui procurait un revenu confortable, nettement supérieur à celui qu'il réalisait dans le cadre de son activité auxiliaire. Ces éléments auraient déjà dû l'amener à réaliser que sa situation donnait lieu à une surindemnisation et que les indemnités journalières ne lui étaient pas dues durant cette période. De plus, il ressort du dossier que le recourant était tout à fait conscient que les allocations perçues équivalaient à un salaire. Dans son courrier du 3 novembre 2020, il mentionne expressément qu'il a perçu un « salaire (très peu élevé) » durant la période litigieuse. Il ne pouvait donc raisonnablement penser avoir droit à des indemnités journalières en sus d'un salaire. Il ne lui serait d'ailleurs pas venu à l'esprit de solliciter des indemnités journalières s'il avait perçu un revenu dans le cadre de son activité auxiliaire. Le fait que les médecins consultés aient attesté une incapacité de travail ou que la période de surindemnisation ait été courte n'y change rien. L'intéressé semble encore expliquer, dans le courrier susmentionné, qu'il aurait gardé ses indemnités journalières de manière préventive, au cas où il n'avait pas pu poursuivre son service militaire, considérant qu'il existait un grand risque de rechute. Dès lors, il apparaît que le recourant comprenait parfaitement à quoi étaient destinées les indemnités journalières qu'il percevait et qu'il réalisait ne pas y avoir droit durant son service militaire. Par conséquent, il y a lieu de retenir que le recourant pouvait se rendre compte d'emblée qu'il y avait une erreur dans le versement des indemnités journalières et que la restitution de tout ou partie des prestations risquait de lui être réclamée, de sorte que la bonne foi doit être niée pour ce motif également.

- 11 - d) La question de savoir si la restitution mettrait le recourant dans une situation financière difficile peut demeurer ouverte, dans la mesure où la première des deux conditions cumulatives à la remise de l'obligation de restituer, soit la bonne foi de l'intéressé, n'est pas réalisée. 5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) La procédure ne porte pas sur l'octroi ou le

refus de prestations d'assurance au sens de l'art. 61 let. f bis LPGA. Elle donne lieu à la perception de frais de justice, qu'il convient de mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions (art. 45 et 49 al. 1 LPA-VD ; art. 1 al. 1 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Les frais sont fixés à 250 fr. compte tenu de l'importance et de la difficulté de la cause (art. 4 al. 1 TFJDA). c) Le recourant n'a pas droit à des dépens dès lors qu'il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 11 juin 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge de X.\_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens.

- 12 - La juge unique : La greffière :

- 13 - Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Me Aba Neeman, avocat (pour X.\_\_\_\_\_), - 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). La greffière :

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