

VD_GERICHTE ZA22.040682 vom 19. Juli 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-07-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA22.040682

FR: VD_GERICHTE ZA22.040682 du 19 juillet 2023

IT: VD_GERICHTE ZA22.040682 del 19 luglio 2023

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 117/22 - 85/2023 ZA22.040682 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 19 juillet 2023 _____ Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Piguet, juges Greffière : Mme Jeanneret ***** Cause pendante
entre : F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à
Lausanne, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS,
à Lucerne, intimée. _____ Art. 25 al. 1, 68, 69 LPGA ; 51 al. 3 OLAA 402

- 2 - E n f a i t : A. F. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...],
chauffeur-livreur, a été victime le 5 octobre 1999 d'une chute dans des escaliers et a subi
une entorse du genou gauche avec lésion des deux ménisques et du ligament croisé
antérieur (LCA). Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas
d'accidents (ci- après : la CNA), qui a notamment versé des indemnités journalières.
L'assuré a par la suite repris progressivement l'exercice d'une activité professionnelle. Le
30 janvier 2012, l'assuré est tombé sur le dos. Le 10 octobre 2012, il a reçu une barrière
métallique sur le bas du dos. Puis, le 14 juin 2013, il s'est blessé à l'épaule gauche en
chutant dans des escaliers. La CNA a derechef alloué des prestations en lien avec ces
événements, notamment des indemnités journalières. Par décision du 12 février 2015, la
CNA a refusé à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à
l'intégrité. B. Le 17 octobre 2016, le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique
et traumatologie de l'appareil locomoteur, a sollicité auprès de la CNA une garantie de prise
en charge pour la pose d'une prothèse du genou gauche, le patient présentant une
gonarthrose tricompartmentale dans le cadre d'un genou instable sur lésion du ligament
croisé antérieur chronique et résection méniscale partielle. Puis, le 4 novembre 2016,
l'assuré est tombé en descendant d'un quai de chargement sur son lieu de travail, ce qui a
entraîné de nouveaux troubles au niveau du genou gauche. La CNA a alloué des prestations,
en particulier des indemnités journalières dès le 4 novembre 2016 et la prise en charge
d'une arthroplastie totale du genou gauche effectuée le 10 mai 2017, au titre de rechute de
l'accident de 1999, dès lors que l'événement du 4 novembre 2016 n'avait pas entraîné de
lésion structurelle (cf. avis du 9 mars 2017

- 3 - de la Dre P. _____, médecin praticien, médecin d'arrondissement de la CNA). En
juin 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci- après : l'OAI), fondée sur une atteinte à la
santé accidentelle décrite en ces termes : « Suite à une forte chute au travail et des
complications, une intervention chirurgicale au genou gauche et la mise d'une prothèse
orthopédique été obligatoire ainsi que des troubles du sommeil. » Le 1er mai 2020, la CNA a
informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité
journalière avec effet au 31 mai 2020, dès lors que la situation était médicalement stabilisée

tant pour les troubles au genou gauche consécutifs à l'accident de 1999 que pour ceux de l'épaule gauche consécutifs à l'accident de 2013. Par décision du 16 juin 2020, confirmée sur opposition le 17 septembre 2020, la CNA a refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité, faute de diminution notable de la capacité de gain due à un accident, et a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35 % en lien avec l'événement du 5 octobre 1999. Le recours déposé contre la décision sur opposition du 17 septembre 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 décembre 2020 (AA 116/20 - 185/2020). C. Le 29 mars 2021, l'OAI a rendu un projet de décision prévoyant l'octroi d'une rente entière d'invalidité à l'assuré du 1er décembre 2017 au 31 mars 2020. Une décision confirmant ce projet a été notifiée le 11 janvier 2022, contre laquelle l'assuré a déposé un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, instruit sous la référence AI 43/22. Entre-temps, dans une décision du 3 janvier 2022, la CNA a constaté l'existence d'une surindemnisation, dès lors que l'assuré avait droit à des prestations en espèce de l'assurance-invalidité en sus des

- 4 - indemnités qu'elle avait versées. Un solde de 57'880 fr. 40 devait ainsi lui être restitué, qu'elle compenserait avec les arrérages de l'assurance- invalidité, de sorte qu'aucun remboursement direct de l'assuré à la CNA ne serait nécessaire. Un décompte était joint à la décision, évaluant l'arriéré de rente à verser par l'OAI à 94'647 fr. tandis que les indemnités journalières versées pour la même période avaient totalisé 146'649 fr. 50, soit un total de prestations des assurances sociales de 241'296 fr. 50 pour un gain présumable perdu de 183'416 fr. 10, dont la différence s'élevait à 57'880 fr. 40. Le même jour, la CNA a déposé auprès de l'OAI une demande de compensation avec des paiements rétroactifs de l'AVS/AI. Représenté par Me Jean-Michel Duc, l'assuré a formé opposition le 1er février 2022 contre cette décision, faisant valoir en substance que la rente AI ne concernait pas seulement les suites de l'événement accidentel du 5 octobre 1999 pour lesquelles la CNA avait presté, de sorte qu'il n'y avait pas concordance entre les prestations. Il a complété son argumentation le 6 juillet 2022, en exposant que ses frais d'avocat devaient être déduits, que la part des rentes AI correspondant aux atteintes non prises en charge par la CNA devait être fixée à 50 %, soit un total de rente à prendre en compte pour le calcul de la surindemnisation de 47'323 fr. 50, et que le gain présumé perdu devait être chiffré à 74'756 fr. par an, en se fondant sur la table 17 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), groupe de profession 8, plus de 50 ans. Par décision sur opposition du 8 septembre 2022, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 3 janvier 2022. D. Toujours représenté par Me Duc, F. _____ a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 10 octobre 2022, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation en ce sens qu'aucune surindemnisation n'est retenue. En substance, il a fait valoir que la rente d'invalidité n'avait pas été versée pour les seules suites de l'événement du 5 octobre 1999, l'incapacité de travail justifiant le versement d'une rente AI étant aussi

- 5 - due à des problèmes psychiatriques et des atteintes physiques non prises en compte. Il y avait donc lieu, selon lui, de ne prendre en compte dans le calcul de surindemnisation que la part de la rente AI correspondant aux conséquences des atteintes à la santé prises en charge par la CNA. Comme les atteintes psychiatriques et les problèmes invalidants du dos, ainsi que du genou droit, n'avaient pas été pris en compte par la CNA, sur le total des rentes AI s'élevant à 94'647 fr. pour la période du 1er décembre 2017 au 31 mars 2020, seul le 50 % devait être pris en considération vu l'absence de connexité matérielle en lien avec les

autres troubles. Il soutenait dès lors que c'était un montant de 47'323 fr. 50 qui devrait être pris en compte. Il a encore relevé que le gain présumable perdu retenu dans la décision entreprise, soit 183'416 fr. 10 pour la période, correspondait au salaire minimum de la convention collective de travail. Or, dans son projet du 11 janvier 2022, l'OAI avait retenu un revenu sans invalidité annuel de 68'376 fr. 57. Le recourant était en outre d'avis qu'il n'y avait pas lieu de fixer le salaire de valide sur la base du minimum de la convention collective de travail, mais sur le salaire selon la table 17 de l'ESS, soit dans le groupe de profession 8, plus de 50 ans, correspondant à un salaire de 6'049 fr. par mois ou 74'756 fr. par an compte tenu d'une semaine de 41.2 heures de travail. Il ajoutait avoir produit une liste de frais d'avocat d'un montant de 10'400 fr. 82, en exposant que les prestations visant à contester le calcul de surindemnisation étaient nécessaires, de manière évidente, à la préservation des prestations perçues, si bien que la CNA n'en avait pas tenu compte à tort. Le 24 octobre 2022, l'intimée a renoncé à déposer formellement une réponse, faute pour le recourant d'avoir allégué un élément nouveau dans son écriture, et a conclu au rejet du recours en renvoyant à la décision 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

- 6 - expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). 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 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). 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. 2. Le litige porte sur le droit de l'intimée de demander la compensation, pour cause de surindemnisation, d'un montant de 57'880 fr. 40 sur les arrérages de rente de l'assurance-invalidité dues au recourant. 3. a) L'art. 68 LPGA prévoit que, sous réserve de surindemnisation, les indemnités journalières et les rentes de différentes assurances sociales sont cumulées. b) Aux termes de l'art. 69 LPGA, le concours de prestations des différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'ayant droit. Ne sont prises en compte dans le calcul de la surindemnisation que des prestations de nature et de but identiques qui sont accordées à l'assuré en raison de l'événement dommageable (al. 1). Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches (al. 2). Les prestations en espèces sont réduites du montant de la surindemnisation. Sont exceptées de toute réduction les rentes de l'AVS et de l'AI, de même que les allocations pour impotents et les indemnités pour atteinte à

- 7 - l'intégrité. Pour les prestations en capital, la valeur de la rente correspondante est prise en compte (al. 3). A teneur de l'art. 51 al. 3 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), le gain dont on peut présumer que l'assuré se trouve privé correspond à celui qu'il pourrait réaliser s'il n'avait pas subi de dommage. Le revenu effectivement réalisé est pris en compte. En vertu de l'art. 25 al. 1 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées, la restitution ne pouvant être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile. Selon l'art. 3

OPGA (ordonnance du 11 septembre 2001 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11), l'étendue de l'obligation de restituer est fixée par décision (al. 1) et l'assureur doit y indiquer la possibilité d'une remise (al.2). Lorsqu'il est manifeste que les conditions de la restitution sont réunies, l'assureur renonce à la restitution par voie de décision (al. 3). L'art. 25 al. 2, première phrase, LPGA précise que 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. Il s'agit de délais (relatif et absolu) de péremption, qui doivent être examinés d'office (ATF 146 V 217 consid. 2.1 ; 142 V 20 consid. 3.2.2 ; 140 V 521 consid. 2.1 ; Message du Conseil fédéral [Message du 2 mars 2018 concernant la modification de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales FF 2018 1597]). c) Seules les prestations sociales correspondant au même événement assuré sont prises en considération dans le calcul de surindemnisation. Lorsque des indemnités journalières LAA sont versées en même temps que des rentes AI, on doit, selon la jurisprudence, prendre en considération la même période de façon globale (ATF 139 V 519 consid. 5 ; 132 V 27 consid. 3.2 ; 126 V 193 consid. 3).

- 8 - d) La LPGA ne fixe pas d'ordre de priorité en ce qui concerne le concours d'indemnités journalières et de rentes. Dans cette hypothèse, il y a lieu de se fonder sur les principes consacrés aux art. 63 ss LPGA pour déterminer l'assurance sociale appelée à réduire sa prestation. En particulier, dans le cas d'un concours entre une indemnité journalière de l'assurance-accidents et une rente de l'assurance-invalidité, il incombe à l'assureur-accidents de réduire sa prestation (Ghislaine Frésard- Fellay/Jean-Maurice Frésard, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 55 ad art. 69 LPGA et les références citées). 4. a) En l'occurrence, le recourant ne conteste pas les valeurs calculées par l'intimée pour ce qui concerne l'indemnité journalière (146'649 fr. 50 pour la période du 20 mars 2017 au 31 mai 2020), ni les prestations servies par l'assurance-invalidité (94'647 fr. pour la période du 1er décembre 2017 au 31 mars 2020). Il fait en revanche valoir qu'il n'y a lieu de prendre en compte dans le calcul de la surindemnisation que la part de la rente AI correspondant aux conséquences des atteintes à la santé prises en charge par l'intimée, et non pas aux atteintes psychiatriques ni aux problèmes de dos et au genou droit. A cet égard, il y a lieu de constater, à l'instar de l'intimée, que celle-ci a versé, sans émettre de réserve, des indemnités journalières complètes dès le 4 novembre 2016, date à laquelle une incapacité de travail totale a été attestée en raison de douleurs au genou gauche apparues à la suite d'une chute. Cet événement a été considéré par l'intimée comme une rechute de l'atteinte au genou gauche causée par un précédent accident survenu en 1999. Or le 4 novembre 2016, le recourant n'était pas en arrêt de travail, même partiel, pour une autre atteinte à la santé. L'intéressé a par ailleurs déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité plusieurs mois après, en invoquant principalement son atteinte au genou gauche. L'intimée a poursuivi le paiement des indemnités journalières en raison de l'incapacité de travail complète due à l'atteinte au genou gauche, à laquelle s'est ensuite ajoutée une atteinte à l'épaule gauche en lien avec un événement accidentel survenu en 2013.

- 9 - L'intimée a maintenu le versement intégral des indemnités journalières quand bien même d'autres atteintes d'origine malade – susceptibles ou non d'entraîner une incapacité de travail – étaient venues s'ajouter entre- temps, jusqu'à ce que la stabilisation complète soit atteinte pour toutes les atteintes accidentelles dont elle devait répondre. C'est donc à

juste titre que l'intimée invoque la notion de causalité dépassée, dont la définition est rappelée à l'ATF 135 V 269 consid. 5.3, et il faut retenir avec elle que les indemnités journalières qu'elle a versées et la rente de l'assurance-invalidité couvrent le même événement dommageable. b) Dans un autre moyen, le recourant s'en prend au calcul du gain présumé perdu. Il expose que ce gain aurait dû être calculé sur la base de la table 17 de l'ESS 2018, groupe de profession 8, pour un homme de plus de 50 ans, soit un revenu annuel de 74'756 fr., en relevant également que l'OAI a déterminé le gain d'invalidité à 68'376 fr. 57. L'intimée s'est fondée pour sa part sur le contrat-type de travail pour le transport de choses pour le compte de tiers (CTT-TCCT), pour un conducteur de « camions poids légers » ayant plus de quatre ans d'expérience, en précisant que le revenu ainsi déterminé était plus élevé que le salaire effectivement gagné par le recourant dans son dernier emploi, de même que dans l'emploi qu'il occupait au moment de l'accident de 1999. En l'occurrence, l'intimée disposait des données salariales permettant de calculer au plus près le gain manqué, mais a préféré s'en tenir au revenu découlant du contrat-type de travail, qui a force obligatoire dans le canton de Genève. Cette manière de calculer, plus favorable au recourant que l'utilisation de ses données salariales réelles, ne paraît pas critiquable. En revanche, les données statistiques auxquelles le recourant se réfère ne sauraient être retenues, dans la mesure où les professions visées par le ch. 8 de la table T17 de l'ESS concernent des personnes disposant de qualifications particulières ressortant au niveau de compétence 2, ce qui n'est pas le cas du recourant. Quant aux données utilisées par l'OAI pour déterminer le degré d'invalidité au moment où il a recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée, outre le fait

- 10 - qu'elles ne lient pas l'assurance-accidents (cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3), il faut relever que l'utilisation du tableau TA1_skill_level de l'ESS 2018 était également favorable au recourant dès lors que les revenus perçus dans son dernier emploi étaient moins élevés mais n'avaient pas d'incidence sur le résultat final, à savoir que le degré d'invalidité était insuffisant pour maintenir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Le calcul du gain présumé perdu doit cependant rester au plus près de la réalité et le recourant ne saurait par conséquent se prévaloir de données particulièrement favorables utilisées par une autre autorité dans un tout autre contexte. c) Enfin, le recourant estime que ses frais d'avocats constituent des frais supplémentaires au sens de l'art. 69 al. 2 LPGA, dès lors qu'ils sont en lien de causalité naturelle avec l'événement assuré. L'intimée relève, d'une part, que les opérations de la liste produite à l'appui de cette conclusion sont toutes postérieures aux prestations concernées par le calcul de surindemnisation et que, d'autre part, les frais allégués ne constituent pas des dépenses pour obtenir les prestations d'assurances sociales déterminantes pour le calcul de la surindemnisation. A cet égard, il faut admettre avec l'intimée que les opérations figurant sur la liste des opérations débutent le 26 avril 2021, soit quelques jours après la notification du projet de décision de l'OAI octroyant au recourant une rente entière du 1er décembre 2017 au 31 mars 2020. A cette date, la décision de l'intimée relative au versement des indemnités journalières et au refus d'allouer une rente de l'assurance-accidents était passée en force. Il est ainsi manifeste que les frais d'avocats figurant dans la liste produite par le recourant concernent, dans un premier temps, des opérations visant à obtenir une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mars 2020, soit pour une période postérieure à celle où l'intimée a versé des indemnités journalières. Dans un second temps, s'y sont ajoutés des actes visant à contester la décision de l'intimée relative à la surindemnisation. En d'autres termes, ces frais ne concernent pas l'obtention des prestations visées par la décision de surindemnisation et ne remplissent donc pas les

conditions posées par l'art. 69 LPGA. Par

- 11 - conséquent, les frais d'avocats litigieux ne constituent pas des frais supplémentaires pouvant être pris en compte dans le calcul de la surindemnisation. 5. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. Il n'y a au demeurant pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la production du dossier de l'OAI le concernant, puisque l'OAI en a régulièrement adressé des copies à l'intimée. Parmi les pièces remises à celle-ci figurait en particulier la décision rendue par l'OAI le 11 janvier 2022. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (AFT 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2). 6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 8 septembre 2022 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.

- 12 - La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Michel Duc (pour F. _____), - 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.