

VD_GERICHTE ZQ12.015310 vom 10. Juli 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-07-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZQ12.015310

FR: VD_GERICHTE ZQ12.015310 du 10 juillet 2014

IT: VD_GERICHTE ZQ12.015310 del 10 luglio 2014

Erwägungen

E. 22

ad. art. 95 ; TF 8C_616/2009 du 14 décembre 2009). Le point de départ du délai n'est pas celui de la commission de son erreur par l'administration, mais celui où elle aurait dû, dans un deuxième temps, s'en rendre compte (par exemple à l'occasion d'un contrôle comptable), en faisant preuve de l'attention requise (cf. ATF 124 V 380 consid. 1, 122 V 270 consid. 5 a et b/aa, 119 V 431 consid. 3a et les arrêts cités). La caisse 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 d'une personne déterminée, tenue à restitution (cf. TF 8C_616/2009 du 14 décembre 2009 consid. 3.2 ; ATF 111 V 14 consid. 3). 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. A défaut, le début du délai de péremption doit être fixé au moment où elle 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 (cf. Boris Rubin, op. cit. p.

- 11 - 615, no 24 ad. art. 95 et les références). Le délai de péremption d'une année commence à courir dans tous les cas aussitôt qu'il s'avère que les prestations en question étaient indues (cf. TF K 70/06 du 30 juillet 2007 consid. 5.1). Le début de ce délai coïncide avec le moment où l'administration, par exemple à l'occasion d'un contrôle ou à réception d'informations propres à faire naître des doutes sur le bien-fondé de l'indemnisation, s'aperçoit ou aurait dû s'apercevoir que les indemnités ont été versées à tort, parce qu'une des conditions légales posées à leur octroi faisait défaut (cf. ATF 124 V 380 consid. 2c). c) A teneur de l'art. 28 LACI, les assurés qui, passagèrement, ne sont aptes ni à travailler ni à être placés ou ne le sont que partiellement en raison notamment d'une maladie (art. 3 LPG) et qui, de ce fait, ne peuvent satisfaire aux prescriptions de contrôle, ont droit à la pleine indemnité journalière s'ils remplissent les autres conditions dont dépend le droit à l'indemnité. Leur droit persiste au plus jusqu'au 30ème jour suivant le début de l'incapacité totale ou partielle de travail et se limite à 44 indemnités journalières durant le délai-cadre (al. 1). Les indemnités journalières de l'assurance-maladie ou de l'assurance-accidents qui représentent une compensation de la perte de gain sont déduites de l'indemnité de chômage (al. 2). Le chômeur doit apporter la preuve de son incapacité ou de sa capacité de travail en produisant un certificat médical ; l'autorité cantonale ou la caisse peut toujours ordonner, aux frais de l'assurance, un examen médical par un médecin-conseil (al. 5). L'assuré a droit à l'indemnité de chômage notamment s'il est apte au placement (art. 8 al. 1 let. f LACI). L'aptitude au placement comprend plusieurs éléments, dont la capacité de travail (art. 15 al. 1 LACI). Le droit à l'indemnité de chômage n'est pas reconnu en cas d'incapacité de travail, sauf durant une période maximale de 30 jours consécutifs et de 44 jours au total

durant le délai-cadre d'indemnisation. Le but de l'art. 28 LACI est de combler, durant une période limitée, une lacune de couverture perte de gain (coordination, ATF 128 V 149 consid. 3b ; DTA 2004 p. 50 consid. 2.2). Lorsque l'incapacité totale de travail se

- 12 - prolonge au-delà de la période maximale, le droit à l'indemnité prend fin en raison d'une inaptitude au placement. Le versement de l'indemnité de chômage durant une période où l'assuré est en incapacité de travail déroge à l'exigence centrale de l'aptitude au placement. Ce régime exceptionnel est limité dans le temps. L'assurance-chômage n'a pas vocation à compenser des pertes de gain dont la cause n'est pas liée au marché du travail. L'art. 28 LACI s'applique aux cas d'incapacités passagères de travail et non aux atteintes durables et importantes à la capacité de travail et de gain (ATF 126 V 124 consid. 3a ; DTA 2002 p. 238 consid. 4a ; TF 8C_406/2014 du 18 mai 2011, consid. 5.4). Par « incapacité durable et importante », il faut entendre les incapacités invalidantes et d'une durée de l'ordre d'une année au minimum (Boris Rubin op. cit, p. 281, no 1 et 3 ad. art. 28 LACI). 4. a) En l'espèce, l'intimée demande notamment la restitution d'un montant de 3'493 fr. 25, correspondant aux indemnités versées durant les mois de novembre et décembre 2009. Elle expose que, dans un premier temps, elle a pleinement indemnisé l'assuré, en se fondant sur les renseignements fournis par le recourant et le certificat médical de reprise de travail émis par le Dr K._____ le 29 octobre 2009, desquels il ressortait que l'intéressé bénéficiait d'une pleine capacité de travail. Dans un second temps, elle s'est aperçue que le Dr K._____ avait établi d'autres certificats attestant une totale incapacité de travail durant la même période et remettant en cause le bien-fondé des indemnités versées. De son côté, s'appuyant sur de nouveaux certificats médicaux établis par son psychiatre traitant, le recourant conteste l'incapacité de travail retenue par la Caisse. b) Les indemnités litigieuses ont été accordées par décomptes des 27 novembre et 15 décembre 2009, selon la procédure simplifiée de l'art. 51 LPGA. Entrée en possession des premiers éléments de nature à faire naître des doutes sur le bien-fondé de ses prestations le 13 décembre 2010, à réception du courriel de l'ORP, la Caisse a agi dans le respect des délais de péremption relatif et absolu d'un et cinq ans

- 13 - prévus par l'art. 25 al. 2 LGPA (cf. consid. 3b). La demande de restitution du 13 mai 2011 est donc intervenue en temps utile. c) Le délai d'opposition contre une décision formelle (30 jours ; art. 52 al. 1 LPGA) étant écoulé depuis plus d'un an au moment de la décision de restitution, la caisse n'était habilitée à demander la restitution des prestations versées qu'aux conditions de la révision procédurale de l'art. 53 al. 1 LPGA (cf. consid. 3a). Celle-ci n'est possible qu'en présence d'éléments nouveaux importants, modifiant l'état de faits ayant fondé la décision initiale, en l'occurrence le versement des prestations allouées pour novembre et décembre 2009, et de nature à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte. Le Caisse a considéré que l'incapacité de travail de l'assuré attestée le 15 février 2011 par le Dr K._____ et couvrant la période d'octobre à décembre 2009 constituait un tel fait nouveau, propre à remettre en cause le bien-fondé des indemnités octroyées du 11 novembre 2009 au 31 décembre 2009. Elle a fondé sa décision sur l'art. 28 al. 1 LACI, aux termes duquel les assurés passagèrement en incapacité de travail pour raison de maladie ont droit à la pleine indemnité journalière au plus jusqu'au 30ème jour civil suivant le début de l'incapacité de travail. En l'occurrence, l'incapacité de travail à prendre en considération ayant débuté le 12 octobre 2009, premier jour du délai-cadre d'indemnisation, le délai de 30 jours arrivait à expiration le 10 novembre 2009. L'incapacité de travail de l'assuré ayant perduré au-delà de cette date, son

droit à l'indemnité s'était éteint jusqu'au recouvrement d'une capacité de travail, soit dans le cas présent, le 1er janvier 2010. Figurent au dossier plusieurs certificats médicaux du Dr K. _____, au contenu foncièrement contradictoire. Dans un premier certificat médical du 28 septembre 2009, le Dr K. _____ a attesté une totale incapacité de travail dès le 1er octobre 2009 pour une durée probable de 3 mois. Le 29 octobre 2009, le même médecin a déclaré que son patient était apte au travail à 100% dans une activité adaptée dès le

- 14 - 1er octobre 2009. Le 15 février 2011, interpellé par la Caisse, le Dr K. _____ a émis un troisième certificat médical, duquel il ressort que le recourant était en totale incapacité de travail du 1er septembre au 31 décembre 2009. A l'appui de l'opposition formée par son patient, le Dr K. _____ a délivré un nouveau certificat daté du 26 octobre 2011, indiquant que l'intéressé avait été apte au travail du 1er octobre au 31 décembre 2009. Face à ces incohérences, la Caisse a demandé au psychiatre de s'expliquer. Celui-ci a alors affirmé que son patient était inapte au travail entre le 12 octobre et le 31 décembre 2009, dans quelque activité que ce soit. Enfin, en procédure de recours, le Dr K. _____ a fait valoir qu'une « erreur sur la date » s'était immiscée dans son certificat du 15 février 2011 et que son patient était en réalité 100% apte au travail durant les mois de septembre à décembre 2009. Le psychiatre traitant a ainsi émis six certificats médicaux consécutifs, se prononçant chacun de manière diamétralement opposée que le précédant, sur la question de la capacité de travail relative à la même période. Face à ces contradictions évidentes et inexplicables, portant en outre sur un élément essentiel, force est de s'interroger sur le manque de sérieux, voire la complaisance, avec lesquels ces certificats ont été établis. On peut d'ailleurs se demander s'ils n'engagent pas la responsabilité de leur auteur vis-à-vis de l'une ou l'autre assurance ayant versé des prestations. En tous les cas, aucune valeur probante ne peut leur être accordée, de sorte que la question du droit aux prestations de l'assurance-chômage durant la période litigieuse ne peut être tranchée sur la base des rapports médicaux du Dr K. _____, que ce soit dans le sens de l'octroi ou de la négation du droit. d) A défaut de disposer de rapports médicaux probants au dossier de l'intimée, la Cour de céans a demandé à l'OAI, auprès duquel le recourant avait adressé une demande de prestations le 22 décembre 2008, de produire son dossier complet. Il en ressort que l'OAI a confié à Z. _____ le soin de réaliser une expertise pluridisciplinaire. Dans un rapport du 7 août 2009, les experts ont constaté une pleine capacité de travail dans l'activité professionnelle habituelle de l'assuré. Sur cette base,

- 15 - l'office a nié le droit du recourant à des prestations de l'assurance- invalidité par décision du 5 octobre 2009. Au vu de cette décision, qui n'a pas fait l'objet d'une contestation de l'assuré, il convient d'admettre la pleine capacité de travail du recourant en novembre et décembre 2009. Il n'existe en effet pas de motif de s'écarter du constat de l'OAI, aucune pièce au dossier n'indiquant que l'état de santé de l'intéressé se serait péjoré entre le moment de l'expertise de Z. _____ et les mois de novembre et décembre 2009. On notera au surplus que le 4 juillet 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 25 février 2011, l'assuré n'ayant apporté aucun élément permettant d'établir une aggravation de son état de santé depuis la décision initiale. e) En l'absence d'éléments de nature à remettre valablement en cause la capacité de travail de l'assuré durant les mois de novembre et décembre 2009, il n'y a pas lieu de nier son droit à l'indemnité du 11 novembre au 31 décembre 2009, en application de l'art. 28 al. 1 LACI. Aucun élément au dossier ne permet au surplus de remettre en question ce droit sur la base d'un autre motif. Cela étant, il n'existe pas de motif de révision au sens de l'art. 53 al. 1

LPGA. Les prestations allouées pour les mois de novembre et décembre 2009 l'ont été à juste titre ; l'intimée n'était pas fondée à en demander la restitution. 5. a) En définitive, il sied de faire droit aux conclusions du recourant et de porter en déduction du montant réclamé par l'intimée à l'assuré la somme de 3'493 fr. 25, correspondant aux indemnités demandées en restitution pour les mois de novembre et décembre 2009. Cela étant, la décision attaquée doit être réformée en ce sens qu'un montant de 8'974 fr. 85 a été versé à tort par l'intimée ; sur ce montant, la somme de 5'351 fr. 30 doit être demandée en restitution à l'assuré ; la décision litigieuse est confirmée pour le surplus. 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, le recourant n'étant pas représenté par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA).

- 16 - Par ces motifs, le juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition du 22 mars 2012 est réformée en ce sens que le recourant doit restituer à l'intimée le montant 5'351 fr. 30, un montant additionnel de 3'551 fr. 80 étant compensé avec les prestations allouées par la CNA pour les mois de mars et avril 2010 et celui de 71 fr. 75 étant laissé à la charge du fonds de compensation de l'assurance-chômage. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. Le juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - N._____, - B._____, - Secrétariat d'Etat à l'économie, par l'envoi de photocopies.

- 17 - 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.