

Un recours en matière de droit public interjeté contre ce jugement a été partiellement admis par le Tribunal fédéral en date du 3 décembre 2015 (8C\_794/2014)

**200.2013.179.LAA**

ANP/BEJ

## **Tribunal administratif du canton de Berne**

Cour des affaires de langue française

**Jugement du 22 septembre 2014**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, président  
D. Baldin et M. Moeckli, juges  
P. Annen-Etique, greffière



A. \_\_\_\_\_  
représenté par Me B. \_\_\_\_\_  
recourant

contre

**Allianz Suisse Société d'Assurances SA**  
Service de sinistres, case postale, 8048 Zürich  
représentée par Mes C. \_\_\_\_\_  
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 31 janvier 2013

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1967, a travaillé dès le 21 juin 1999 pour le compte du service externe d'une entreprise active notamment dans l'imprimerie, les médias ainsi que la publicité, et était assuré, par le biais de son employeur, chez Allianz Suisse Société d'Assurances SA contre le risque d'accidents. A titre personnel, il avait par ailleurs conclu dès le 1<sup>er</sup> septembre 2002, avec la même compagnie, une assurance perte de gain en cas de maladie ou d'accident en tant que courtier indépendant et disposait en outre d'une assurance complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire auprès d'une autre compagnie d'assurances privée.

Le 7 juillet 2003, l'assuré a été traité en urgence pour un ulcère infecté à la jambe droite, débridé chirurgicalement, en lien avec un ou plusieurs événements annoncés comme accidentels. Il a été hospitalisé jusqu'au 4 août 2003 et a encore subi le 18 juillet 2003 une mobilisation de la peau avec suture directe de l'ulcère et pose de deux greffes de peau. Dans l'intervalle, son employeur a rempli le 15 juillet 2003 une déclaration d'accident mentionnant qu'il s'était blessé à la jambe droite lors d'une chute à vélo le 22 juin 2003, à 13 heures, dans la localité où il habitait alors. Dans un questionnaire complémentaire du 6 août 2003, l'intéressé a précisé que l'accident était survenu aux date, heure et lieu précités suite à une perte d'équilibre en moto lui ayant occasionné une perforation du mollet droit par le repose-pied du véhicule. D'autres versions du ou des événements accidentels figurent dans les dossiers d'Allianz Suisse qui a admis à l'origine sa responsabilité pour un accident survenu le 22 juin 2003.

**B.**

En raison d'une surinfection persistant à la jambe droite, l'assuré a à nouveau été hospitalisé du 8 au 12 septembre 2003 en vue d'un repos au lit et d'un traitement antibiotique. L'évolution clinique a été marquée par la persistance d'un œdème qui a nécessité des investigations médicales

complémentaires. Un pontage prothétique entre la veine fémorale superficielle et la veine iliaque externe droite avec pose d'une fistule artério-veineuse a été pratiqué le 5 mars 2007, puis une désobstruction du pontage et la pose d'une nouvelle fistule en date du 9 mars 2007. L'intéressé a par la suite présenté une rupture musculaire du biceps droit traitée par mode conservateur.

Dans l'intervalle, l'assuré s'est annoncé à l'assurance-invalidité (AI) et a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès juin 2004, ainsi que d'un reclassement professionnel de septembre 2005 à fin août 2006 prématurément interrompu pour des raisons médicales. Dès février 2005, il a échangé plusieurs courriers avec son assureur-accidents quant au montant de ses indemnités journalières sur lequel celui-ci a définitivement statué le 3 février 2006. Après une expertise pluridisciplinaire ordonnée début 2008 dans un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI; en l'espèce: COMAI D. \_\_\_\_\_), Allianz Suisse a temporairement suspendu ses prestations en raison d'investigations menées par l'autre compagnie d'assurances privée sur un état maladif préexistant (n'ayant finalement rien révélé). Allianz Suisse a ensuite alloué à l'intéressé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de Fr. 32'040.- et une avance sur ses futures rentes, avant de suspendre à nouveau provisoirement ses prestations en vue d'investigations sur les antécédents dont le résultat a été soumis au COMAI.

### **C.**

Par courrier du 19 mai 2009, Allianz Suisse a adressé à l'assuré un projet de décision lui allouant une rente d'invalidité de 48% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009. L'intéressé a pris position le 10 juillet 2009 sur ce courrier en concluant à l'octroi d'une rente LAA de 69% et, le même jour, a également formulé une demande de reconsidération du montant de ses indemnités journalières. Allianz Suisse a refusé d'entrer en matière sur cette seconde requête, mais a obtenu à sa suite que le recourant l'autorise à consulter les dossiers relatifs aux sinistres qu'elle avait indemnisés comme assurance perte de gain. Une expertise sur pièces a ensuite été réalisée (l'assuré

ayant refusé de se soumettre à de nouveaux examens d'experts) dans un second COMAI (COMAI E.\_\_\_\_\_) à laquelle l'assuré s'est opposé. Par décision du 16 juillet 2010, Allianz Suisse a fixé au 1<sup>er</sup> octobre 2003 la fin de ses prestations temporaires et renoncé à exiger leur remboursement depuis cette date. Du fait de cette décision, le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a déclaré sans objet une plainte pour déni de justice interjetée le 1<sup>er</sup> avril 2010 par l'assuré contre la compagnie précitée (JTA LAA 2010/411 du 16 septembre 2010).

Suite à l'opposition formée par l'intéressé contre sa décision du 16 juillet 2010 et concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité (et de dépens), Allianz Suisse a complété son instruction en soumettant de nouveaux rapports médicaux à l'appréciation du second COMAI, puis en invitant son médecin conseil à se prononcer sur l'ensemble de ces éléments. Après avoir informé l'assuré qu'elle envisageait de réformer sa décision au détriment de ce dernier et lui avoir offert la possibilité de retirer l'opposition, Allianz Suisse a rendu le 31 janvier 2013 une nouvelle décision par laquelle elle a modifié sa décision du 16 juillet 2010 en ce sens qu'un droit à des prestations était nié ab initio et un montant de Fr. 433'344.10 exigé en remboursement des prestations allouées jusqu'alors.

#### **D.**

Selon acte du 4 mars 2013, l'assuré, par son mandataire (qui le représentait déjà en procédure administrative depuis mai 2009), a contesté cette décision sur opposition devant le TA en concluant, sous suite des frais et dépens ainsi que sous réserve de l'assistance judiciaire, à son annulation, à la condamnation de l'intimée à lui verser les prestations légales découlant de l'assurance-accidents et, subsidiairement, au constat qu'il ne devait rembourser aucune prestation au dit assureur. La tenue d'une audience CEDH, éventuellement d'instruction, était requise à titre de moyen de preuve. En date du 5 mars 2013, le recourant a déposé une demande d'assistance judiciaire ultérieurement retirée le 12 juin 2013.

Après avoir recueilli un complément d'instruction auprès du deuxième COMAI (par la suite encore soumis à l'appréciation de son médecin conseil), Allianz Suisse,

également représentée, a conclu le 12 juin 2013 au rejet du recours et à la confirmation de sa décision contestée, moyennant au surplus la condamnation de l'assuré aux frais de justice et aux dépens de l'instance de recours. Le recourant a renoncé à répliquer face aux arguments de cette réponse. En date du 17 octobre 2013, la Juge instructrice a soumis aux parties une proposition transactionnelle qui n'a pas abouti. La possibilité leur a encore été accordée de présenter des observations et éventuels moyens de preuve complémentaires avant la fixation de l'audience publique de plaidoiries au sens de l'art. 6 CEDH. L'intimée y a renoncé et l'assuré a demandé l'audition d'un témoin que la Juge instructrice a refusée le 3 mars 2014. Cette ordonnance judiciaire s'est croisée avec un courrier de l'intimée daté du même jour s'opposant au témoignage requis par la partie adverse. Une audience publique de plaidoiries au sens de l'art. 6 CEDH s'est tenue le 18 août 2014 devant le TA. A cette occasion, les parties ont maintenu leurs conclusions antérieures et le mandataire du recourant a par ailleurs déposé sa note d'honoraires.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision sur opposition du 31 janvier 2013 représente l'objet de la contestation; elle réforme au détriment du recourant la décision du 16 juillet 2010 qui fixait au 1<sup>er</sup> octobre 2003 la fin des prestations temporaires et renonçait à leur restitution dès cette date, en ce sens qu'un droit aux prestations est désormais nié ab initio et le remboursement de l'ensemble des prestations exigé pour un montant de Fr. 433'344.10. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision sur opposition et la reconnaissance d'un droit aux prestations légales découlant de l'assurance-accidents, respectivement sur le constat à tout le moins qu'aucune prestation ne doit être remboursée à l'intimée. D'emblée, l'on précisera à ce propos que la conclusion principale du recours ("Condamner l'intimée à verser au recourant les prestations légales découlant de la LAA [...]") est également couverte par l'objet de la contestation en tant qu'elle

viserait la continuation des prestations au-delà de la date à laquelle l'intimée a cessé ses paiements, à savoir le 16 juillet 2010. Certes, la décision sur opposition dont est recours ne se prononce désormais plus que sur la question de la restitution suite au refus ab initio d'un droit aux prestations et ne traite ainsi pas (logiquement) d'un droit à la continuation de celles-ci. La décision d'origine couvrait quant à elle cependant l'ensemble de ces aspects et l'opposition à son encontre visait la continuation des prestations au-delà du 16 juillet 2010 (en tout cas sous forme d'une rente; voir dossier intimée [dos. int.] 1-169 in fine, recto et verso). Dans ces conditions, le Tribunal de céans doit connaître de cette seconde question couverte par l'objet de la contestation strictement soumis à son examen (UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2009, art. 62 n. 34).

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPGA, RS 830.1, et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives, LPJA, RSB 155.21). Il convient en effet de comprendre la conclusion subsidiaire en constat qu'aucun remboursement n'est dû à l'intimée - conclusion en soi irrecevable comme telle, puisque l'intérêt qu'elle poursuit est sauvegardé par la conclusion formatrice tendant au versement des prestations d'assurance (art. 49 al. 2 LPGA; ATF 130 V 188 c. 2.4) - en tant que partie de la motivation. Sous l'angle de cette dernière, l'on peut en revanche s'interroger sur le point de savoir si le recourant a suffisamment motivé sa conclusion principale en paiement des prestations légales (voir recours, p. 18, art. 19), que seule son opposition permet apparemment de préciser en ce sens qu'est également requise la continuation des prestations au-delà de leur arrêt le 16 juillet 2010. Vu l'issue du litige sur ce point précis (voir c. 6 infra), cette question peut cependant demeurer indécise.

**1.3** Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1

let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public, LOJM, RSB 161.1).

**1.4** Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

### **2.1**

**2.1.1** En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1980 sur l'assurance-accidents, LAA, RS 832.20). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1).

**2.1.2** Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration - ou le tribunal en cas de recours - examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales (ATF 138 V 218 c. 6). La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 129 V 177 c. 3.1 et références; SVR 2008 UV n° 3 c. 3.1 in fine, 2007 UV n° 28 c. 3). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il suffit que l'accident en question représente une cause partielle d'une atteinte à la santé déterminée (ATF 134 V 109 c. 9.5, 123 V 43 c. 2b; SVR 2009 UV n° 3 c. 8.3).

Aux termes de l'art. 36 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1). Les rentes d'invalidité,

les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2).

**2.1.3** Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (statu quo ante), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (statu quo sine) (SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2; RAMA 1994 p. 326 c. 3b). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe - contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prêter - non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2).

**2.2** L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prêter, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu. Il en va de même en ce qui concerne l'examen de la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé. Là également, l'assureur-accidents, après avoir pris en charge le traitement médical et versé des indemnités journalières, peut nier la

causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé et, sur cette base, mettre fin aux prestations avec effet ex nunc. Ce n'est qu'en cas de demande de restitution des prestations au sens de l'art. 25 al. 1 LPGA que les conditions d'une révision procédurale ou d'une reconsidération doivent être observées (art. 53 al. 1 et 2 LPGA; ATF 130 V 380 c. 2.3.1, 126 V 23 c. 4b; SVR 2012 UV n° 28 c. 5.1). Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution 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 (art. 25 al. 2 LPGA).

## **2.3**

**2.3.1** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a).

La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

Selon la jurisprudence, les expertises réalisées sur la seule base du dossier ne peuvent être remises en doute si les pièces au dossier fournissent une image complète de l'anamnèse, de l'évolution et du status actuel et si ces données sont incontestées. Les résultats des examens

doivent être exhaustifs. L'expert doit être en mesure de se faire, sur la base des documents à disposition, une image complète et exhaustive (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366; SVR 2010 UV n° 17 c. 7.2).

**2.3.2** Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

Les expertises recueillies par la SUVA ou d'autres assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2009 IV n° 50 c. 4.3; TF I 437/99 du 9 août 2000 c. 4b/bb).

Une évaluation divergente émanant de médecins ayant examiné la personne assurée n'est pas de nature à remettre en cause l'objectivité de l'expert. Il appartient bien plus à l'expert d'analyser de façon critique les pièces au dossier et de rendre une évaluation autonome. La question de savoir sur quelles évaluations il convient de se baser est à résoudre lors de l'appréciation des preuves en procédure administrative ou judiciaire (ATF 132 V 93 c. 7.2.2).

### 3.

L'intimée a initialement admis sa responsabilité à raison d'un événement accidentel survenu le 22 juin 2003 et a alloué ses prestations jusqu'au 16 juillet 2010, date de sa décision d'origine par laquelle elle fixait rétroactivement au 1<sup>er</sup> octobre 2003 la récupération du statu quo sine/ante et renonçait à la restitution des prestations perçues depuis cette date. Après avoir averti l'intéressé du risque d'une réforme à son détriment de ce prononcé et lui avoir offert la possibilité de retirer son opposition à son encontre, elle a modifié celui-ci en date du 31 janvier 2013 en niant ab initio tout droit aux prestations et en exigeant le remboursement de l'intégralité des prestations déjà allouées pour un montant de Fr. 433'344.10 (sous réserve d'une participation à ce remboursement d'autres assureurs sociaux). A l'appui, l'intimée considère que la preuve d'un accident n'est pas rapportée à un degré de vraisemblance prépondérante et motive cette conclusion par les versions contradictoires au dossier du ou des événements accidentels, ainsi que par les antécédents médicaux prétendument longuement tus par le recourant et susceptibles à eux seuls d'expliquer les lésions constatées. Elle estime encore que les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale sont réunies en vue d'une restitution des prestations.

Pour sa part, le recourant est d'avis qu'il a établi à un degré de vraisemblance prépondérante avoir été victime d'un accident de moto le 22 juin 2003 dans la localité où il habitait, suivi d'un second événement accidentel à vélo en forêt le 5 juillet 2003. Quand bien même un état maladif préexistant à ces accidents devait-il lui être reconnu (ce qu'il nie pour sa part sur la base tant de l'expertise du premier COMAI que de l'avis du chirurgien-chef ayant supervisé les interventions chirurgicales de 2003 et d'un professeur, spécialiste des maladies digestives et du foie consulté en 2010), il estime qu'un événement traumatique a bien provoqué les lésions constatées le 7 juillet 2003 à l'hôpital F.\_\_\_\_\_ et que même les experts mandatés par l'intimée ne sont pas parvenus à un autre constat. Toujours d'après lui, son assureur-accidents a ensuite échoué à établir au degré de preuve requis que la dégradation progressive subséquente de son état de santé n'était plus imputable aux événements assurés, de sorte qu'il serait toujours tenu de lui allouer ses prestations. En conséquence, le recourant conteste avoir perçu de cet assureur des prestations de façon

indue et, quand bien même cela aurait été le cas, considère qu'il n'existe aucun motif de reconsidération ou de révision procédurale propre à fonder une restitution.

#### **4.**

Au plan médical, les informations suivantes ressortent principalement du dossier de la cause.

##### **4.1**

**4.1.1** Lors de la prise en charge opératoire du recourant les 7 et 18 juillet 2003 à l'hôpital F.\_\_\_\_\_, les chirurgiens ont diagnostiqué un ulcère à la face tibiale antérieure droite apparu suite à une égratignure et associé à un érysipèle cutané de la jambe s'étendant jusqu'à région sus-géniculée; le premier rapport opératoire mentionnait également un œdème de la jambe droite prenant le godet jusqu'à mi-cuisse environ (dos. int. 2-005, p. 1; 2-006). Le 6 août 2003, le même service chirurgical a adressé un rapport médical au généraliste traitant d'alors, dans lequel il évoquait aussi un morbus Crohn traité par corticoïdes depuis l'automne précédent (dos. int. 2-007, p. 1). L'assuré a à nouveau séjourné à l'hôpital F.\_\_\_\_\_ dès le 8 septembre 2003 où il a reçu un traitement antibiotique pour sa plaie à la jambe droite qui suintait depuis quelques jours (dos. int. 2-048). Dès le 20 janvier 2004, son généraliste a constaté une plaie en voie de cicatrisation, mais a encore attesté en mai 2004 d'une plaie ouverte sur zone de nécrose et de suintements en tout cas jusqu'en avril 2005 (dos. int. 2-016, 2-018, 2-022; 2-031; 2-037; 2-039; 2-051; 2-055; 2-056); une incapacité de travail continue à 100% a été attestée par ce médecin depuis le 22 juin 2003, respectivement pour la suite (et de façon même définitive) par le nouveau généraliste traitant (voir notamment dos. int. 9-017; 2-087; 2-088, 2-098). Le chirurgien-chef ayant supervisé les interventions chirurgicales de 2003 a quant à lui précisé que l'évolution s'était avérée lente avec une surinfection ayant nécessité une seconde hospitalisation, mais que l'on était finalement parvenu à guérir la plaie moyennant cependant une forte enflure de la jambe qui persistait à sa consultation du 14 avril 2004; il mentionnait avoir prévu une reprise du travail à 100% le

19 avril 2003 (recte: 2004), ce qui n'avait toutefois pu être communiqué au patient qui ne s'était plus présenté chez lui (voir son rapport médical du 25 février 2005; dos. int. 2-049). Ce spécialiste a ultérieurement précisé qu'il avait néanmoins revu ce dernier le 24 août 2004 et que la plaie présentait alors encore des écoulements (dos. int. 2-146, p. 2).

**4.1.2** Le recourant a par la suite été examiné par un chirurgien orthopédique, médecin-conseil de l'intimée, qui a évoqué la possibilité de lésions surajoutées tels une ostéomyélite ou un problème vasculaire propres à expliquer l'évolution clinique défavorable d'une lésion au départ bénigne survenue lors d'un choc et qui continuait de présenter des écoulements d'un liquide citrin; il faisait également mention d'une maladie de Crohn traitée par stéroïdes per os au printemps 2003 (appréciation y relative du 31 août 2004; dos. int. 2-028). Sur son conseil, le patient a été adressé en vue d'une éventuelle réintervention chirurgicale à un autre chirurgien orthopédique, qui a tout d'abord ordonné une IRM de la jambe droite qui a permis d'exclure une pathologie osseuse, ainsi qu'un bilan veineux et artériel des membres inférieurs ayant révélé en octobre 2004 un très probable syndrome post-thrombotique du membre inférieur droit et une insuffisance veineuse chronique de stade III à droite (dos. int. 2-032 et 2-033). Lors de son examen clinique, ce spécialiste a constaté un œdème très important remontant jusqu'au-dessus du genou de même qu'une dermite veineuse au niveau de la jambe droite, en l'absence en revanche de tout signe d'infection active de la plaie elle-même provoquée par un choc direct et encore contaminée par une faune multiple; il a estimé qu'une reprise chirurgicale n'était pas indiquée en l'état (voir son rapport du 21 octobre 2004; dos. int. 2-034). Le même médecin a ensuite fait mention de nouveaux suintements de la plaie courant janvier 2005 sans signes néanmoins de surinfection, puis d'un status à nouveau calme et satisfaisant à partir du 4 février 2005 (dos. int. 2-043); une activité professionnelle idoine était jugée possible dès le 28 avril 2005 (dos. int. 2-058). Un stage d'éducateur débuté à temps complet le 1<sup>er</sup> septembre 2005 n'a cependant pu être poursuivi qu'à 50% à partir du 1<sup>er</sup> avril 2006 (dos. int. 2-112, p. 11 et 12).

**4.1.3** En raison de la persistance d'un œdème, l'assuré a subi un nouveau bilan veineux et une phlébographie du membre inférieur droit, puis a été examiné en juin 2006 par un chirurgien cardio-vasculaire, qui a conclu à une occlusion post-thrombotique ou post-traumatique segmentaire de la veine fémorale commune et proposé une greffe prothétique ou un pontage veineux (dos. int. 2-074; 2-077 et 2-078). A compter du 1<sup>er</sup> septembre 2006, le recourant a dû interrompre son stage d'éducateur en raison de douleurs au membre inférieur droit et s'est à nouveau vu attester une incapacité de travail entière (dos. int. 2-112, p. 12; 2-085). Vers la même époque, il a consulté un chirurgien vasculaire d'un centre hospitalier universitaire, qui a confirmé la présence d'une importante dermatite au niveau de la jambe ainsi que d'un œdème conséquent prenant le godet, précisant encore que des traumatismes mineurs pouvaient engendrer des ulcérations dont la guérison s'avérait souvent difficile (dos. int. 2-083). Un pontage prothétique pratiqué le 5 mars 2007 dans un centre hospitalier universitaire a nécessité une reprise chirurgicale le 9 mars 2007 en raison d'une occlusion précoce de la reconstruction vasculaire (moyennant un nouvel échec de cette seconde intervention et un retour veineux assuré par de nombreuses collatérales; dos. int. 2-097). Le chirurgien orthopédique, médecin-conseil de l'intimée, a proposé à cette dernière la prise en charge de ces opérations en tant que complication, évoquant par ailleurs des facteurs aggravants (fumée et obésité) chez l'assuré (dos. int. 2-085). Par la suite, le généraliste traitant a confirmé la présence d'un lymphoœdème très important de tout le membre inférieur droit et a fait état d'une déchirure partielle du muscle du biceps droit liée selon lui à l'utilisation de cannes et traitée par mode conservateur (dos. int. 2-098 et 2-102).

**4.1.4** Une expertise pluridisciplinaire a été confiée au début 2008 à un premier COMAI qui a diagnostiqué un syndrome post-thrombotique d'origine traumatique, une insuffisance veineuse de stade III (avec antécédent d'ulcère), un lymphoœdème sévère secondaire, un status post-multiples interventions chirurgicales cutanées et vasculaires avec complications d'origine post-opératoire, un status après un ulcère de la jambe droite (2003) et une rupture proximale du long chef du biceps droit (2007). D'après cette source, excepté ce dernier diagnostic, l'ensemble des

affections précitées découlaient de manière prépondérante de l'événement du 22 juin 2003, mais la causalité naturelle demeurerait délicate à trancher faute de pouvoir dater l'apparition de la thrombose et apprécier la participation d'une maladie de Crohn ou d'un pyoderma gangrenosum parfois associé à cette dernière. La situation complexe actuelle persistant après la guérison de la plaie à la fin des suppurations en septembre/octobre 2005 était, selon les experts, davantage liée toutefois à l'agressivité des gestes médicaux qui s'étaient soldés par des échecs successifs. Ils ont estimé à 30% la capacité de travail offerte dans un emploi profilé pour les handicaps et chiffré à même hauteur l'atteinte à l'intégrité (voir leur expertise du 23 juin 2008; dos. int. 2-112). L'intimée a ensuite recueilli dès mars 2009 (à l'aide de l'assuré ou de son propre chef) plusieurs renseignements quant à une probable maladie de Crohn investiguée à l'hôpital F. \_\_\_\_\_ du 3 au 6 décembre 2002 (suite à une pancolite érythémateuse discrète révélée par coloscopie en octobre 2002) ainsi qu'un sebopsoriasis traité dans une clinique spécialisée en dermatologie d'un hôpital universitaire du 7 janvier au 21 mars 2003 (dos. int. 2-116 à 2-121). En possession de ces éléments excluant selon lui la présence d'une maladie de Crohn ou d'un pyoderma gangrenosum, le COMAI a confirmé le 12 mai 2009 ses conclusions antérieures (dos. int. 2-123).

**4.1.5** A l'instigation d'un deuxième COMAI mandaté en septembre 2009, l'intimée a tenté en vain d'obtenir des renseignements quant à un accident de juin 2002 lors duquel l'assuré s'était, semble-t-il, blessé à la jambe droite (des radiographies du 27 juin 2002 de ce membre étaient déjà connues du premier COMAI; dos. int. 2-112, p. 28; au surplus: dos. int. 2-127 à 2-129). Le recourant l'y ayant autorisée le 26 août 2009 (dos. int. 1-131, p. 2), elle a également pris connaissance de son dossier d'assurance perte de gain faisant état de périodes d'incapacité de travail du 30 septembre 2002 au 28 février 2003, puis du 1<sup>er</sup> au 31 mars 2003 (dos. int. 8-001 à 8-021). Dans son rapport d'expertise sur pièces du 6 mai 2010, le second COMAI, par une docteure interniste, a estimé que l'assuré souffrait d'une maladie de Crohn avant l'accident du 22 juin 2003 et que cette affection induisant un risque élevé de thrombose expliquait l'évolution morbide d'une petite lésion ulcéreuse accidentelle qui aurait sinon guéri au plus tard le 22 septembre

2003 (dos. int. 2-141). Le 25 août 2010, le recourant a subi une coloscopie auprès du professeur spécialiste des maladies digestives et du foie qui s'est avérée dans la norme, excepté une atteinte discrète de l'iléon terminal au vu de laquelle ce spécialiste a tenu pour infime la probabilité que l'assuré ait développé une maladie de Crohn ou à tout le moins exclu que cette atteinte soit responsable de la pathologie post-traumatique (dos. int. 2-143, p. 4 et 5). Le second COMAI a confirmé ses conclusions antérieures nonobstant ces derniers éléments et a précisé à l'intimée que les lésions constatées à l'hôpital F. \_\_\_\_\_ le 7 juillet 2003 pouvaient ne pas relever d'un accident, mais d'une maladie préexistante (rapports y relatifs des 5 novembre 2010 et 30 mars 2011; dos. int. 2-143 à 2-145). Le chirurgien-chef ayant supervisé les interventions chirurgicales de 2003 a contesté les 28 juillet et 21 octobre 2011 les conclusions de ce second COMAI, seulement théoriques selon lui, et a conclu à l'origine accidentelle des lésions subies ainsi qu'à l'absence de tout état maladif antérieur (dos. int. 2-146; 2-148).

**4.1.6** Un généraliste, médecin-conseil de l'intimée, a considéré que le dossier assécurologique ne permettait pas de se prononcer sur l'influence d'une maladie antérieure et qu'une causalité accidentelle était tout juste possible concernant la thrombose de la veine fémorale. A son sens, la contusion pré-tibiale de juin 2003 représentait une aggravation passagère d'un état antérieur avec un statu quo sine atteint le 19 avril 2004 vu la cicatrisation de la plaie attestée à cette date-là et l'origine malade interne de la "grosse jambe" persistant depuis lors (voir son rapport du 15 décembre 2011; dos. int. 2-149). Une instruction complémentaire relative à la prise en charge à l'hôpital F. \_\_\_\_\_ en 2002 pour une probable maladie de Crohn a encore permis de faire état, au moment de l'hospitalisation, de lésions cutanées sur le visage comme de l'acné, d'une hyperpigmentation sur tibia droit suite à un accident de moto et d'un œdème aux membres inférieurs prenant godet jusqu'à mi mollet (dos. int. 2-154; 2-157; 2-158). Des radiographies effectuées le 27 juin 2002 au niveau de la colonne cervico-dorsale, du coude gauche et de la jambe droite ont par ailleurs été produites en lien avec un accident de la route (dos. int. 2-155; 2-156; 2-159). En possession de ces éléments, le médecin généraliste, conseil de l'intimée, a dénié toute valeur probante à l'expertise

du COMAI de 2008 qui ne pouvait s'appuyer sur des renseignements anamnestiques suffisants vu l'attitude dissimulatrice de l'assuré et dont l'un des experts ne présentait de plus pas l'indépendance requise (dos. int. 2-160). Par le biais d'un médecin psychiatre (qui avait déjà cosigné certains rapports antérieurs), le second COMAI a encore indiqué que la plaie tibiale aurait "évidemment" pu intervenir sans traumatisme, dès lors que l'intéressé avait déjà été accidenté à cette jambe, qu'il souffrait d'une maladie de Crohn et que des thromboses veineuses avaient sérieusement altéré la peau. Selon ce médecin, un simple choc contre un pied de table ou un mauvais croisement de jambes pouvait provoquer une telle lésion, ce qui s'avérait ensuite insuffisant pour expliquer l'ulcère et ses complications secondaires sous l'angle de la causalité naturelle (dos. int. 2-162).

**4.2** L'expertise médicale du COMAI de 2008 s'appuie sur des examens médicaux complets menés sur la personne de l'assuré en avril et mai 2008 sur les plans somatique, dermatologique et psychiatrique. Le résultat de ces investigations spécifiques a été confronté ensuite aux paramètres cliniques et radiologiques résultant des autres sources médicales disponibles, les plaintes subjectives du patient et son anamnèse multifactorielle (personnelle, familiale et socioprofessionnelle). Cette étude fouillée et consciencieuse du dossier était certes d'emblée relativisée par le fait que les experts n'avaient pas eu accès à l'ensemble des antécédents médicaux et que leurs conclusions concernant la causalité accidentelle pouvaient apparaître ainsi quelque peu prématurées. Cette faiblesse de départ a toutefois pu être déjà compensée dans leur rapport complémentaire de mai 2009 après que l'intimée leur eut soumis plusieurs documents concernant une prise en charge médicale antérieure liée à une pancolite érythémateuse discrète et un sebopsoriasis, sur la base desquels ils ont pu exclure une maladie de Crohn ou un pyoderma gangrenosum préexistants (c. 4.1.4 supra). L'intimée a pour sa part du reste elle-même souligné que ces rapports médicaux manquaient de contenu et ne permettaient pas de confirmer la présence d'un morbus Crohn (réponse, p. 12 et 13, ch. 55). Les conclusions en ce sens du COMAI ont de surcroît été corroborées par le chirurgien-chef ayant supervisé les interventions chirurgicales de 2003 sur la base de ses propres observations cliniques au moment de la prise en charge chirurgicale de juillet 2003 et du suivi post-

opérateur, et le professeur spécialiste des maladies digestives et du foie a quant à lui attesté qu'une maladie de Crohn, quand bien même elle aurait existé, ne se serait de toute façon pas manifestée de façon certaine (c. 4.1.5 supra).

Pour le surplus, les autres données anamnestiques quant à un état antérieur recueillies après les constatations médicales du COMAI en mai 2009 n'ont rien apporté de véritablement nouveau s'agissant des affections gastro-intestinales préexistantes et les radiographies produites d'un accident de la circulation survenu en juin 2002 étaient déjà connues de ce même COMAI (c. 4.1.6 supra; dos. int. 2-112, p. 28; c. 4.1.4 supra). Ces dernières investigations ont en revanche fait état, au moment de l'hospitalisation de l'assuré en décembre 2002, d'un œdème aux membres inférieurs prenant godet jusqu'à mi mollet ainsi que d'une hyperpigmentation sur tibia droit déjà mise sur le compte d'un précédent accident (mention d'un accident de moto et survenance en tout cas en juin 2002 d'un accident de la voie publique [tonneaux en voiture] ayant occasionné les radiographies évoquées ci-dessus). Si ces données n'étaient donc pas connues du premier COMAI, ce dernier réservait cependant déjà expressément ses conclusions sous l'angle de la causalité naturelle notamment quant à une possible problématique veineuse préexistante ("L'examen du dossier ne permet pas clairement de dater l'apparition de la thrombose"; dos. int. 2-112, p. 32). Il s'ensuit que les nouvelles informations rassemblées par rapport à cet état antérieur ne révèlent aucune pathologie nouvelle qui n'aurait pas été abordée ou même seulement envisagée par les experts précités, mais qu'elles permettent bien davantage de prolonger leurs conclusions initiales en ce sens qu'une influence au départ causale des origines accidentelles sur la persistance de l'œdème a pu à un moment donné cesser vu l'existence avérée désormais d'une grave insuffisance veineuse déjà connue avant l'accident du 22 juin 2003. L'ensemble des médecins traitants de l'assuré (dont certains étaient même à l'origine du choix des experts mandatés par l'intimée) ont au demeurant confirmé eux aussi le mauvais état général de la jambe droite (c. 4.1.1 à 4.1.6).

Au regard des conditions définies en la matière par la jurisprudence (c. 2.3 supra), pleine et entière valeur probante peut dès lors être reconnue à l'appréciation pluridisciplinaire du premier COMAI dont les conclusions sont au surplus précises de même qu'étayées et émanent d'experts dont l'indépendance n'a à bon droit plus été mise en cause entre parties (cpr. c. 4.1.6, dos. int. 1-213, p. 2 et réponse, p. 11 à 13, ch. 49 à 57 in fine). Face à cette appréciation éprouvée par des examens cliniques ciblés, les constatations émises par le second COMAI ne font manifestement pas le poids (c. 4.1.5 et 4.1.6 supra). En présence d'un état de fait médical aussi complexe, ces experts ne pouvaient en effet se faire une image complète sur la seule base du dossier et leurs conclusions hors tout contexte clinique s'apparentent bien davantage à de simples hypothèses théoriques. Leur appréciation, qu'ils ont confirmée de façon renforcée le 5 novembre 2010 et le 30 mars 2011, selon laquelle la dégradation médicale observée pourrait finalement s'expliquer par les seuls antécédents médicaux semble par ailleurs directement influencée par les questions toujours plus orientées de l'intimée. Ces experts ont conclu, dans leur rapport du 6 mai 2010, à une simple possibilité de lésion traumatique le 22 juin 2003, sans vraisemblance prépondérante. Ils n'ont répondu que sous réserve à la question de la récupération d'un statu quo sine au plus tard le 22 septembre 2003. Toutefois, ils n'ont jamais non plus exclu l'événement traumatique avec une vraisemblance prépondérante, même à l'appui de leurs dernières conclusions (formulées au demeurant par un psychiatre n'ayant aucune spécialisation sur le plan somatique), nuancant uniquement le rôle causal que cet événement avait pu jouer quant à l'ampleur du dommage constaté (voir c. 5.2.2 infra). Quant à l'appréciation du médecin généraliste, conseil de l'intimée (c. 4.1.6 supra), elle ne s'appuie pas non plus sur un examen personnel du patient et doit d'emblée donc être relativisée. A sa lecture, l'on constate au surplus qu'elle n'exclut pas une plaie traumatique initiale, ni une aggravation au moins passagère d'un état maladif antérieur (thrombose) ayant persisté sous forme d'une "grosse jambe" après la guérison de l'ulcère au plus tard le 19 avril 2004. Or, cette appréciation qui distingue sous l'angle de la causalité naturelle entre l'ulcération elle-même guérie et le lymphœdème toujours présent ne remet pas fondamentalement en cause l'appréciation du premier COMAI qui réservait également de ce point de vue causal l'influence d'une thrombose

antérieure, mais qui n'en avait jusqu'alors pas encore reçu entière confirmation.

## 5.

Sur la base de ces constatations médicales, se pose d'abord la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin avec effet ex tunc à son obligation de prêter au motif qu'un événement assuré n'était jamais survenu et d'exiger consécutivement la restitution des prestations allouées jusqu'à la liquidation du cas le 16 juillet 2010.

**5.1** D'emblée, il y a lieu de préciser que le fait pour l'assureur-accidents d'avoir préalablement alloué des prestations temporaires ou une indemnité pour atteinte à l'intégrité ne l'empêche pas, lors de l'octroi initial de prestations de longue durée, d'examiner son obligation de prêter de façon nouvelle (SVR 2013 UV n° 15 c. 4.1, 2011 UV n° 6 c. 4.1). De telles prestations ne constituent en effet pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 c. 6.7; TF 8C\_901/2011 du 19 décembre 2012 c. 3.2). Dans ce prolongement, il y a également lieu de considérer que les avances sur rentes versées au recourant du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 juillet 2010 (dos. int. 1/114; décision sur opposition contestée, p. 18, ch. 4.2.2) ne tombent pas non plus sous le coup de la réglementation légale précitée, puisqu'il s'agissait de prestations allouées à bien plaisir par l'intimée dans l'attente d'une décision formelle écrite sur le droit à la rente en tant que tel, forme dont devait effectivement être revêtue cette prestation importante (art. 49 al. 1 LPGA). En l'absence au moment de sa décision initiale du 16 juillet 2010 d'un prononcé antérieur entré en force accordant une telle prestation, l'assureur-accidents pouvait dès lors examiner librement le droit à la rente sans être lié aux conditions de réexamen de l'art. 17 al. 2 LPGA. Pour nier avec effet ex tunc toute obligation de prêter de même qu'exiger la restitution y consécutive de toutes ses prestations et avances déjà allouées, l'intimée doit en revanche pouvoir justifier d'un titre de révocation (reconsidération ou révision procédurale; c. 2.2 supra).

## 5.2

**5.2.1** Au cas particulier, la demande de remboursement précitée échoue cependant déjà en raison de la tardiveté de sa formulation qui intervient plus d'un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance des faits à l'origine de sa prétention (art. 25 al. 2 phr. 1 LPG; c. 2.2 supra). Ce délai de péremption relatif commence en effet à courir dès le moment où l'administration aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. 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 (pour tout ce qui précède: TF 9C\_632/2012 du 10 janvier 2013 c. 4.2 et les références citées).

Les faits à l'appui de la demande de restitution étaient en l'espèce établis de longue date au dossier de la cause, dès lors bien avant la date du 31 janvier 2012 (un an avant la décision ici contestée) au-delà de laquelle l'intimée ne pouvait plus invoquer son ignorance des faits fondant sa prétention en remboursement. En premier lieu, certaines descriptions divergentes du ou des accidents dont l'intimée a subséquemment tiré argument pour nier tout événement assuré étaient documentées à son dossier d'assureur-accidents dès août 2003 déjà (voir dos. int. 1-001 [accident de vélo le 22 juin 2003 dans la localité de domicile, à 13 heures], 1-002 [accident à moto aux mêmes lieu, date et heure, mollet perforé par le repose-pied du véhicule]; 2-005 à 2-007 [accident à vélo en forêt deux semaines ou 10 jours environ avant l'hospitalisation du 7 juillet 2003, chute ou blessure contre un tronc d'arbre]). Il ressort ensuite du dossier qu'un possible état antérieur dont l'assureur-accidents s'est également prévalu pour nier ab initio son obligation de prester a été évoqué par l'hôpital F. \_\_\_\_\_ en août 2003 sous forme d'un morbus Crohn et que mention a à nouveau été faite en août 2004 de cette atteinte et d'une possible

problématique veineuse, respectivement dès octobre 2004 d'une grave insuffisance veineuse et ce, même par les médecins mandatés par l'intimée (voir c. 4.1.1 et 4.1.2 supra). La problématique d'une maladie antérieure a également été abordée lors du litige relatif au montant des indemnités journalières courant 2005 et 2006 (voir c. B supra) puisqu'à cette occasion, l'intimée a été expressément informée de périodes d'incapacité de travail chez l'assuré en juin 2002, juillet 2002 et mars 2003 (dos. int. 3-014 , p. 1 à 3). Au surplus, l'intimée a pu rassembler dès mars 2009 des renseignements complémentaires quant à un état maladif antérieur et a encore été expressément autorisée le 26 août 2009 par l'assuré à consulter les dossiers d'assurance relatifs aux sinistres indemnisés par elle comme assureur perte de gain (c. 4.1.4 et 4.1.5 supra).

**5.2.2** Il suit dès lors de ce qui précède que ce n'est pas au plus tard le 5 juillet 2012 ni au plus tôt entre le 18 et 24 juin 2012 que l'intimée, comme elle l'allègue, a pu prendre connaissance des éléments médicaux "lui permettant, grâce au concours de son médecin conseil, de constater que les antécédents du recourant étaient bel et bien attestés médicalement et qu'ils avaient pu à eux seuls causer la lésion prétendument accidentelle" (voir sa réponse, p. 30, ch. 138). La plupart de ces renseignements médicaux lui étaient en effet connus de sa seule prise en charge assécurologique du cas ainsi que par le biais d'investigations propres lancées déjà trois ans auparavant. Cela étant, le délai relatif d'un an n'ayant pas été observé, il n'y a pas lieu d'examiner si le cas remplit la seconde condition (cumulative) du respect du délai absolu de cinq ans après le versement de la prestation prévu également à l'art. 25 al. 2 phr. 1 LPG. En tout état de cause, l'on précisera à cet égard que certains faits susceptibles d'être reprochés au recourant (voir c. 5.2.2 infra) doivent être distingués de la réalisation d'un acte punissable à l'origine de la créance et pour lequel le droit pénal prévoit cas échéant un délai de prescription plus long (art. 25 al. 2 phr. 2 LPG; c. 2.2 supra). Il ne serait au surplus d'aucune utilité à l'intimée d'invoquer la jurisprudence publiée aux ATF 127 V 484 (490) qui prévoit, pour le cas où l'obligation de restituer résulte de prestations reconnues ultérieurement par un autre assureur social (en l'occurrence, toujours selon l'intimée, par l'assurance-chômage et l'assureur LPP), que le délai de péremption absolu de cinq ans ne

commence à courir que lorsque la prestation de cet autre assureur a été fixée de façon définitive (ce qui ne serait pas encore intervenu au cas particulier). Cette pratique judiciaire se rapporte en effet au contexte particulier de la coordination entre les avances (pas indues) de l'assurance-chômage et les rentes AI (dispositions en cause modifiées entre-temps), et a quoi qu'il en soit été contestée en doctrine au motif que l'argumentation développée à son appui se rapportait en réalité au seul délai relatif d'une année (UELI KIESER, *Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]* in KOLLER/MÜLLER/RHINOW/ZIMMERLI, SBVR, *Soziale Sicherheit*, 2007, n. bas de page n. 192, p. 264).

### 5.3

**5.3.1** Au surplus, l'on relèvera que l'existence d'un titre de révocation en vue d'une restitution des prestations dont la demande ne serait par hypothèse pas périmée devrait de toute façon être niée au cas particulier, étant d'emblée rappelé que la condition de la bonne foi ne joue aucun rôle à ce stade, contrairement à celui subséquent de la remise (possibilité qui n'a du reste pas été indiquée dans le prononcé contesté; art. 3 à 5 de l'ordonnance fédérale du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales, OPGA, RS 830.11). D'une part, il n'existe aucun motif de révision (procédurale) au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, disposition qui prescrit que les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à ce mode de révocation 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. A l'instar de ce qui a été énoncé pour le délai relatif d'un an prévu à l'art. 25 al. 2 phr. 1 LPGA (c. 5.2 supra), pour déterminer le moment de la découverte du motif de révision, il ne faut pas se fonder sur la connaissance effective (subjective) de la personne habilitée à demander la révision, mais examiner à partir de quand cette personne a pu avoir connaissance du motif de révision (TF U 120/06 du 13 mars 2007 c. 4.1). Or, comme déjà relevé (c. 5.2 supra), l'intimée, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle, aurait pu en l'espèce prendre connaissance dès août 2003 au plus tôt de l'existence d'une maladie de Crohn qui lui a ensuite paru déterminante dans l'évolution

clinique, respectivement à partir d'octobre 2004 d'une grave insuffisance veineuse (précédemment toutefois déjà suspectée) dont elle a également fini par inférer un état malade antérieur. L'on rappellera encore que des indemnités journalières pour maladie et accident en 2002/2003 étaient au centre d'un litige entre le recourant et son assureur-accidents dès 2005 relativement à leur montant. Dans ces circonstances, l'intimée ne saurait invoquer avec succès n'avoir pu prendre connaissance de ces périodes antérieures d'incapacité de travail que par le biais des objections formulées le 10 juillet 2009 par le recourant, ni n'avoir pu ainsi découvrir antérieurement ces faits importants (voir c. C supra; réponse, p. 30 et 31, ch. 139 à 149). Son argumentation est également compromise par l'obligation d'instruction d'office (art. 43 al. 1 LPGA) qui lui incombait et lui commandait de recueillir tout renseignement utile auprès de la personne assurée (U. KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2009, art. 43, n. 22).

**5.3.2** D'autre part, l'intimée ne pourrait non plus révoquer sa décision sur la base de l'art. 53 al. 2 LPGA, qui lui permet de revenir sur des décisions ou des décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Si la seconde condition (économique) posée par cette disposition légale est à l'évidence remplie vu l'ampleur des prestations allouées en l'occurrence durant la période du 25 juin 2003 au 31 juillet 2010 (voir décision sur opposition contestée, p. 18, ch. 4.2.2), on ne saurait en revanche affirmer que l'existence d'un événement traumatique à l'origine de ce devoir de prester a été admise de manière manifestement erronée par l'intimée. Si l'assuré a certes consulté tardivement l'hôpital F. \_\_\_\_\_ le 7 juillet 2003 pour son ulcère à la jambe droite, la plupart des médecins qui l'ont examiné lors de cette prise en charge thérapeutique n'ont pas remis en cause l'origine accidentelle des lésions constatées, seul un rapport du 8 juillet 2003 du même hôpital faisant état d'une infection de la jambe droite "d'origine indéterminée" après avoir néanmoins constaté que l'hospitalisation avait été ordonnée à la suite d'un accident (dos. int. 2-005, p. 3; c. 4.1.1 supra). En tout état de cause, aucun des intervenants médicaux impliqués dans le suivi du recourant n'a exclu un élément traumatique récent, même minime (au moins une égratignure), à l'origine du dommage (voir c. 4.1.1 à 4.1.6), ce qui représente tout de même un

indice non négligeable en faveur de la thèse de l'accident (MURER/STAUFFER, *Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, 2012, art. 6, p. 29). Même le second COMAI a évoqué au départ une petite lésion ulcéreuse accidentelle et n'a en dernier lieu pas écarté la possibilité d'un accident, relativisant uniquement sa portée à partir d'un angle d'approche strictement médical de la question occultant l'hypothèse juridique d'une causalité même très partielle (voir c. 5.3.2 dernier §). Malgré l'antécédent d'insuffisance veineuse, rien au dossier ne permet au surplus d'affirmer que l'assuré a présenté une plaie béante au tibia droit sans influence accidentelle avant l'événement à l'origine incriminé du 22 juin 2003. L'incapacité de travail entière et durable attestée par ses médecins traitants dès cette date confirme au reste qu'une telle lésion aurait rendu antérieurement impossible une activité lucrative et aucune incapacité de travail n'est attestée au dossier pour les semaines précédant l'accident.

Les versions divergentes des faits rapportées par les médecins peuvent par ailleurs s'expliquer en raison du caractère relativement banal de l'événement traumatique qui ne requérait pas nécessairement un rendu très précis ou rigoureux, la mauvaise compréhension de l'employeur alémanique du recourant qui n'a pas échappé à restituer la teneur exacte des propos de ce dernier de langue maternelle française ou encore par le fait que les médecins urgentistes avaient d'autres priorités qu'une description exacte de l'accident (voir dans ce dernier sens également: dos. int. 2-146, p. 1). Peu importe par ailleurs si ces versions en partie différentes au dossier recoupent un ou plusieurs événements traumatiques. Les divergences qui les émaillent ne permettent en tout cas pas de conclure au caractère manifestement erroné de la thèse originelle adoptée par l'intimée, selon laquelle un événement accidentel assuré par ses soins était pour le moins à l'origine du dommage subi. Ce constat n'est pas non plus remis en cause par le fait que le recourant était versé dans le domaine des assurances, respectivement qu'il s'était lui-même assuré contre de nombreuses éventualités, ni qu'il a entrepris d'importantes démarches vers 2004/2005 en vue d'une activité indépendante sans en avertir son assureur-accidents (dos. int. 0-004, p. 2). Le reproche qui lui est fait d'avoir caché ses antécédents doit également être relativisé. Certes, il a déclaré aux médecins qu'il était en relativement bonne santé avant son accident de

2003 (dos. int. 2-112, p. 7), ce qui ne correspond pas à son histoire médicale. Les rapports médicaux à son dossier LAA faisaient cependant déjà état en août 2003 d'un suivi médical pour une probable maladie de Crohn et il pouvait quant à lui partir de l'idée que l'intimée était au courant des pertes de salaires pour maladie et accident qu'elle avait elle-même indemnisées en 2002 et 2003.

L'existence d'un accident ne pouvant à tout le moins pas être exclue à un degré de vraisemblance prépondérante, rien au dossier ne permet au surplus de conclure qu'accepter une causalité naturelle (partielle) entre cet événement et le dommage tel qu'il a ensuite été indemnisé jusqu'au 16 juillet 2010 s'avérait manifestement erroné. Bien plus, ce raisonnement découle ici de l'art. 36 LAA (c. 2.1.2 supra) qui prescrit d'allouer les prestations d'assurance (même sans réduction s'agissant des indemnités journalières et des frais de traitement) aussi longtemps que l'accident continue de représenter une cause partielle pour les lésions invoquées. Or, en l'occurrence, il n'était en tout cas pas sans nul doute erroné de considérer que l'événement traumatique, avec l'insuffisance veineuse préexistante, avait retardé la guérison de la plaie et contribué à la persistance d'un œdème, et que les complications qui s'en étaient suivies même après leur prise en charge opératoire (pontages et fistules) s'étant soldée par un échec étaient encore imputables (partiellement) à cet accident jusqu'au 16 juillet 2010 (voir la jurisprudence relative à la récupération du statu quo sine/ante exposée de manière détaillée au c. 6.1 infra). Toute autre sera en revanche la question de savoir si l'intimée a établi avec une vraisemblance prépondérante la cessation de cette influence causale à tout le moins après la date précitée (voir c. 6.2 infra).

**5.4** Au vu de ce qui précède, le recours doit donc être admis sur ce point et la décision sur opposition annulée en tant qu'elle nie un droit aux prestations ab initio et exige la restitution d'un montant de Fr. 433'344.10.

## **6.**

Les conditions d'une restitution n'étant pas remplies, il convient d'examiner en dernier lieu si c'est à juste titre que l'intimée a cessé ses prestations au-

delà du 16 juillet 2010 (sous réserve de la recevabilité du recours sous cet aspect; voir c. 1.2 supra).

**6.1** Dès l'abord, l'on précisera que l'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester reconnue initialement sans devoir justifier d'un motif de révocation (ATF 130 V 380 c. 2.3.1 ainsi que c. 2.2 supra), pour autant qu'il établisse matériellement et à un degré de vraisemblance prépondérante par exemple qu'un événement assuré n'est jamais survenu ou qu'il n'a plus aucune influence causale sur l'état maladif qui a atteint son statu quo ante ou sine (c. 2.1.3 supra; voir également arrêt TF U 287/04 du 17 mars 2005 c. 3 cité par le mandataire du recourant dans sa plaidoirie). Dans sa pratique judiciaire, le Tribunal fédéral (TF) a encore spécifié à cet égard que pour admettre la récupération du statu quo sine, il fallait qu'à la date retenue, l'accident joue un rôle désormais insignifiant par rapport à l'influence exclusive ou quasiment exclusive de la prédisposition constitutionnelle sur l'évolution de l'état de santé de la personne assurée; c'est dans ce contexte précis que la jurisprudence relative à la notion de "causalité aléatoire" ("Zufallursache") pouvait trouver application (TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 c. 5.2.1). Dans ce précédent judiciaire, le TF a par ailleurs indiqué qu'un état variqueux antérieur léger avec quelques œdèmes allait à l'encontre d'une situation médicale précaire et labile au moment de l'accident qui aurait pu en tout temps, spontanément ou à la suite d'une simple égratignure, entraîner un ulcère et que l'on pouvait uniquement retenir que l'insuffisance veineuse avait au cas particulier au moins constitué une cause partielle, certes importante, de l'évolution de l'état de santé en empêchant la guérison de la plaie initialement provoquée par l'accident. Que l'accident n'ait pas provoqué l'insuffisance veineuse ne signifiait donc pas qu'il n'avait pas contribué, avec cette affection, à la survenance de l'ulcère et il n'était en tout cas pas établi selon une vraisemblance prépondérante que même sans l'accident assuré, une telle évolution se serait produite dans un délai relativement bref (c. 5.2.2 et c. 5.2.3 de l'arrêt TF précité).

Dans une autre jurisprudence concernant un assuré atteint d'une affection antérieure des vaisseaux du cœur et décédé d'une rupture d'anévrisme

après un accident de voiture, le TF a encore précisé qu'une action traumatique déclenchant le dommage fondait même un droit aux prestations de la LAA lorsque le dommage en question serait survenu tôt ou tard, même sans l'événement assuré, l'accident ne constituant alors une condition sine qua non que par rapport à la survenance temporelle du dommage; il en allait autrement lorsque l'accident ne représentait qu'une cause aléatoire rendant manifeste un risque actuel, avec la réalisation duquel il fallait compter en tout temps. Une telle causalité aléatoire n'était toutefois pas déjà donnée en cas de déroulement causal inhabituel, lors duquel une prédisposition constitutionnelle jouait un rôle central. A titre d'exemple, le TF mentionnait le cas du travailleur diabétique blessé au pied par de la soude caustique et dont l'accident, associé au diabète (sévère), avait entraîné une réaction d'inflammation non maîtrisable ayant mené à l'amputation. Dans ce cas, la maladie seule ne permettait pas de suspecter une telle évolution et une autre cause non courante était nécessaire pour déclencher le processus (pour tout ce qui précède: SVR 2007 UV n° 28 c. 4.2).

**6.2** Au cas particulier, comme cela a été constaté précédemment (c. 5.2.2 supra), un événement accidentel ne peut être exclu avec une vraisemblance prépondérante. Savoir si l'absence d'un tel événement initial est établie, toujours à ce degré de preuve, dans une perspective permettant de mettre fin aux prestations à la date où leur versement a été interrompu, peut rester indécis (s'agissant des exigences spécifiques posées par la pratique judiciaire à l'assuré pour prouver la survenance d'un accident, voir notamment arrêt TF 8C\_648/2013 du 18 février 2014 [c. 3] cité par le mandataire du recourant dans sa plaidoirie). Il convient de noter toutefois que l'imprécision que l'on constate dans la description des événements, voire le fait que le recourant n'ait pas de lui-même cherché à corriger les divergences, laisse planer un doute sur l'existence d'une cause extérieure extraordinaire (art. 4 LPG), susceptible, de par son caractère, d'être mise en relation de façon déterminante avec la plaie. Les lésions pourraient aussi résulter de rechutes d'accidents bien antérieurs, intervenus, par exemple, alors que l'assuré pratiquait avec assiduité des sports motorisés – ainsi qu'il l'a évoqué dans sa plaidoirie – époque où ses sinistres selon la LAA n'incombaient pas encore à l'intimée. Une ulcération

spontanée ou provoquée par un geste de grattage ou frottement en réaction aux problèmes circulatoires préexistants ne peut absolument pas être écartée. Or, il n'y a pas d'accident, au sens légal, lorsque le geste en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs médicaux préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 c. 3b, avec références, cité par l'intimée dans sa plaidoirie).

Quoi qu'il en soit, le dossier permet de toute façon d'établir, toujours au même degré de preuve, que l'intimée a pour le moins démontré la cessation au-delà du 16 juillet 2010 de l'influence causale d'un événement accidentel sur la persistance de l'œdème (syndrome post-thrombotique sur occlusion de la veine fémorale). En effet, ainsi qu'il en découle de la pratique judiciaire exposée ci-dessus (c. 6.1 supra), la cicatrisation de la plaie semble représenter un critère de poids dans le contexte de la récupération du statu quo sine/ante pour ce genre d'atteintes et les premiers médecins ont attesté d'une guérison de l'ulcère et d'une possible reprise du travail après la fin des suppurations de celui-ci (guérison et reprise du travail en avril 2004 selon le chirurgien-chef ayant supervisé les interventions chirurgicales de 2003 confirmée par le médecin généraliste, conseil de l'intimée, mais quelques suintements encore constatés par le chirurgien-chef ayant supervisé les interventions chirurgicales de 2003 et le chirurgien orthopédique, conseil de l'intimée, en août 2004, respectivement au début 2005 par l'autre chirurgien orthopédique qui a proposé une reprise du travail en avril 2005; c. 4.1.1 à 4.1.3, c. 4.1.6 supra). Dans son expertise pluridisciplinaire de 2008, le premier COMAI est également parti de ce constat en attestant une guérison de l'ulcère après l'interruption des suppurations de la plaie intervenue selon lui en septembre/octobre 2005 (le généraliste attestait encore de suintements en avril 2005; c. 4.1 supra), ce que les conclusions du second COMAI déduites uniquement d'un statu quo sine/ante purement théorique et abstrait récupéré au plus tard après trois mois, soit le 22 septembre 2003, ne contredisent pas valablement (voir c. 4.1.4 et 4.2 supra). En tout état de cause, l'ulcère peut donc ici être considéré comme ayant été refermé et ainsi guéri au plus tard vers l'automne 2005. Par la suite, d'autres médecins ont confirmé cette

cicatrisation, moyennant en revanche la persistance d'un ou de plusieurs œdèmes (voir notamment: dos. int. 2-074, p. 1; 2-077, p. 1; 2-083; 2-097). Certains médecins ont affirmé que l'œdème (un seul était en principe attesté en dernier lieu) post-thrombotique pouvait être d'origine post-traumatique, en l'expliquant par le choc direct subi lors de l'accident de 2003 ou l'agressivité des gestes chirurgicaux pratiqués (c. 4.1.3 et 4.1.4; voir également dos. int. 2-072; 2-077; 2-078, p. 1; 2-097, p. 1). D'emblée, certains d'entre eux ont cependant nuancé le propos en indiquant qu'il pouvait également s'agir d'une thrombose très localisée au niveau de la veine fémorale commune sans notion de traumatisme associé (dos. int. 2-078, p. 1; 2-083). De plus, comme déjà relevé, le premier COMAI a lui aussi réservé ses conclusions relatives à la causalité naturelle en fonction d'un possible état thrombotique préexistant que les dernières investigations médicales ont finalement permis de confirmer (c. 4.2 supra). A cela s'ajoute que les experts en angiologie et chirurgie vasculaire consultés n'ont, dans un premier temps, pas nécessairement été amenés à se prononcer sur la question de savoir si l'atteinte post-thrombotique soumise à leur spécialité avait été causée par la complication d'une surinfection primaire d'origine accidentelle. Un des spécialistes mentionne un syndrome post-thrombotique *ou* post-traumatique, contrairement au diagnostic du médecin traitant ne s'appuyant que sur un syndrome post-traumatique (voir dos. int. 2-082 et 2-083). L'autre spécialiste dont l'avis sur ce point a été expressément sollicité nie avoir les compétences requises pour trancher (voir dos. int. 2-084, p. 1, ch. 4).

Il suit dès lors de ce qui précède que si un accident (ou une rechute d'accident) couvert(e) par l'intimée a eu lieu et a pu expliquer pour un certain temps le syndrome post-thrombotique et constituer avec l'insuffisance veineuse préexistante - alors ni particulièrement précaire ou labile pour entraîner en tout temps une ulcération - une cause partielle à la dégradation médicale observée, les derniers éléments médicaux ne permettent en revanche plus de conclure à une causalité naturelle davantage que possible entre cet (éventuel) événement et l'état post-thrombotique. Etant donné les autres antécédents médicaux (œdèmes et pigmentation de la peau sur tibia droit) et les facteurs aggravants présents (surpoids, nicotine de longue date; c. 4.1.3 supra; voir aussi dos. int. 0-009,

0-010, 2-097, p. 1, 2-152, p. 8), il apparaît dès lors que l'intimée a établi avec une vraisemblance prépondérante la cessation de l'influence causale sur la persistance de l'œdème au plus tard à la date où un passage à la rente avait été envisagé jadis en mai 2009 (c. C supra), a fortiori donc à celle de l'arrêt de ses prestations le 16 juillet 2010. Postérieurement à cette dernière date, l'accident, en tant qu'il avait (aurait) initialement provoqué la plaie, ne constituait (constituerait) en effet plus qu'une simple cause aléatoire, et finalement insignifiante, dans l'évolution défavorable de cette lésion accidentelle désormais exclusivement influencée par la prédisposition constitutionnelle. L'assureur-accidents était dès lors libre de décliner sa responsabilité pour l'avenir et ce, quand bien même il avait encore accepté, en tant que complication, la prise en charge des opérations de mars 2007 (ATF 130 V 380 c. 2.3.1; c. 2.1.3 et 2.2 supra).

**6.3** C'est par conséquent à juste titre que l'intimée a nié un droit à la continuation des prestations au-delà du 16 juillet 2010, la récupération de l'état antérieur à l'(éventuel) accident assuré ou qui se serait développé sans cet événement étant établie avec vraisemblance prépondérante à tout le moins dès cette date. Le recours (sous réserve de sa recevabilité sous cet aspect) s'avère par conséquent mal fondé de ce point de vue.

## **7.**

**7.1** Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision sur opposition contestée annulée dans la mesure où elle exige la restitution d'un montant de Fr. 433'344.10. Pour le surplus, le recours doit être rejeté.

**7.2** La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**7.3** Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, n'a droit qu'au remboursement d'une partie de ses dépens (art. 61 let. g LPGA; 104 al. 1 LPJA; ATF 110 V 54 c. 3a; SVR 2003 EL n° 5 c. 4.1). L'intimée ne peut quant à elle en prétendre, le recours ne pouvant être qualifié de téméraire (ATF 128 V 124 c. 5b). L'indemnité de dépens due à l'assuré, compte tenu de l'importance et de la complexité de la seule procédure judiciaire (art. 52 al. 3 LPGA; ATF 114 V 83

c. 4b, 228 c. 3b), ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables et après examen de la note d'honoraires du 18 août 2014, est fixée à un montant forfaitaire de Fr. 3'500.- (débours et TVA compris).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis partiellement et la décision sur opposition attaquée est annulée dans la mesure où elle nie le droit aux prestations selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents ab initio et où elle exige la restitution d'un montant de Fr. 433'344.10. L'arrêt des prestations de l'assurance-accidents est fixé au plus tard au 16 juillet 2010. Pour le surplus, le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
3. L'intimée versera au recourant la somme forfaitaire de Fr. 3'500.- (débours et TVA compris) à titre de participation à ses dépens pour la procédure judiciaire. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire du recourant (avec un exemplaire du procès-verbal de l'audience CEDH du 18 août 2014),
  - aux mandataires de l'intimée (avec un exemplaire du procès-verbal de l'audience CEDH du 18 août 2014),
  - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

La greffière:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).