

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1401/2023

ATAS/457/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 juin 2024

Chambre 3

En la cause

A_____

représenté par Me Claudio FEDELE, avocat

recourant

contre

AXA ASSURANCES SA

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

- A. a.** La société B_____ Sàrl (ci-après : la société), ayant pour but l'exploitation d'une entreprise générale dans le domaine du bâtiment, a été inscrite au registre du commerce le 10 septembre 2012. Le gérant était Monsieur A_____ (ci-après : l'intéressé), né en 1962. Le 8 avril 2015, la société, par le biais du prénommé, a souscrit une police d'assurance-accidents obligatoire auprès d'AXA ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance) en faveur de ses deux employés, dont l'intéressé.
- b.** Le 13 décembre 2017, a été établie une déclaration d'accident dont il ressortait que l'intéressé s'était fracturé la jambe en date du 4 décembre 2017 et qu'il était en incapacité totale de travail depuis lors. Le salaire de base annoncé était de 10'000.-CHF/mois. La déclaration n'était pas signée, mais la personne de contact indiquée était l'intéressé.
- c.** L'assurance a pris le cas en charge, en allouant notamment des indemnités journalières sur la base du revenu déclaré lors de l'annonce de l'accident et en remboursant les frais médicaux en lien avec ce dernier.
- d.** Ayant notamment constaté une importante différence entre le salaire annoncé dans la déclaration d'accident et le décompte de primes de 2015 (qui faisait état d'un salaire de CHF 45'000.-), l'assurance a mené des investigations supplémentaires afin de déterminer la situation économique de l'intéressé. Celles-ci ont révélé que, sous l'angle de la position économique, l'activité déployée pour la société ne correspondait pas à celle d'un salarié, de sorte que les conditions pour bénéficier de la couverture d'assurance-accidents obligatoire n'étaient pas remplies. Le 28 mai 2019, lors d'une rencontre avec l'assuré et son conseil, l'assurance a expliqué qu'au regard des documents reçus et des explications données par l'intéressé, elle estimait que ce dernier avait un statut d'indépendant, qu'il n'était donc pas couvert par l'assurance-accidents obligatoire et qu'au surplus, le montant de son salaire mensuel n'était pas prouvé et semblait supérieur au salaire réellement reçu par l'intéressé.
- e.** Par décision du 30 juillet 2019, confirmée sur opposition le 21 janvier 2020, l'assurance a nié tout droit aux prestations d'assurance à l'intéressé et lui a réclamé la restitution d'un montant de CHF 150'611.05 (soit CHF 126'249.45 d'indemnités journalières et CHF 24'361.60 de frais de traitement) correspondant aux prestations qu'elle estimait avoir versées à tort.
- f.** Par arrêt du 19 août 2021, la Cour de céans a rejeté le recours formé par l'intéressé contre la décision sur opposition du 21 janvier 2020 (cf. ATAS/840/2021).
- g.** Saisi à son tour, le Tribunal fédéral a également débouté l'intéressé (cf. arrêt 8C_658/2021 du 15 mars 2022).

B. a. Par courrier recommandé du 29 avril 2022, l'assuré a déposé une demande de remise de l'obligation de restituer le montant réclamé. A l'appui de sa requête, il a fait valoir que la restitution d'un tel montant ne pouvait être exigée, puisqu'il l'avait reçu de bonne foi et que le remboursement le placerait dans une situation difficile.

b. Par décision du 30 mai 2022, l'assurance a refusé d'accorder la remise sollicitée. Elle a considéré que les conditions, en particulier celle relative à la bonne foi, n'étaient pas remplies.

c. Le 30 juin 2022, l'assuré s'est opposé à cette décision. A l'appui de sa position, il a produit notamment une décision du 20 juillet 2021 de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) lui reconnaissant le droit à une rente entière à compter de septembre 2019 et le contrat de location de sa maison, mentionnant un loyer mensuel de EUR 1'500.-.

d. Par décision du 10 mars 2023, l'assurance a partiellement rejeté l'opposition.

Si elle a rejeté la demande de remise de l'obligation de restituer le montant de CHF 126'249.45 versé à titre d'indemnités journalières, elle l'a en revanche admise concernant la somme de CHF 24'361.60 versée à titre de frais médicaux.

A cet égard, l'assurance a considéré que, puisque l'intéressé ne pouvait être couvert au titre de l'assurance-accidents obligatoire, il appartenait à la caisse maladie compétente de prendre en charge les frais de traitement, conformément au tarif applicable. Il incombait à l'assureur-accidents de demander le remboursement de ladite somme directement à la caisse maladie compétente.

C. a. Par écriture du 27 avril 2023, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

Il reproche principalement à l'intimée d'avoir – malgré une situation « parfaitement transparente » – accepté de le couvrir sur la base de l'assurance-accidents obligatoire pendant plus de quatre ans, le confortant ainsi dans son bon droit. Elle aurait ainsi implicitement accepté de le couvrir sous l'angle de l'assurance-accidents obligatoire en tant qu'employé.

Le recourant conteste avoir cherché à tromper l'intimée, alléguant qu'ayant travaillé toute sa vie dans le secteur du bâtiment, il n'avait aucune connaissance spécifique dans le domaine des assurances. Il rappelle avoir admis de manière transparente qu'il était son propre patron et décidait de sa rémunération.

Pour le surplus, il répète qu'il n'a pas les moyens de rembourser le montant qui lui est réclamé.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 21 juin 2023, a conclu au rejet du recours.

Elle considère en substance qu'il pouvait être raisonnablement exigé d'une personne capable de discernement placée dans une situation identique et dans les mêmes circonstances que le recourant, qu'elle se renseigne sur les démarches à

effectuer au moment de la fondation de l'entreprise et se pose sérieusement la question de sa qualité de travailleur ou d'indépendant, d'autant plus que le recourant avait déjà œuvré en tant qu'indépendant durant plus de cinq ans par le passé.

L'assurance souligne que les prestations ont été versées à tort, non en raison d'une erreur de sa part, mais de la faute du recourant.

c. Par écriture du 30 août 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions.

En substance, il reprend les arguments déjà développés précédemment, alléguant que l'intimée aurait laissé une situation durable s'instaurer à son détriment et qu'il n'a jamais rien caché. Il ajoute que l'intimée n'a jamais été en mesure de démontrer qu'il n'aurait pas perçu le salaire annoncé. Selon lui, l'entreprise fonctionnait bien et le versement d'un salaire de CHF 10'000.- était « largement possible ». On ne saurait dès lors rien en déduire quant à sa mauvaise foi. Selon lui, il était normal de penser qu'en se versant un salaire mensuel, il devait être considéré comme employé.

d. Par écritures du 13 septembre 2023, respectivement du 28 septembre 2023, les parties ont persisté dans leurs conclusions.

e. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie "en droit" du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

- 2.** Le principe de l'obligation de restituer et le montant réclamé ayant été confirmés, d'une part, et la demande de remise de l'obligation de restituer la somme versée à titre de prise en charge des frais médicaux admise, d'autre part, le litige se limite à la question du bien-fondé du rejet par l'intimée de la demande de remise de

l'obligation de restituer le montant de CHF 126'249.45 versé à titre d'indemnités journalières.

3.

3.1 Selon l'art. 25 al. 1 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile. Ces deux conditions matérielles sont cumulatives et leur réalisation est nécessaire pour que la remise de l'obligation de restituer soit accordée (ATF 126 V 48 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_364/2019 du 9 juillet 2020 consid. 4.1).

La demande de remise ne peut être traitée sur le fond que si la décision de restitution est entrée en force, la remise et son étendue faisant l'objet d'une procédure distincte. On précisera encore que selon l'art. 4 al. 4 de l'ordonnance fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), une telle demande doit être déposée au plus tard 30 jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution.

3.2 Savoir si la condition de la bonne foi, présumée en règle générale (art. 3 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 [CC - RS 210]), est réalisée doit être examiné dans chaque cas à la lumière des circonstances concrètes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_269/2009 du 13 novembre 2009 consid. 5.2.1). La condition de la bonne foi doit être remplie dans la période où l'assuré concerné a reçu les prestations indues dont la restitution est exigée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2007 du 17 avril 2008 consid. 4.1 et les références).

La jurisprudence constante considère que l'ignorance, par le bénéficiaire, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations ne suffit pas pour admettre qu'il était de bonne foi. Il faut bien plutôt qu'il ne se soit rendu coupable, non seulement d'aucune intention malicieuse, mais aussi d'aucune négligence grave. Il s'ensuit que la bonne foi, en tant que condition de la remise, est exclue d'emblée lorsque les faits qui conduisent à l'obligation de restituer (violation du devoir d'annoncer ou de renseigner) sont imputables à un comportement dolosif ou à une négligence grave. En revanche, l'assuré peut invoquer sa bonne foi lorsque l'acte ou l'omission fautifs ne constituent qu'une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner (ATF 138 V 218 consid. 4 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_43/2020 du 13 octobre 2020 consid. 3 et 9C_16/2019 du 25 avril 2019 consid. 4).

On parlera de négligence grave lorsque l'ayant droit ne se conforme pas à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances (ATF 110 V 176 consid. 3d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2019 du 25 avril 2019 consid. 4). La mesure de l'attention nécessaire qui peut être exigée doit être jugée selon des critères objectifs, où l'on ne peut occulter ce qui est possible et raisonnable dans la subjectivité de la personne concernée (faculté de jugement, état de santé, niveau

de formation, etc. ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_413/2016 du 26 septembre 2016 consid. 3.1 ; Sylvie PÉTREMAND, *in* Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 69 *ad* art. 25 LPGA). Il faut ainsi, en particulier, examiner si, en faisant preuve de la vigilance exigible, l'assuré aurait pu constater que les versements ne reposaient pas sur une base juridique. Il n'est pas demandé à un bénéficiaire de prestations de connaître dans leurs moindres détails les règles légales. En revanche, il est exigible de lui qu'il vérifie les éléments pris en compte par l'administration pour calculer son droit aux prestations. On peut attendre d'un assuré qu'il décèle des erreurs manifestes et qu'il en fasse l'annonce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2012 du 7 mars 2013 consid. 4.2). On ajoutera que la bonne foi doit être niée quand l'enrichi pouvait, au moment du versement, s'attendre à son obligation de restituer, parce qu'il savait ou devait savoir, en faisant preuve de l'attention requise, que la prestation était indue (art. 3 al. 2 CC ; ATF 130 V 414 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_319/2013 du 27 octobre 2013 consid. 2.2).

En revanche, l'intéressé peut invoquer sa bonne foi si son défaut de conscience du caractère indu de la prestation ne tient qu'à une négligence légère, notamment, en cas d'omission d'annoncer un élément susceptible d'influer sur le droit aux prestations sociales considérées, lorsque ladite omission ne constitue qu'une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner sur un tel élément (ATF 112 V 97 consid. 2c ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_16/2019 précité consid. 4 et 9C_14/2007 du 2 mai 2007 consid. 4 ; DTA 2003 n° 29 p. 260 consid. 1.2 et les références ; RSAS 1999 p. 384 ; Ueli KIESER, *Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts - ATSG*, 2020, n. 65 *ad* art. 25 LPGA).

4.

4.1 En l'espèce, il convient en premier lieu de relever que le recourant, lorsqu'il reproche à l'intimée d'avoir – malgré une situation « parfaitement transparente » – accepté de le couvrir sur la base de l'assurance-accidents obligatoire pendant plus de quatre ans, le confortant ainsi dans son bon droit, ne fait que reprendre une fois de plus l'argumentation déjà développée précédemment et que le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion d'écarter dans son arrêt du 15 mars 2022 (cf. consid. 4.3.1 et 4.3.2). Relevant que l'intimée n'avait aucun intérêt à allouer des prestations pour en réclamer la restitution postérieurement, au risque de ne plus pouvoir les recouvrer, le Tribunal fédéral a écarté tout comportement relevant de la mauvaise foi chez elle et considéré que le recourant ne pouvait se prévaloir d'un droit acquis en raison des prestations d'assurance versées. Il n'y a dès lors pas lieu d'y revenir plus longuement.

4.2 L'intimée considère que la condition relative à la bonne foi ne peut être considérée comme remplie. Elle reproche à l'assuré d'avoir gravement violé son obligation de diligence en ne s'étant pas renseigné correctement quant à la nature de l'activité lucrative exercée pour la société et à la couverture adéquate de sa personne contre le risque d'accident, mais aussi en donnant de fausses

informations relatives à son salaire. Eu égard à ces éléments, elle considère qu'il ne pouvait prétendre ignorer que des prestations lui étaient versées à tort.

Le recourant argue le contraire. Il allègue avoir collaboré avec l'intimée sans lui cacher ou refuser des informations et avoir notamment admis de manière transparente qu'il était son propre patron et décidait de sa rémunération. Il conteste avoir cherché à tromper l'intimée, rappelle qu'il a travaillé toute sa vie dans le secteur du bâtiment et souligne qu'il n'avait aucune connaissance spécifique dans le domaine des assurances.

Comme rappelé supra, le recourant ne peut tirer argument de son ignorance des dispositions légales. Il faut bien plutôt qu'il ne se soit rendu coupable, non seulement d'aucune intention malicieuse, mais aussi d'aucune négligence grave. Pour examiner si une telle négligence peut être écartée, il convient de se référer à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances.

Or, il s'avère, ainsi que le relève l'intimée, que l'intéressé a déjà été indépendant par le passé durant plusieurs années et qu'il n'était donc pas si ignorant de ce que cela impliquait qu'il veut bien le dire.

Ainsi, de l'entretien qui s'est tenu avec l'intimée en 28 mai 2019, il est ressorti qu'il avait connaissance de la définition d'une activité lucrative indépendante. Bien qu'il ait alors nié en remplir les critères, il a pourtant reconnu qu'il était son propre patron, qu'il prenait les décisions, notamment quant à sa rémunération, qu'il était le seul actionnaire et supportait seul le risque d'entreprise. Dans ses conditions, le recourant ne pouvait nier qu'à tout le moins, le doute subsistait sur sa prétendue qualité d'employé et l'on pouvait attendre de sa part qu'il éclaire ce point. Il a préféré conclure un contrat pour deux collaborateurs et bénéficiaire ainsi d'une assurance à un prix inférieur à celui que lui aurait coûté une assurance privée pour indépendant, prenant ainsi un risque que l'on peut qualifier de négligence grave.

A ces éléments s'ajoute le fait troublant que le recourant ait annoncé, lors de l'accident, un salaire substantiellement plus important que celui ressortant des autres éléments au dossier, dont il n'a pas réussi à démontrer la réalité. Si les fiches de salaire (non datées) produites en cours de procédure font état d'un versement mensuel de CHF 10'000.- reçu en main propre, il ressort cependant de l'extrait du compte individuel AVS (CI) qu'aucun gain n'a été perçu entre 2012 et mi-2014 et que le gain AVS a significativement augmenté entre 2015 et 2017. D'ailleurs, le gain pour l'année 2017 n'a été déclaré qu'en date du 1^{er} novembre 2018 seulement, soit presque une année après l'accident du 4 décembre 2017. En outre, s'agissant du calcul des primes, la proposition du 8 avril 2015 faisait état d'une somme des salaires de CHF 36'000.-. Enfin, le 10 mars 2016, l'assuré a annoncé une somme de salaires de CHF 45'000.- pour la période du 7 avril au 31 décembre 2015. Quant aux déclarations fiscales de l'assuré pour les années

2015 à 2017, elles font état d'un revenu brut de CHF 60'000.- en 2015, de CHF 70'000.- en 2016 et de CHF 120'000.- en 2017, mais ont été complétées suite à la demande de l'intimée et la dernière taxation fiscale disponible, datant de 2014, est une taxation d'office. Devant ces incohérences, tout comme l'intimée, l'OAI est également parvenu à la conclusion qu'il était impossible de déterminer de manière fiable le revenu effectif avant invalidité. Force est de constater que l'instruction n'a pas permis de démontrer la réalité du montant de CHF 10'000.- correspondant au salaire mensuel prétendument versé l'année de l'accident.

Il ressort de ce qui précède que le recourant savait – ou aurait au moins dû savoir – qu'il devait être considéré comme indépendant plutôt que comme employé, d'autant qu'il avait déjà cotisé durant plusieurs années en qualité de personne de condition indépendante, d'une part, et qu'il a opportunément annoncé un montant de salaire substantiellement plus élevé que les années précédant l'année de l'accident, sans pouvoir en démontrer la réalité, d'autre part. Dans ces conditions, la Cour de céans considère que l'on pouvait raisonnablement attendre du recourant, au bénéfice d'une augmentation de ses revenus alors qu'il ne travaillait plus, qu'il se doute qu'il n'y avait pas droit.

Quelle que soit l'argumentation du recourant, quant à son manque de connaissances ou à ce qu'il pouvait imaginer, il n'en reste pas moins que l'on revient, inexorablement, au constat qu'une personne capable de discernement, dans une situation identique et dans les mêmes circonstances, n'aurait pas manqué de reconnaître le caractère insolite de la situation et aurait dû la clarifier.

Au regard de ces éléments et de l'importance des montants perçus, sans droit, chaque mois, ainsi que de la durée pendant laquelle le recourant a profité de ces montants indus, sa faute ne peut être considérée comme légère et sa bonne foi ne peut être reconnue.

En conséquence, le recours est rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le