

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 décembre 2018

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral, juge, et Mme Feusi, assesseure
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Y._____, à **V.**_____, recourant, représenté par Me Claude-Alain Boillat,
avocat à Morges,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 25 et 53 al. 1 LPGA ; 46 al. 2 LAA

E n f a i t :

A. a) Y._____, né en 1972, dispose d'une formation de mécanicien automobile.

Le 16 mars 1998, il a été victime d'un accident de snowboard qui a provoqué d'importantes lésions à son poignet droit (dissociation scapho-lunarienne associée à une arthrose débutante). Les suites de cet accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Dans le cadre de l'examen de la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée à la suite de cet accident, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a considéré que l'assuré présentait une incapacité totale de travailler dans son activité habituelle de mécanicien automobile et lui a alloué une mesure de reclassement professionnel, sous la forme d'un stage pratique dans la représentation et la vente auprès de l'entreprise B._____ SA. De l'avis de l'office AI, l'assuré était en mesure à l'issue de cette mesure de postuler valablement en tant que représentant ou technico-commercial dans une entreprise de fourniture d'outillage ou de machines pour les entreprises du bâtiment ou du génie civil ou pour la branche automobile et était désormais à même de réaliser un revenu annuel de 73'417 fr. (alors qu'il réalisait, sans atteinte à la santé, un revenu annuel de 58'500 fr. dans son ancienne activité de mécanicien sur automobiles). Fort de ce qui précède, l'office AI a constaté la réussite de la mesure de reclassement et classé le dossier de l'assuré (décision du 27 janvier 2003).

Dans l'intervalle, la CNA avait, par décision du 17 octobre 2002, versé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 14'580 fr., tout en refusant de lui allouer une rente d'invalidité, motifs pris que les conditions légales n'étaient pas réalisées.

b) Au cours de l'année 2002, Y._____ a travaillé pour le compte d'une entreprise d'échafaudages, avant de s'installer comme indépendant afin de s'occuper de la gestion de différentes affaires commerciales. Au mois de juillet 2010, il a créé sa propre entreprise sous l'enseigne « W._____ Sàrl » dont il est devenu le salarié.

c) Le 24 septembre 2011, Y._____ a fait une chute de trampoline et s'est blessé une nouvelle fois au poignet droit (déchirure complète du ligament scapho-lunaire, associée à une importante chondropathie radio-carpienne et luno-capitatum correspondant à une anomalie du SLAC wrist de stade III), blessure qui a nécessité une intervention chirurgicale sous la forme d'une résection du scaphoïde droit et d'une arthrodèse des quatre os du carpe.

La CNA a pris en charge les suites de cet accident au titre de rechute de l'accident subi le 16 mars 1998 et versé des prestations (traitement médical et indemnités journalières) jusqu'au 4 mars 2014.

Par décision du 5 mars 2015, confirmée sur opposition le 18 juin 2015, la CNA a refusé tout droit supplémentaire à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents.

Par arrêt du 15 novembre 2016, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition du 18 juin 2015 (cause AA 79/15).

d) Par décision du 2 décembre 2016, confirmée sur opposition le 9 mars 2017, la CNA a réclamé à Y._____ la restitution d'un montant de 202'189 fr. 65 correspondant aux indemnités journalières versées pour la période du 16 janvier 2012 au 31 janvier 2014. La CNA estimait que l'activité exercée sous l'enseigne « W._____ Sàrl » ainsi que le salaire déclaré dans le cadre de l'annonce de rechute étaient en réalité fictifs. Il ressortait du dossier pénal constitué par le Ministère public de l'arrondissement de Z._____ dans le cadre d'une procédure ouverte à

l'encontre de l'assuré que celui-ci s'était adonné – avant la rechute et durant la période d'incapacité indemnisée – à des activités illégales qui n'étaient pas assurées par la CNA. En l'absence d'une quelconque activité assurée par la CNA, l'assuré n'avait pas droit à l'allocation d'une indemnité journalière dans le cadre de la rechute annoncée.

B. a) Par acte du 10 avril 2017, Y._____, représenté par Me Claude-Alain Boillat, avocat à Morges, a déféré la décision sur opposition de la CNA du 9 mars 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée. Contrairement à ce que soutenait la CNA, rien ne permettait d'arriver à la conclusion que les activités de garagiste exercées à l'enseigne de « W._____ Sàrl » étaient fictives. Il ressortait des bilans, comptes de pertes et profits et décomptes de caisse pour les années 2011 à 2013, des certificats de salaire pour les années 2011 à 2013 ainsi que des déclarations des salaires versés par l'employeur ou à son personnel pour les années 2011 à 2013 qu'il exerçait effectivement une activité lucrative en qualité de salarié au sein de l'entreprise susmentionnée.

b) Dans sa réponse du 22 mai 2017, la CNA a proposé le rejet du recours. Elle considérait, d'une part, que Y._____ n'avait pas rendu vraisemblable qu'il avait réellement exercé l'activité pour laquelle il était assuré et, d'autre part, qu'il avait fourni, dans le but de percevoir des indemnités journalières plus élevées que celles auxquelles il avait droit, des renseignements qu'il savait être faux, dès lors qu'il devait pertinemment savoir que sa société ne générait pas un chiffre d'affaires suffisamment important pour honorer le salaire qu'il avait fictivement fixé. Dès lors que le dol de l'assuré devait être reconnu, elle était fondée à refuser de lui verser des indemnités journalières. Dans la mesure où elle avait découvert des faits nouveaux importants et constaté les faits de manière manifestement erronée sur la base de la déclaration de sinistre de l'assuré, elle était fondée à lui réclamer la restitution de l'intégralité des prestations qu'il avait indûment perçues.

c) Dans ses déterminations du 7 juillet 2017, Y._____ a indiqué n'avoir pas d'explications ou de pièces complémentaires à fournir.

d) Le 12 septembre 2017, le Juge instructeur a requis de Y._____ la production des copies de l'ensemble des factures établies par la société « W._____ Sàrl » au cours de l'année 2011, ainsi que tout document permettant d'établir les démarches entreprises par la société « W._____ Sàrl » pour s'inscrire à la TVA.

e) Malgré l'octroi de plusieurs prolongations de délai, Y._____ n'a pas donné suite à la requête du Juge instructeur.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur la restitution d'un montant de 202'189 fr. 65 correspondant aux indemnités journalières versées au recourant durant la période du 16 janvier 2012 au 31 janvier 2014.

3. a) Aux termes de l'art. 25 al. 1, 1^{ère} phrase, LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées.

b) L'obligation de restituer suppose que soient réunies les conditions d'une reconsidération (caractère sans nul doute erroné de la décision et importance notable de la rectification) ou d'une révision procédurale de la décision par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5.2 et les références).

aa) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision 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. Sont "nouveaux" au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références; TF 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

bb) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité

juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« *zweifellos unrichtig* »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

c) Aux termes de l'art. 25 al. 2 LPGA, le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation (1^{ère} phrase) ; si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant (2^e phrase). Il s'agit de délais (relatif et absolu) de péremption, qui doivent être examinés d'office (ATF 133 V 579 consid. 4.1; 119 V 431 consid. 3a).

Selon la jurisprudence, le délai de péremption relatif d'une année commence 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 (ATF 122 V 270 consid. 5a). L'administration doit disposer de tous les éléments qui sont décisifs dans le cas concret et dont la connaissance fonde - quant à son principe et à son étendue - la créance en restitution à l'encontre de la personne tenue à restitution (ATF 111 V 14 consid. 3). Si l'administration dispose d'indices laissant supposer l'existence d'une créance en restitution, mais que les éléments disponibles ne suffisent pas encore à en établir le bien-fondé, elle doit procéder, dans un délai raisonnable, aux

investigations nécessaires. A défaut, le début du délai de péremption doit être fixé au moment où elle aurait été en mesure de rendre une décision de restitution si elle avait fait preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. Dans tous les cas, le délai de péremption commence à courir immédiatement s'il s'avère que les prestations en question étaient clairement indues (TF 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 4.2; K 70/06 du 30 juillet 2007 consid. 5.1 et les références, in SVR 2008 KV n° 4 p. 11).

4. En premier lieu, il y a lieu d'examiner à quel titre la restitution des indemnités journalières allouées au recourant peut être demandée.

a) Il convient de constater, sans plus ample examen, que les conditions d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA ne sont pas réalisées en l'espèce ; au regard des informations dont l'intimée disposait au moment où elle a accepté d'allouer des indemnités journalières au recourant (cf. communication du 4 octobre 2011), la décision consistant à allouer des prestations pour les suites de l'événement survenu le 24 septembre 2011 n'apparaissait pas manifestement erronée.

b) Dans les faits, l'intimée a considéré qu'il existait un motif de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Eu égard aux activités illégales auxquelles le recourant s'adonnait, il n'était pas possible d'admettre que celui-ci puisse exercer une activité de garagiste à son compte, ce d'autant que dite activité n'était plus exigible médicalement au vu des séquelles de son premier accident au poignet. De plus, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal avait, dans l'arrêt qu'elle avait rendu dans la cause AA 79/15 - 120/2016, qualifié de fictif le salaire allégué dans le cadre de la rechute. Sur le vu de ces éléments, il convenait de retenir que le recourant avait fait une fausse déclaration de rechute.

5. a) En l'état du dossier, l'intimée ne saurait être suivie lorsqu'elle soutient, de façon péremptoire, que le recourant n'exerçait aucune activité de garagiste à son compte. Si les activités illégales

auxquelles le recourant était accusé de s'adonner (participation à un trafic de stupéfiants) et de sérieuses réserves quant à la véracité de la comptabilité commerciale relative à l'exercice 2011 de « W._____ Sàrl » pouvaient effectivement susciter des doutes quant à la réalité de cette activité professionnelle, force est de constater que l'intimée s'est abstenue, tout au long de la procédure, d'étayer ses soupçons par des éléments de preuve objectifs. Sur la base des documents versés au dossier, il n'est nullement exclu que le recourant exerçât une activité de garagiste en parallèle de ses activités illégales. Cette question peut néanmoins souffrir de rester indécise.

b) Dans l'arrêt CASSO AA 79/15 - 120/2016 du 15 novembre 2016, aux considérants duquel il y a lieu de renvoyer, la Cour de céans a constaté que le recourant, en alléguant qu'il percevait, avant la survenance de l'invalidité, un salaire annuel brut de 123'600 fr., avait annoncé un montant annuel de rémunération qu'il y avait lieu de qualifier de fictif. En résumé, elle a retenu que le recourant n'était pas en mesure - eu égard à la capacité économique et financière de « W._____ Sàrl » telle qu'elle ressortait de la comptabilité produite - de réaliser le salaire allégué, mais tout au plus - dans le scénario le plus optimiste - un revenu annuel brut de 50'000 fr. environ (correspondant au bénéfice brut d'exploitation de 60'000 fr., diminué des charges non prises en considération [env. 10'000 fr.]). En procédant de la sorte, le recourant s'était fait l'auteur d'une fausse déclaration. Il s'agit à l'évidence d'un fait nouveau important au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA justifiant la révision de la décision de prestations.

6. a) Selon l'art. 46 al. 2 LAA, l'assureur peut réduire de moitié toute prestation si, par suite d'un retard inexcusable dû à l'assuré ou à ses survivants, il n'a pas été avisé dans les trois mois de l'accident ou du décès de l'assuré ; il peut refuser la prestation lorsqu'une fausse déclaration d'accident lui a été remise intentionnellement.

b) L'art. 46 al. 2 LAA permet à l'assureur de réduire ou de refuser les prestations à titre de sanction en cas de fausses informations

données intentionnellement. Cette disposition vise à réprimer un comportement dolosif tendant à obtenir de l'assurance plus que ce à quoi l'on aurait droit (ALEXANDRA RUMO-JUNGO, Die Leistungskürzung oder -verweigerung gemäss Art. 37-39 UVG, 1993, p. 13 ; GHÉLEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA], 1992, p. 176 ; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1989, pp. 239-240). Ainsi, n'importe quelle fausse information contenue dans la déclaration d'accident suffit, dès lors qu'elle conduit à l'octroi de prestations d'assurance plus élevées que celles auxquelles la personne assurée aurait droit conformément à la situation effective. Tombe sous le coup de cette disposition la déclaration intentionnelle d'un salaire trop élevé, lorsque cela conduit au versement de prestations en espèces fixées sur la base d'un gain assuré trop élevé. L'assureur doit examiner une telle éventualité pour chaque prestation en particulier en respectant l'interdiction de l'arbitraire, ainsi que les principes de l'égalité de traitement et de la proportionnalité. Une condamnation pénale, en particulier pour escroquerie, n'est pas une condition nécessaire pour faire usage de l'art. 46 al. 2 LAA (ATF 143 V 393 consid. 6.2 et 7.3 ; TF 8C_68/2017 du 4 septembre 2017 consid. 4.3).

c) Comme on l'a vu, en alléguant qu'il percevait, avant la survenance de l'invalidité, un salaire annuel brut de 123'600 fr., alors même que la capacité économique et financière de « W._____ Sàrl » telle qu'elle ressortait de la comptabilité produite permettait d'envisager tout au plus – dans le scénario le plus optimiste – un revenu annuel brut de 50'000 fr. environ, le recourant s'est fait l'auteur d'une fausse déclaration destinée à obtenir des prestations d'assurance auquel il ne pouvait raisonnablement prétendre, justifiant l'application de l'art. 46 al. 2 LAA.

d) Fort de ce constat, la restitution des indemnités journalières perçues pour un montant de 202'189 fr. 65 est conforme au droit, étant précisé que l'intimée a respecté le délai de péremption d'une année fixé à l'art 25 al. 2 LPGA et que sa démarche respecte le principe de proportionnalité, puisqu'elle a renoncé à réclamer la restitution des prestations en nature déjà versées.

7. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Le présent arrêt est rendu sans frais, vu la gratuité de la procédure (cf. art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD). Au vu de l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Claude-Alain Boillat (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Compte tenu de la difficulté de la cause et des opérations nécessaires pour la conduite du procès, il convient de fixer l'indemnité de Me Boillat à 1'200 fr., TVA comprise.

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC ; 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 9 mars 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Claude-Alain Boillat est arrêtée à 1'200 fr. (mille deux cents francs), TVA et débours compris.
- V. Le recourant est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Claude-Alain Boillat, avocat (pour Y. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :