

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 janvier 2020

---

Composition : M. PIGUET, juge unique  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à S.\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Yero Diagne, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 9 Cst. ; 25 al. 2 LPGA**

**E n f a i t :**

**A. a)** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, travaillait en qualité de plâtrier pour le compte de la société J.\_\_\_\_\_ & Cie à D.\_\_\_\_\_ ; il était assuré à ce titre contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

**b)** Le 7 décembre 2011, K.\_\_\_\_\_ a chuté d'une échelle et s'est fracturé le bord externe de la rotule gauche, fracture qui a fait l'objet d'une ostéosynthèse le 8 décembre 2011.

Par décisions des 4 mars et 13 juillet 2015, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015 à une rente d'invalidité de 16 % ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.

**c)** Le 27 août 2015, K.\_\_\_\_\_ a chuté sur son épaule gauche après avoir glissé sur du plâtre frais ; il a subi une déchirure du tendon du sus-épineux, déchirure qui a fait l'objet d'une prise en charge chirurgicale le 27 novembre 2015.

Le 7 septembre 2015, la CNA a informé la société J.\_\_\_\_\_ & Cie que, à la suite de l'accident du 27 août 2015, K.\_\_\_\_\_ avait droit à une indemnité journalière dès le 30 août 2015.

Le 4 octobre 2017, la CNA a fait savoir à K.\_\_\_\_\_ qu'elle comptait mettre un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2017 au soir, au motif qu'il n'avait plus besoin de traitement médical spécifique.

Par décision du 25 octobre 2017, confirmée sur opposition le 11 janvier 2018, la CNA a reconnu à l'assuré pour les séquelles accidentelles causales le droit à une rente d'invalidité de 16 % ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %.

**B.** Par arrêt du 29 août 2019 (cause n° AA 34/18 - 111/2019), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par K. \_\_\_\_\_ contre la décision sur opposition du 11 janvier 2018, estimant qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de la comparaison des revenus opérée par la CNA, si bien qu'il convenait de confirmer le taux d'invalidité de 16 %.

**C.** Par décision du 12 février 2018, la CNA a réclamé à K. \_\_\_\_\_ la restitution d'un montant de 24'893 fr. 05, correspondant à des indemnités journalières versées à tort pour la période du 30 août 2015 au 31 octobre 2017, au motif que les indemnités avaient été calculées sur un taux d'activité de 100 % alors qu'il était en réalité de 80 %.

K. \_\_\_\_\_ s'est opposé à cette décision en date du 13 mars 2018. Tout en ne contestant pas le montant réclamé, il a fait valoir que le droit de réclamer la restitution était périmé, la CNA ayant eu connaissance de son taux réel d'activité dès le 2 septembre 2015, date à laquelle elle avait été informée de l'accident survenu le 27 août précédent. Le délai de péremption d'une année ayant commencé à courir dès septembre 2015, la décision de restitution du 12 février 2018 était donc tardive. Il s'est par ailleurs prévalu de sa bonne foi et de la précarité de sa situation financière pour demander la remise de l'obligation de restituer.

Par décision sur opposition du 29 mars 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré en exposant notamment ce qui suit :

En l'occurrence, c'est lors de l'examen du droit à la rente d'invalidité alors que l'état de santé avait été considéré comme stabilisé suite au second accident en cause que la Suva a constaté l'erreur commise lors du calcul du droit à l'indemnité journalière (calcul initial pour une activité exercée à 100%) à l'annonce de l'accident, en particulier lorsque la Suva s'est adressée à l'employeur pour recueillir les éléments de salaires que l'assuré aurait perçu s'il n'y avait pas eu le second accident. Cela ressort notamment du courrier daté du 29 juin 2017 du collaborateur de la Suva Lausanne qui a repris les données énoncées sur la déclaration-accident (travail exercé à 80% uniquement, selon la déclaration initiale du 2 septembre 2015, repris dans la lettre du 29 juin 2017). Elle a agi dans le délai d'une année depuis la constatation de l'erreur commise, en notifiant le 12 février 2018 la décision litigieuse, après avoir requis quelques renseignements complémentaires à

l'employeur, utiles pour prendre la décision formelle, objet de la présente décision.

Certes, l'opposant relève que ce fait (travail à 80%) découlait de la déclaration d'accident initiale. Ce fait n'est pas contesté par la Suva. En revanche, l'on doit observer qu'il émanait de cette même déclaration de sinistre une autre information déterminante, celle qui a fondé le calcul initial de l'indemnité journalière, à savoir que l'horaire de travail du blessé était de 41 heures par semaine et que l'horaire de travail de l'entreprise était également de 41 heures par semaine. Pour cette raison, la Suva est partie du postulat d'un emploi à 100%. Il faut relever que la Suva est amenée à prononcer nombre de décisions (formelle ou informelle) et qu'en matière de calcul de l'indemnité journalière en particulier il ne peut pas être exigé d'elle qu'elle recontacte chaque employeur pour s'assurer que toutes les données figurant dans l'annonce de sinistre sur le formulaire habituel sont correctes, respectivement entièrement correctes. La Suva était en droit de se fonder sur l'information selon laquelle l'horaire de travail du blessé était de 41 heures par semaine, respectivement qu'il s'agissait d'un horaire de travail complet au sein de l'entreprise. Avec le recul, il s'avère qu'il s'est agi d'une erreur, qu'il faut qualifier de manifeste, dans le cadre de cette procédure.

**D.**           **a)** Par acte du 3 mai 2018, K.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition du 29 mars 2018 devant la Cour de céans concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'il est renoncé à toute restitution, subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à la CNA pour nouvelle décision. Dans un premier moyen, l'assuré a expliqué que, dans la mesure où la déclaration de sinistre du 2 septembre 2015 confirmait qu'il travaillait à 80 %, le délai d'une année pour demander la restitution de prestations versées à tort avait commencé à courir dès la réception de ce document. En demandant la restitution par décision du 12 février 2018, le droit de la CNA était périmé. Il a ajouté que si, à la lecture de la déclaration de sinistre, la CNA avait éprouvé des doutes quant à son taux d'activité réel, il lui appartenait de les lever dès sa réception. Au demeurant, elle ne pouvait ignorer qu'il travaillait à 80 % dès lors qu'elle lui versait une rente d'invalidité de 16 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015. Dans un second moyen, l'assuré a invoqué le principe de la protection de la bonne foi en faisant valoir que les conditions le protégeant dans sa confiance légitime à l'égard de l'administration étaient réunies, de sorte que cette dernière était tenue de lui consentir un avantage, même contraire à la réglementation en vigueur.

**b)** Dans sa réponse du 4 juillet 2018, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a indiqué qu'il ressortait clairement de la déclaration de sinistre du 2 septembre 2015 que l'assuré travaillait 41 heures par semaine, soit à un taux de 100 %. Elle s'était donc fondée à bon droit sur ce document pour effectuer ses calculs. Cela étant, le fait que l'intéressé percevait une rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015 n'était pas déterminant car elle ne pouvait sans autre se référer à des données concernant des périodes différentes.

**c)** Par réplique du 16 août 2018, K.\_\_\_\_\_ a souligné que la CNA ne saurait se fonder sur la déclaration d'accident du 2 septembre 2015 pour soutenir qu'il travaillait à 100 %. Au contraire, elle indiquait à la fois un horaire de travail de 41 heures et un taux d'activité de 80 %, ce qui laissait subsister un doute qu'il incombait à l'administration de lever dès sa réception. L'assuré était par ailleurs d'avis que le versement d'une rente d'invalidité partielle excluait l'existence d'un taux d'activité de 100 % dans l'ancienne activité. Il a déclaré confirmer les conclusions de son recours.

**d)** Dupliquant en date du 5 octobre 2018, la CNA a précisé qu'il était erroné de prétendre que le versement d'une rente d'invalidité partielle implique un taux d'activité partiel. L'incapacité de travail et l'incapacité de gain étant deux concepts différents, il était possible qu'un assuré au bénéfice d'une rente de l'assurance-accidents ait été employé à temps complet. Elle a derechef conclu au rejet du recours.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition

n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**c)** Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige a pour objet la restitution de prestations de l'assurance-accidents, singulièrement la question de savoir si le droit de demander la restitution est périmé.

**3.** Sur le fond, le recourant ne conteste pas le montant de la créance en restitution. Il estime en revanche que le droit de demander la restitution est périmé.

**4. a)** Aux termes de l'art. 25 al. 2 LPGA, le droit de demander la restitution des prestations indûment touchées 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 ; si la créance naît d'un acte punissable, pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant. Il s'agit là de délais - relatif et absolu - de péremption qui doivent être examinés d'office (ATF 140 V 521 consid. 2.1).

**b)** 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 140 V 521 consid. 2.1 ; 139 V 6 consid. 4.1). 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 140 V 521 consid. 2.1 ; 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 8C\_218/2015 du 7 septembre 2015 consid. 3.2 et la référence).

**5. a)** En l'occurrence, il n'est pas contestable que l'intimée a commis une erreur en calculant le montant des indemnités journalières dues au recourant, erreur portant sur le taux d'occupation de ce dernier. Même s'il y a lieu d'admettre que l'intimée disposait d'entrée de cause de tous les éléments nécessaires pour rendre une décision conforme au droit en vigueur, force est de considérer que le délai de péremption d'une année n'a pas commencé à courir à l'époque où l'intimée a, par erreur, commencé à verser ses prestations au recourant, mais bien au moment où l'intimée a découvert cette erreur (cf. TFA C 68/01 du 3 juillet 2002 consid. 4). On ne saurait en effet exiger d'un assureur social, après avoir statué une première fois, qu'il s'adonne encore lors de chaque versement périodique des indemnités journalières à une vérification approfondie des conditions matérielles du droit aux prestations des assurés.

**b)** En l'espèce, l'intimée a eu connaissance des faits pouvant justifier – quant à son principe et à son étendue – la restitution des prestations qu'elle avait allouées à tort au moment où elle a débuté l'examen du droit à la rente d'invalidité du recourant et recueilli les informations nécessaires à l'examen de la situation. Cela ressort du courrier daté du 29 juin 2017, par lequel l'intimée a sollicité de l'employeur du recourant des renseignements économiques sur l'activité

précédemment exercée par son collaborateur en se référant expressément à une activité exercée à 80 %. Même si l'intimée a par la suite requis des renseignements complémentaires auprès de l'employeur, il convient d'admettre que le délai d'une année pour exiger la restitution des prestations indûment perçues a commencé à courir le 30 juin 2017 et s'est périmé le 29 juin 2018. En requérant la restitution par décision du 12 février 2018, l'intimée n'a pas agi tardivement.

**c)** Le grief tiré de la péremption de la créance en restitution de l'intimée doit par conséquent être rejeté.

**6.** Le recourant invoque encore une violation par l'intimée du principe de la bonne foi.

**a)** Ancré à l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi exige que l'administration et les administrés se comportent réciproquement de manière loyale. En particulier, l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et elle ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. A certaines conditions, le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci (ATF 131 V 472 consid. 5 et les références citées). De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou espérance légitime (ATF 143 V 341 consid. 5.2.1). Plus largement, le principe de la bonne foi s'applique lorsque l'administration crée une apparence de droit, sur laquelle l'administré se fonde pour adopter un comportement qu'il considère dès lors comme conforme au droit (TF 6B\_659/2013 du 4 novembre 2013 consid. 3.1 et la référence citée).

D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 143 V 341 consid. 5.2.1 et les références citées).

**b)** Les conditions cumulatives (ATF 121 V 66 consid. 2a et les références) permettant à l'administré d'être protégé dans sa bonne foi ne sont en l'occurrence pas réalisées. En particulier le recourant ne prétend pas avoir été amené à prendre des dispositions préjudiciables sur lesquelles il ne peut pas revenir et rien au dossier ne permet d'admettre que tel a été le cas. Il ne saurait donc bénéficier de la garantie constitutionnelle du droit à la protection de la bonne foi.

**c)** Le moyen tiré d'une violation du principe de la bonne foi doit par conséquent également être rejeté.

**8. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,**

**le juge unique  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 29 mars 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Yero Diagne, avocat (pour K. \_\_\_\_\_),
- 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 :