

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 mars 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Michel Dupuis, avocat à
Lausanne,

et

I._____, à [...], intimée, représentée par Me Patrick Moser, avocat à
Lausanne.

Art. 25, 26 al. 2 et 53 LGA.

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1947, [...], était assuré pour les risques d'accidents professionnels et non professionnels auprès d'I._____ (ci-après : I._____ ou l'intimée).

B. Par déclaration d'accident du 11 novembre 2013, l'assuré a informé I._____ que le 7 novembre 2013, il avait glissé et chuté dans une rivière. Il a fait état d'une fracture de la colonne vertébrale et de la main droite, d'une blessure sur la tête et de contusions diverses.

I._____ a pris en charge le cas et a versé à l'assuré des indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2015.

Dans le cadre de l'instruction du cas, I._____ a confié la réalisation d'une expertise de l'assuré au Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main. Dans son rapport du 2 décembre 2015, le Dr Z._____ a posé les diagnostics suivants :

- « - Limitation fonctionnelle peu douloureuse du pouce droit.
- Status après aponévrotomie pour brides de Dupuytren de la 1^{ère} commissure de la main droite le 15.01.2015.
- Maladie de Dupuytren du 4^e rayon des deux mains, peu symptomatique.
- Status après trapézectomie droite pour rhizarthrose sévère le 18.02.2014 avec Sudeck secondaire transitoire.
- Status après fracture de Bennett de la base du 1^{er} métacarpien le 07.11.2013, ostéosynthésée le 19.11.2013 avec évolution favorable.
- Troubles dégénératifs avancés du rachis dorsal avec ancien tassement D2 et D4 et cyphose dorsale haute, peu symptomatique.
- Omarthrose droite peu symptomatique.
- Gonarthrose droite peu symptomatique. »

Le Dr Z._____ a précisé que la limitation fonctionnelle du pouce droit était la seule ayant une répercussion significative sur la capacité de travail de l'assuré. Selon lui, elle était présente depuis l'accident du 7 novembre 2013, mais n'était plus en lien de causalité

naturelle avec ce dernier. Le Dr Z. _____ a en outre répondu comme suit aux questions d'l. _____ :

« [...]

5. Quelles sont précisément et pour les seules suites de l'accident survenu le 07.11.2013 les limitations fonctionnelles présentées par M. P. _____ ?

La seule lésion anatomique objectivable certainement consécutive à l'accident du 07.11.2013 est la fracture de Bennett (fracture intraarticulaire simple de la base du 1^{er} métacarpien). Cette fracture a été réduite et ostéosynthésée avec succès avec une consolidation définitivement acquise aux radiographies de contrôle du 06.02.2014 avec comme seules séquelles un minuscule décalage inframillimétrique de la surface articulaire de la base du 1^{er} métacarpien.

Cependant, l'articulation trapézo-métacarpienne était déjà le siège d'une arthrose préexistante majeure de même que l'articulation scapho-trapézo-trapézoïdienne dans le cadre d'une rhizarthrose avancée. Dès lors, à partir de cette date, les séquelles mineures de l'accident ne jouent plus de rôle significatif dans le cadre de l'état pathologique préexistant massif.

Le statu quo sine a donc été retrouvé au plus tard après 3 mois. L'état actuel de la main droite de ce patient est consécutif aux lésions dégénératives qui ont été opérées le 18.02.2014 (rhizarthrose) et le 15.01.2015 (Dupuytren).

6. Etat antérieur

6.1. La personne assurée souffrait-elle avant l'accident de maladie, d'états préexistants malades ou d'autres états étrangers à l'accident ou suites d'accidents antérieurs ?

Oui, ce patient présentait avant l'accident du 07.11.2013 diverses atteintes dégénératives, notamment une rhizarthrose droite avancée, une omarthrose droite, une spondylarthrose étagée avec de probables anciens tassements de D2 et D4 et une gonarthrose interne droite débutante.

De plus, il souffre d'une maladie de Dupuytren des deux mains.

7. Causalité naturelle

7.1. Les constatations sont-elles certainement, avec vraisemblance prépondérante ou seulement de façon possible en relation de causalité naturelle avec l'accident ?

Les constatations actuelles au niveau de la main droite ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'accident du 07.11.2013 pour les raisons déjà développées en réponse à la question 5.

Début février 2014, la fracture de Bennett pouvait être considérée comme guérie, sans séquelle significative dans le contexte global de

la main droite de ce patient et les douleurs du dos avaient également disparu à cette époque.

L'intervention chirurgicale du 18.02.2014 n'a pas été faite pour les suites de l'accident, mais pour la rhizarthrose préexistante. Elle s'est malheureusement compliquée d'une maladie de Sudeck transitoire et de la survenue de brides de Dupuytren gênantes qui sont seules responsables de l'état résiduel de la main droite.

7.2. Pouvez-vous nous dire - pour autant que des séquelles de l'accident puissent être au moins prouvées selon le degré de la vraisemblance prépondérante - si des maladies, des états préexistants maladifs ou autres état étrangers à l'accident ou suites d'accidents antérieurs jouent aussi un rôle ? Dans l'affirmative, de quoi s'agit-il ? Importance en %?

Oui, la rhizarthrose droite préexistante de ce patient était déjà un état précaire avancé de la base de son pouce droit dont la symptomatologie aurait pu débiter à n'importe quel moment, soit par la dynamique de l'affection elle-même, soit en réponse à un traumatisme bénin tel qu'une contusion ou d'une fracture peu déplacée.

La maladie de Dupuytren bilatérale est également une affection purement malade que le patient présente aux 1^{er} et 4^e rayons des deux mains, ce qui a contribué à péjorer l'état du 1^{er} rayon de la main droite malgré l'opération du 15.01.2015.

Il faut donc considérer que la rhizarthrose préexistante comme maladie de Dupuytren joue un rôle exclusif dans l'état résiduel du pouce droit et que les suites directes de l'accident ne jouent plus aucun rôle.

7.3. Pour autant que des maladies, des états préexistants maladifs ou d'autres états étrangers à l'accident ou suites d'accidents antérieurs selon chiffre 5.2 soient incriminés, peut-on considérer que le statu quo ante (même état qu'avant l'accident) ou le statu quo sine (même état que celui qui serait vraisemblable si la pathologie ou l'état préexistant avait suivi un cours irréversible et progressif, sans l'intervention de l'accident) a été retrouvé avec vraisemblance prépondérante ou à quel moment sera-t-il atteint selon vos prévisions ?

Pour les raisons développées ci-dessus, il faut considérer que le statu quo sine de l'accident du 07.11.2013 a été retrouvé au plus tard après 3 mois.

[...] »

Pour le Dr Z._____, les questions sur l'incapacité de travail, l'exigibilité, le traitement médical et l'atteinte à l'intégrité étaient sans objet vu que le *statu quo sine* avait été atteint.

Par courrier du 14 décembre 2015, I._____, se fondant sur le rapport du Dr Z._____, a considéré que l'état de santé tel qu'il aurait vraisemblablement été sans la survenance de l'accident, compte tenu de l'évolution classique de l'état préexistant (*statu quo sine*), avait été atteint au plus tard le 17 février 2014, soit à la veille de l'intervention chirurgicale du 18 février 2014. L'assurance expliquait notamment que c'était pour cette raison qu'elle avait pris en charge les prestations légales jusqu'à cette date et que les traitements au-delà de celle-ci n'étaient plus en rapport avec le sinistre annoncé.

Par courrier du 22 décembre 2015, l'assuré a contesté l'existence d'une affection préexistante à l'accident du 7 novembre 2013, précisant que sa main ne l'avait jamais fait souffrir avant cet événement et qu'il pouvait jusque-là utiliser celle-ci sans restriction dans toutes les situations.

Par décision du 5 janvier 2016, I._____ a mis fin à ses prestations au 17 février 2014, pour les raisons indiquées dans son courrier du 14 décembre 2015. La troisième page de cette décision avait la teneur suivante (sic) :

« Veuillez, vous annoncer auprès de l'assurance-maladie compétente pour la prise en charge des traitements ultérieurs.

Quant à l'incapacité de travail présentée, nous vous rappelons avoir versé les indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2015, soit bien au-delà de nos obligations. Dans ce contexte, nous restons dans l'attente des coordonnées de votre assureur perte de gain maladie afin d'examiner les possibilités de remboursement par cet assureur.

Nous adressons également copie de la présente, à K._____, à qui nous demanderons le remboursement des frais médicaux indemnisés à tort.

Ce courrier équivaut à une décision au sens de l'art. 49 LPGA.

Cette décision entrera en force si, dans les 30 jours dès sa notification, aucune opposition motivée n'est déposée à l'adresse susmentionnée, à la Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse. A noter qu'une éventuelle opposition n'aura pas d'effet suspensif. »

Le 1^{er} février 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, a formé opposition à l'encontre de cette décision, concluant à ce qu'I. _____ « prenne en charge toutes les prestations d'assurance LAA suite à l'accident survenu le 11 novembre 2013, notamment les opérations des 18 février 2014 et 15 janvier 2015 ainsi que le versement d'indemnités journalières jusqu'à ce jour ».

Par décision sur opposition du 18 mai 2016, I. _____ a rejeté l'opposition de l'assuré et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

C. Par acte du 16 juin 2016, l'assuré a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 18 mai 2016, concluant à sa réforme en ce sens que le rapport de causalité entre l'accident et ses affections soit reconnu et qu'I. _____ lui alloue, depuis son accident du 7 novembre 2013 et jusqu'à modification de sa situation, l'entier des frais de traitement, indemnités journalières et autres prestations contractuelles.

D. Une expertise judiciaire a été mise en œuvre par la Cour des assurances sociales et confiée à la Clinique G. _____. Les Drs V. _____, spécialiste en chirurgie de la main, et L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont examiné l'assuré respectivement les 27 octobre et 21 novembre 2017. Ils ont rendu leur rapport le 19 décembre 2017. Les parties se sont déterminées sur ce rapport dans le cadre d'un double échange d'écritures.

Par arrêt du 13 août 2018 (AA 64/16 - 94/2018), la Cour des assurances sociales a partiellement admis le recours de l'assuré et réformé la décision sur opposition rendue le 18 mai 2016 par I. _____, en ce sens que l'intéressé a droit aux prestations de l'assurance-accidents jusqu'au 13 juillet 2014. Des dépens en faveur de l'assuré, par 1'200 fr.,

ont été mis à la charge d'I._____. Le consid. 8 de cet arrêt a la teneur suivante :

« 8. En l'espèce, pour mettre fin à ses prestations, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr Z._____, lequel retient un *statu quo sine* au plus tard trois mois après l'accident du 7 novembre 2013. Elle a ainsi estimé que le *statu quo sine* avait été atteint au plus tard le 17 février 2014, soit la veille de la trapézectomie et de la suspension du premier métacarpien subies par le recourant. Ce dernier conteste le bien-fondé de cette expertise, estimant non seulement que celle-ci est lacunaire mais également qu'elle est contredite par les autres avis médicaux produits au dossier.

Afin de clarifier la situation, une expertise judiciaire bidisciplinaire en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur a été mise en œuvre.

Les experts ont examiné le recourant à deux reprises, les 27 octobre et 21 novembre 2017. Ils ont établi son anamnèse détaillée, listé ses plaintes, pris connaissance des pièces et décrit le contexte médical, procédant à une étude circonstanciée des points litigieux. Ils ont répondu de façon claire et dénuée de contradictions aux questions qui leur étaient posées, en prenant en particulier le soin de définir, pour chacun des diagnostics posés, si l'accident du 7 novembre 2013 avait été une cause certaine, probable, seulement possible ou exclue des troubles présentés par l'intéressé. Dans ces circonstances, on retiendra dès lors que l'expertise du 19 décembre 2017 remplit tous les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui accorder une pleine valeur probante.

Il ressort de cette expertise que le recourant présente un important état dégénératif préexistant à l'accident du 7 novembre 2013.

En particulier, s'agissant des troubles dorsaux, les radiographies du 9 novembre 2013 ont démontré la présence d'un tassement cunéiforme à petit côté antérieur de probablement D3 et D4 d'origine ancienne et ostéoporotique probable (cf. rapport du 12 décembre 2013 du Dr T._____ et CT-scan du 12 novembre 2013 mentionné par le Dr Z._____ dans son rapport en p 10 confirmant la présence de ces troubles dégénératifs). En outre, dans son rapport du 17 décembre 2013, la Dresse Q._____ a constaté la présence d'une scoliose dégénérative. Cette médecin précisait toutefois qu'au moment de son examen, soit le 21 novembre 2013, son patient se portait bien et que la percussion des vertèbres était peu douloureuse mais encore sensible. L'évolution de cette problématique était donc favorable. Quoi qu'il en soit, force est de constater que le recourant présentait des troubles dorsaux préexistants à l'évènement du 7 novembre 2013 ; les experts ont du reste bien indiqué que les troubles dégénératifs étagés (spondylarthrose) des disques intervertébraux et plateaux des vertèbres C4 à C7 sont sans lien de causalité avec l'accident, s'agissant de lésions en rapport avec l'âge ; cette dégénérescence était à l'origine de cervicalgies modérées avec discrète diminution de la mobilité cervicale (expertise, p.17). Si les fractures-tassements des plateaux des vertèbres D2 et D4 sont en lien de

causalité certain avec l'accident selon les Drs V. _____ et L. _____, en raison du choc axial survenu lors des faits, il n'existe désormais plus de trouble significatif en lien avec ce diagnostic, le *statu quo sine* ayant à cet égard été atteint le 7 février 2014. En particulier les douleurs notées à la palpation costale de l'état dorsal haut du côté gauche sont en lien avec la dégénérescence rachidienne dorsale préexistante, quand bien même une possible éventuelle participation d'algies résiduelles accidentelles ne pouvait pas être formellement exclue (cf. expertise, p. 17).

Au niveau du genou droit, les radiographies du 9 novembre 2013 ont permis d'exclure de quelconques lésions ostéo-articulaires traumatiques et ont notamment mis en exergue la présence d'une arthrose fémoro-patellaire débutante (cf. rapport du 12 novembre 2013 du Dr T. _____). Dans ce cadre, s'exprimant également sur les plaies du crâne et les contusions au thorax et des genoux, les experts ont noté qu'il n'existait plus de signe clinique en lien avec ces diagnostics (cf. expertise, p 17).

Concernant les douleurs à l'épaule droite, de l'avis du Dr N. _____, celles-ci résultent non pas de l'accident du 7 novembre 2013 mais d'un faux mouvement du recourant survenu au début du mois de février 2014 (cf. rapport du 7 juillet 2014). De surcroît, si le Dr R. _____ évoque une éventuelle lésion de la coiffe, il ne pose pas d'origine traumatique à cette atteinte (cf. son rapport du 7 février 2014). Or, pour pouvoir assimiler une lésion de la coiffe des rotateurs à un accident au sens de l'ancien l'art. 9 al. 2 OLAA (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), encore faut-il qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré, ce qui n'est en l'espèce nullement établi (cf. TF 8C_688 2015 consid. 3.1 et réf. cit.). A cela s'ajoute que les experts ont confirmé que la dégénérescence (omarthrose) de la surface articulaire de la cavité glénoïde de la scapula et de la tête de l'humérus droite est en lien de causalité non donné avec l'accident, s'agissant de lésions dégénératives d'installation lente sur des années. Ils ont noté que les troubles en lien sont constitués par des douleurs mécaniques typiques lors de l'utilisation de cette épaule, contre-résistance, avec petite perte d'amplitude en élévation, ainsi qu'en rotation externe et interne. Ils ont estimé que les douleurs mécaniques avec petite diminution d'amplitudes de l'épaule droite sont en lien de façon certaine avec des facteurs étrangers à l'accident. A cet égard, le rapport du 7 juin 2016 de la Dresse J. _____ dont se prévaut le recourant n'amène pas d'éléments nouveaux qui n'auraient pas été pris en considération, cette médecin se contentant de déclarer qu'avant l'accident, son patient ne l'avait jamais consulté pour des dorsolombalgies, et des douleurs de l'appareil locomoteur. Cette affirmation ne suffit toutefois pas à établir un lien de causalité avec l'accident du 7 novembre 2013, et relève au demeurant du raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » (supra consid. 4c). Les experts ont du reste conclu qu'au niveau de l'épaule droite, les troubles étaient entièrement dus à l'état antérieur dégénératif (cf. expertise p. 18).

Quant à l'arthrose STT, tous les médecins s'accordent à admettre que le lien de causalité avec l'accident est exclu, cette dégénérescence étant préexistante et demeurée asymptomatique (cf. expertise p. 16).

Les experts ont également constaté que pour les brides de Dupuytren sur les deux rayons D4 à droite et à gauche, le lien de causalité était exclu, car il s'agit d'un état antérieur non touché par le traumatisme (cf. expertise p. 16).

Il est constant que le recourant a subi le 19 novembre 2013 une ostéosynthèse pour une fracture de Bennett de la main droite puis, le 18 février 2014, une trapézectomie et une suspension du premier métacarpien de la main droite. Le Dr B._____, médecin opérateur, a notamment relevé dans son protocole opératoire du 20 février 2014 une arthrose préexistante trapézo-métacarpienne. A cet égard, si les experts ont reconnu que l'arthrose trapézo-métacarpienne était en elle-même un état antérieur relevant d'une lésion dégénérative d'installation lente sur plusieurs années pour laquelle le lien de causalité avec l'accident était exclu, ils ont toutefois relevé que pour la fracture articulaire de la base du 1^{er} métacarpien droit, le lien de causalité avec l'accident était certain, vu le mécanisme de la chute. Cependant, ce diagnostic à lui seul n'entraînait aucun trouble, dès lors que la lésion était consolidée. Par contre, la prise en charge de l'atteinte accidentelle du 7 novembre 2013 avait entraîné une instabilité de la base du 1^{er} métacarpien, avec des douleurs assimilables à une poussée d'arthrose de la composante trapézo-métacarpienne de l'état antérieur, en lien de causalité vraisemblable avec l'accident. Les experts ont ainsi estimé que l'instabilité de la base du 1^{er} métacarpien avec déstabilisation de la dégénérescence (arthrose trapézo-métacarpienne), même si elle était survenue sur un état antérieur d'arthrose péri-trapézienne asymptomatique, était initialement exclusivement en lien avec l'accident. Le traumatisme avait en effet induit la chaîne d'événements caractérisés par un déplacement secondaire du fragment médial, cal vicieux avec décalage articulaire de la base du 1^{er} métacarpien en marche d'escalier, lésion hautement arthrogène. La trapézectomie réalisée par la suite avait conduit à une correction insuffisante de cette instabilité, faisant partie des conséquences de l'accident, dans la mesure où cette deuxième intervention n'aurait pas été proposée en l'absence de l'accident du 7 novembre 2013. Ainsi, le Dr Z._____ ne peut être suivi lorsqu'il affirme que la trapézectomie portait sur l'affection préexistante et non sur les séquelles de l'accident (cf. rapport du Dr Z._____ pp. 13 et 14). Les experts V._____ et L._____ ont du reste bien indiqué qu'au niveau du 1^{er} rayon de la main droite, les troubles étaient dus pour 80 % à l'accident (dont 40 % liés aux complications post-chirurgicales) et pour 20 % à l'état antérieur. Ils ont ainsi répété et exposé de façon claire et sans contradiction que si l'arthrose était certes préexistante, l'indication de trapézectomie avait été motivée par l'instabilité persistante dans les suites de la prise en charge de la fracture de Bennett.

Quant à la capacité de travail, les Drs V._____ et L._____ ont relevé qu'elle a été nulle dès le 7 novembre 2013, et jusqu'au 13 juillet 2014. Dès le 14 juillet 2014, date à laquelle les douleurs post-trapézectomie ont pris fin, elle a été entière, sans baisse de rendement. Sur la question spécifique de cette période algique post-opératoire, les experts ont indiqué que celle-ci était survenue cinq mois après la trapézectomie du 18 février 2014, et avait pris fin le 14 juillet 2014. Il s'agissait-là d'une période douloureuse habituelle et quasiment obligatoire après une telle intervention, laquelle est

très algique le temps que la base du 1^{er} métacarpien se stabilise. Il ne s'agissait toutefois pas à proprement parler d'une algoneurodystrophie.

Finalement les experts ont bien indiqué que c'était l'expertisé qui n'avait pas souhaité reprendre l'activité de livraison en semi-remorque. Il n'y avait cependant pas de limitation d'ordre médical à compter du 14 juillet 2014 pour motif accidentel, l'assuré étant dès cette date capable de reprendre ses dernières activités à 100 %. Ainsi, en mettant un terme à ses prestations le 17 février 2014, et non le 13 juillet 2014, l'intimée a violé le droit.

On relèvera à toutes fins utiles que la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sort de l'objet du litige. Il appartiendra cependant à l'intimée de rendre une décision sur ce point, sans qu'il n'existe *prime facie* de motifs de s'écarter des constatations des Drs V._____ et L._____, selon lesquels l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est de 10 %, conformément à la table 5 de la CNA.

Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la fixation d'une audience, laquelle n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1). »

E. Par courrier du 2 octobre 2018 à I._____, l'avocat de l'assuré a invoqué la distraction des dépens.

F. Par décision du 13 novembre 2018, I._____ a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) à 10 %, soit en l'occurrence à 10'800 francs. Cette décision a pour le surplus la teneur suivante (sic) :

« Comme relaté ci-dessus, le Tribunal limite le droit à nos prestations d'assurance au 13 juillet 2014, partant du principe que dès le 14 juillet 2014, votre mandant a recouvré une pleine capacité de travail pour les seules suites de son accident survenu le 7 novembre 2013.

Or, dans les faits et comme le démontre les décomptes en votre possession, nous avons indemnisé votre mandant jusqu'au 30 novembre 2015. Par notre droit d'être entendu puis par notre décision initiale, nous avons requis le remboursement des prestations ainsi versées à tort en demandant, à votre mandant, de nous communiquer les coordonnées de son assureur perte de gain maladie. Ce dernier n'ayant pas répondu à notre requête, nous n'avons pas pu faire valoir ce droit au remboursement.

A ce jour, au vu de l'arrêt rendu par le Tribunal cantonal, il est confirmé que votre mandant a bénéficié, à tort, de nos prestations d'indemnité journalières, du 14 juillet 2014 au 30 novembre 2015.

4. Compensation en créance

Votre mandant n'ayant donné suite à nos requêtes, il lui appartient de nous rétrocéder les prestations ainsi perçues. Pour réduire notre demande de remboursement, nous retiendrons, la prestation d'IPAI due, ainsi que le montant des dépens fixé par la cour.

Notre décompte final se présente dès lors, comme suit :

Indemnités journalières perçues à tort du 14 juillet 2014 au 30 novembre 2015 :	CHF
35'491.60	
./- moins montant de l'IPAI dû :	- CHF 10'800.00
./- moins montant des dépens dû :	- CHF 1'200.00
Solde en notre faveur :	CHF 23'491.60

Votre mandant voudra bien s'acquitter, dans les 30 jours, de ce montant de CHF 23'491.60 à l'aide du bulletin de versement déjà en votre possession.

5. Dispositif

- a) Comme relaté par l'arrêt du tribunal, M. P. _____ a droit aux prestations de l'assurance-accidents, respectivement de l'I. _____, jusqu'au 13 juillet 2014.
- b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée globalement à 10 %. Une réduction de 20 % est appliquée selon l'art. 36 al. 2 LAA.
- c) Les prestations versées à tort sont compensées selon les articles 50 LAA et 120 (CO) de la prestation d'IPAI et des dépens reconnus par la cour.
- d) Il persiste un solde en faveur d'I. _____ de CHF 23'491.60.
- e) En application de l'art. 11 al. 1 let. b de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA), l'effet suspensif est retiré pour tout recours éventuel. »

Le 6 décembre 2018, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a pour l'essentiel fait valoir qu'I. _____ disposait dès réception du rapport du Dr Z. _____ du 2 décembre 2015 de tous les éléments de fait justifiant la restitution des prestations ; or, avant la décision du 13 novembre 2018, aucune décision formelle de restitution des prestations au sens de l'art. 49 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) n'avait été notifiée, si bien que le droit d'I. _____ était périmé. Aucune conclusion en restitution n'avait par ailleurs été prise par I. _____ dans le cadre de la procédure devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Pour l'assuré, I. _____ n'avait dès lors jamais eu l'intention de lui réclamer la restitution des prestations, ni ne l'avait sollicité avant de

rendre la décision du 13 novembre 2018, laissant le délai d'une année [réd. : de l'art. 25 al. 2 LPGA] échoir.

Par décision sur opposition du 6 mai 2020, I. _____ a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a expliqué que le délai d'un an pour demander la restitution n'avait pas couru à compter du 2 décembre 2015, mais dès l'arrêt rendu le 13 août 2018 par l'autorité de recours, estimant que la décision chiffrée du 13 novembre 2018 était intervenue « largement dans le délai requis ».

G. Par acte du 3 juin 2020, P. _____, toujours représenté par Me Dupuis, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant en substance à son annulation en ce sens qu'il n'était pas astreint au remboursement ou à la restitution d'un quelconque montant à l'intimée, et que cette dernière lui était débitrice et lui devait immédiat paiement des sommes de 10'800 fr. avec intérêts à 5 % l'an dès le 14 novembre 2018 et de 1'200 fr. avec intérêts à 5 % l'an dès le 22 août 2018. Il a fait valoir que jusqu'au 13 novembre 2018, l'intimée n'avait jamais engagé de procédure de restitution, ni fixé l'étendue de celle-ci, contrairement à ce que prévoit l'art. 3 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2001 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11). Elle n'avait pas non plus indiqué la possibilité d'une remise. A son sens, le principe de restitution était acquis, sur la base du rapport du Dr Z. _____ du 2 décembre 2015, dès le 7 décembre 2015, même si la date de fin du droit aux prestations avait été modifiée par la Cour des assurances sociales. L'intimée aurait donc pu agir conformément à l'art. 25 LPGA et rendre une décision formelle au sens de l'art. 49 LPGA dès ce moment, quitte à réduire ses prétentions vu le recours. Or, l'intimée n'avait notifié de décision formelle de restitution que le 13 novembre 2018, alors que la prescription était acquise, ce qui empêchait la compensation.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 8 juin 2020.

Par réponse du 11 septembre 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours.

En réplique, le 12 novembre 2020, le recourant a à nouveau plaidé qu'une remise ne lui avait pas été formellement proposée, mais qu'il en remplissait quoi qu'il en soit les conditions, ayant touché les prestations litigieuses de bonne foi, et la restitution étant susceptible de les mettre, lui et son épouse, dans une situation difficile. Il a derechef plaidé que la compensation était exclue, et que son conseil avait invoqué la distraction des dépens le 2 octobre 2018.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA 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 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.

2. a) Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à réclamer au recourant la restitution d'un montant de 35'491 fr. 60, correspondant à des indemnités journalières perçues à tort, du 14 juillet 2014 au 30 novembre 2015, somme ramenée à 23'491 fr. 60 compte tenu

de la compensation – également litigieuse – opérée avec l'IPAI à hauteur de 10'800 fr., d'une part, ainsi qu'avec les dépens de 1'200 fr. alloués par la Cour des assurances sociales par arrêt du 13 août 2018, d'autre part.

b) Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015). Les dispositions visées seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

3. a) Selon l'art. 25 al. 1, première phrase, LPGA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 applicable en l'espèce conformément à l'art. 83 LPGA), les prestations indûment touchées doivent être restituées. L'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision dans laquelle l'assureur indique la possibilité d'une remise (art. 3 al. 1 et 2 OPGA). L'obligation de restituer suppose que soient remplies les conditions d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) de la décision - formelle ou non - par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 142 V 259 consid. 3.2 p. 260; 130 V 380 consid. 2.3.1 p. 384; 318 consid. 5.2 p. 320).

Les décisions et les décisions sur opposition 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 (art. 53 al. 1 LPGA). L'assureur peut également revenir sur de telles décisions, indépendamment des conditions mentionnées ci-avant, lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération ; art. 53 al. 2 LPGA).

b) Conformément à l'art. 25 al. 2, première phrase, 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. Il s'agit là de délais (relatif et

absolu) de péremption qui doivent être examinés d'office (ATF 140 V 521 consid. 2.1 p. 525). 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).

c) Cependant, lorsque la restitution est imputable à une faute de l'administration, on ne saurait considérer comme point de départ du délai d'une année le moment où l'erreur a été commise par l'administration, mais le moment auquel celle-ci aurait dû, dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle) se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention requise. En effet, si l'on plaçait le moment de la connaissance du dommage à la date du versement indu, cela rendrait souvent illusoire la possibilité pour l'administration de réclamer le remboursement de prestations allouées à tort en cas de faute de sa part (ATF 124 V 380 consid. 1 p. 383 ; TF 8C_689/2016 du 5 juillet 2017 consid. 5.1).

4. Le recourant fait pour l'essentiel valoir que la créance dont la restitution est demandée est prescrite, motif pris que l'intimée disposait déjà, en décembre 2015, respectivement en janvier 2016, des éléments lui permettant de requérir la restitution litigieuse.

L'intimée soutient pour sa part avoir avisé le recourant, dans sa décision du 5 janvier 2016, de son obligation de restituer les

prestations indûment perçues du 17 février 2014 au 30 novembre 2015, sans qu'il ne conteste le principe du montant trop-perçu. Le recourant n'avait au demeurant pas communiqué les coordonnées de son assureur perte de gain maladie, comme il avait été invité à le faire ; on ne pouvait donc reprocher à l'intimée de ne pas avoir procédé aux investigations nécessaires, déterminé le montant à restituer ou détaillé le montant de ses prétentions. Le recourant avait de surcroît recouru contre la décision du 5 janvier 2016, de sorte que le montant exact soumis à restitution n'avait été établi qu'à l'issue de la procédure de recours. En établissant le décompte final du montant indûment perçu par le recourant par décision du 27 septembre [recte : 13 novembre] 2018, l'intimée estimait avoir agi dans les délais.

b) L'argumentation de l'intimée ne convainc toutefois pas. L'intimée disposait en effet depuis plusieurs années des éléments permettant de fonder, quant à son principe et son étendue, une créance en restitution à l'encontre du recourant, plus précisément dès la réception du rapport d'expertise du Dr Z. _____ au mois de décembre 2015. L'intimée s'est fondée sur les conclusions de ce médecin pour mettre fin aux prestations d'assurance avec effet au 17 février 2014, dans sa décision du 5 janvier 2016. Dans cette décision, elle relevait encore avoir versé des indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2015, soit « bien au-delà de [ses] obligations » et invitait le recourant à lui transmettre les coordonnées de son assureur perte de gain maladie afin « d'examiner les possibilités de remboursement par cet assureur ». Ainsi, de l'aveu même de l'intimée, le principe de la restitution lui était alors déjà connu. Il lui était également loisible d'en déterminer l'étendue en prenant en considération les prestations versées du 17 février 2014 au 30 novembre 2015, sans attendre que le recourant lui communique le nom de son éventuel assureur perte de gain maladie. L'intimée disposait ainsi de tous les éléments pour fixer l'étendue de l'obligation de restituer. Or, la décision du 5 janvier 2016 ne peut pas être qualifiée de véritable décision de restitution. Cette décision ne comprend aucune référence aux conditions auxquelles une restitution des prestations dans le domaine de l'assurance-accidents est possible, ni aux dispositions légales applicables.

Elle ne mentionne en outre pas l'art. 53 LPGA, ni s'agissant de la révision procédurale prévue à l'alinéa 1 ni s'agissant de la reconsidération prévue à l'alinéa 2, pas plus que les motifs et les effets dans le temps de la rectification effectuée. A cet égard, le fait d'indiquer à l'assuré avoir versé les indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2015, soit bien au-delà de ses obligations, et de l'inviter à communiquer les coordonnées de son assureur perte de gain maladie afin d'examiner les possibilités de remboursement par cet assureur, ne constitue pas une explication suffisante. Au demeurant, le fait que cette décision ait été contestée puis réformée par la Cour des assurances sociales importe peu, étant rappelé qu'un délai de péremption ne peut ni être interrompu ni suspendu.

Il y a donc lieu de constater que le droit de réclamer la restitution des prestations versées à tort s'est périmé le 5 janvier 2017, voire déjà en décembre 2016. En conséquence, l'intimée a violé l'art. 25 al. 2 LPGA en réclamant la restitution de la somme de 35'491 fr. 60 par décision du 13 novembre 2018.

c) Il découle de ce qui précède que l'intimée n'était pas fondée à réclamer au recourant la restitution de la somme de 35'491 fr. 60, sans qu'il n'y ait dès lors lieu d'examiner la question de la compensation des créances, dans la mesure où il n'y a plus deux prétentions à compenser, l'une d'elles étant périmée (Nicolas Jeandin, in Thévenoz/Werro [éd.], Commentaire romand, Code des obligations I, 2^e éd., n. 1 ad art. 120 CO).

La décision sur opposition du 6 mai 2020, confirmant la décision du 13 novembre 2018, doit ainsi être annulée en tant qu'elle a trait à la restitution des prestations. Pour ce qui concerne le principe et le montant de l'IPAI, fixée à 10'800 fr., non contestés, la décision doit être confirmée. Dès lors, l'IPAI, par 10'800 fr., doit être versée au recourant, avec intérêts, ceux-ci étant dus à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit aux prestations (cf. art. 26 al. 2 LPGA ; art. 7 OPGA). Les dépens, fixés à 1'200 fr. par arrêt du 13 août 2018, sont également dus au recourant, avec intérêts à 5 % l'an dès le 4 octobre 2018, soit dès le lendemain de la réception de l'interpellation du

conseil du recourant. Relevant du droit fédéral (art. 61 let. g LPGGA), ces dépens ne peuvent faire l'objet de la distraction des dépens prévue à l'art. 47 al. 2 LPAV (loi cantonale vaudoise du 9 juin 2015 sur la profession d'avocat ; BLV 177.11), de sorte que l'assuré en est toujours le créancier (cf. arrêt de la Cour des poursuites et faillites du Tribunal cantonal 2018/132 du 11 septembre 2018).

5. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition entreprise annulée, dans la mesure indiquée au consid. 4 let. c ci-avant.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGGA)

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée, qui succombe.

Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire (13 heures et 24 minutes selon la liste des opérations produites par Me Michel Dupuis le 21 janvier 2021, sans TVA). Partant, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition du 6 mai 2020 rendue par I. _____ est annulée en tant qu'elle a trait à la restitution des prestations. Elle est confirmée pour le surplus.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. I. _____ versera à P. _____ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Michel Dupuis (pour P. _____),
- Me Patrick Moser (pour I. _____),
- 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).

La greffière :