



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2978/2022

ATAS/498/2024

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 24 juin 2024**

**Chambre 1**

En la cause

A \_\_\_\_\_,

recourant

représenté par Me Arnaud MOUTINOT, avocat

contre

**AXA ASSURANCES SA,**

intimé

représentée par Me Michel BERGMANN, avocat

**Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente; Yves MABILLARD, Michael RUDERMANN, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

- A.**    **a.** Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le demandeur), né et domicilié en France, est président, administrateur et salarié de la société B\_\_\_\_\_ SA, sise à C\_\_\_\_\_, depuis sa fondation en 2001 et est, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'AXA ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance ou la défenderesse).
- b.** Le 11 mai 2020, il a été victime d'un accident de la route à Etrembières (France), sur l'A40, alors qu'il rentrait chez lui au volant d'une D\_\_\_\_\_ immatriculée GE 1\_\_\_\_\_, propriété de la société B\_\_\_\_\_ SA, qui en était également la détentrice.
- c.** Il a souffert d'une fracture du cotyle gauche, associée à une fracture de l'anneau pelvien, qui ont nécessité deux opérations, le 12 mai 2020 au centre hospitalier Alpes Léman et le 27 mai 2020 au CHU Grenoble. Il a également souffert d'une fracture du péroné droit, qui n'a pas nécessité de chirurgie.
- B.**    **a.** Le 14 mai 2020, l'assuré a fait annoncer, par l'intermédiaire de son employeur, qu'en raison de cet accident, il était en incapacité de travail à 100% dès le 11 mai 2020. Selon le formulaire, à la question « Rapport de police », l'employeur a répondu « Oui ».
- b.** Dans le questionnaire relatif à l'accident que l'assurance lui avait remis le 26 juin 2020, l'assuré a répondu « non » à la question « Un rapport de police a-t'il été établi ? » et, invité à décrire en détail le déroulement de l'accident, il a expliqué : « Je rentrais de mon bureau seul pour me rendre à mon domicile dans mon véhicule société de marque D\_\_\_\_\_. Je roulais dans le respect des limitations de vitesse indiquées. Le temps était épouvantable avec une pluie torrentielle. Dès le début de la côte, j'ai dû accélérer pour entreprendre la montée, c'est là que mon véhicule à propulsion s'est mis à chasser de l'arrière très fortement pour s'encaster dans la barrière de sécurité. Je roulais dans les limites de vitesse autorisées. Il n'y avait aucun véhicule sur l'autoroute au moment de l'accident ». À la question : « Veuillez indiquer les noms et adresses des éventuels témoins », il a répondu « aucun témoin ».
- c.** L'assurance lui a versé, entre le 14 mai 2020 et le 28 février 2021, CHF 94'525.65 à titre d'indemnités journalières (prestations en espèces) et CHF 68'816.- à titre de frais de traitement (prestations en nature).
- d.** Dans la mesure où l'assuré n'était pas le détenteur de fait du véhicule impliqué dans l'accident, l'assurance a effectué un préavis de recours à l'encontre de l'assurance responsabilité civile dudit véhicule, soit également AXA, et a sollicité de sa part un premier acompte en lien avec les prestations déjà servies, à la fin du mois de mars 2021.

e. L'assurance responsabilité civile (ci-après : RC) a refusé de donner suite au recours, au motif que l'assuré avait commis une faute grave lors de l'évènement en question, selon le rapport de police du 19 août 2020 joint.

f. Selon le rapport du 12 mai 2020, l'escadron départemental de sécurité routière de la Haute-Savoie avait été engagé par le Centre Opérationnel de la gendarmerie à Annecy pour un accident de la circulation sur l'autoroute A40, qui avait eu lieu sous une pluie forte, le 11 mai 2020 à 22h00. Des dépistages d'imprégnation alcoolique et d'usage de produits stupéfiants avaient été effectués à 22h20, desquels il est ressorti que l'absorption d'alcool pourrait être une des causes de l'accident, ainsi que les conditions atmosphériques ayant rendu la chaussée complètement détrempée et une vitesse excessive eu égard aux circonstances. Des témoins – arrivés sur les lieux après l'accident – avaient été entendus. En particulier, selon Monsieur E\_\_\_\_\_, cousin de l'assuré qui le suivait depuis la Suisse dans un autre véhicule, il l'avait perdu de vue sur l'autoroute depuis quelques temps car l'assuré était « parti devant ». Lui-même était arrivé sur les lieux bien après les autres témoins et n'avait rien vu de l'accident. Le témoin Monsieur F\_\_\_\_\_, qui avait appelé les secours, a indiqué qu'il suivait le véhicule de l'assuré depuis Genève, que ce dernier accélérât à tous les départs de feux rouges et qu'il l'avait « perdu » au niveau de la douane. Lui-même respectait la vitesse et savait qu'elle était limitée à 60km/h sur le tronçon de la douane. À chaque départ de feu rouge, l'assuré accélérât fort et le distançait. Étant donné que le témoin l'avait « perdu » à hauteur de la douane et qu'il respectait les limitations, l'assuré devait rouler bien plus « haut » que la limite. Arrivé sur les lieux de l'accident, il avait porté les premiers secours à l'assuré, qui était en train de ramper sur la route, l'avait mis au plus près de la barrière de sécurité et mis en place des plots de balisage sur la zone avec d'autres personnes qui s'étaient arrêtées.

Selon les résultats de l'analyse de sang effectuée, l'assuré présentait un taux d'alcool de 1,29g/l. à 23h le 11 mai 2020.

Entendu le 14 août 2020, l'assuré a indiqué : « C'était le soir du déconfinement, je n'avais pas vu mes cadres pendant un mois et demi. Je ne suis pas habitué à boire beaucoup. On s'est retrouvés et on a bu un coup ensemble, sûrement trop. Le second point est le temps. J'ai eu un déluge où je me suis bien posé la question si je devais m'arrêter ou pas. J'ai doublé un camion, j'ai accéléré et j'ai senti l'arrière du véhicule faire de l'aquaplaning », « J'ai dû boire trois verres de Ricard », « Je n'étais pas ivre. J'étais même lucide », « Je ne conteste pas les résultats du laboratoire ». Par rapport aux déclarations du témoin F\_\_\_\_\_, il a répondu : « Je ne suis pas d'accord avec cela. Avec le temps extérieur, où il pleuvait beaucoup. Je n'ai pas accéléré à haut régime. En ville, j'étais très prudent à cause du temps. Par contre, dans la montée sur l'autoroute, en effet je ne roulais pas à 110, je devais être à 130 ou 140km/h. ». Il a décrit l'accident comme suit : « Je suis rentré sur l'autoroute par la voie d'accélération en sortie d'Annemasse.

Je n'allais pas vite à ce moment. J'ai commencé à prendre la montée d'Etrembières où je me suis posé la question si je devais m'arrêter ou non à cause de la pluie. J'ai vu un camion au loin, j'ai entrepris le dépassement de celui-ci. Après le dépassement, j'ai senti l'arrière de la voiture partir en aquaplaning. J'ai perdu le contrôle du véhicule qui est venu s'encaster dans la barrière dans le côté latéral droit. ».

**g.** Par courrier du 20 avril 2021, l'assurance a octroyé à l'assuré un droit d'être entendu, l'informant qu'elle envisageait de rendre une décision formelle tendant à la restitution des prestations versées, qu'il avait obtenues illicitement, sur la base de fausses déclarations.

**h.** Le 16 juillet 2021, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté avoir répondu faussement aux questions posées dans le formulaire qu'il avait rempli le 26 juin 2020, encore moins en vue d'éviter qu'une faute grave de sa part ne soit retenue. Aucun rapport de police n'avait été établi à ce moment-là, puisqu'il datait du 19 août 2020, et l'assuré pouvait partir du principe que ce rapport était en mains de l'assurance, puisqu'il en avait donné les coordonnées à la police française juste après l'accident et avait ainsi fait preuve de transparence. Elle l'avait d'ailleurs reçu puisqu'elle s'en était prévalu dans un courrier du 30 octobre 2020. Il a contesté une vitesse excessive au moment de l'accident et les autorités pénales ne l'avaient pas retenue. Il n'y avait aucun témoin de l'accident, les personnes interrogées par la police étant arrivées postérieurement. Il a précisé qu'au moment de remplir le formulaire, il sortait de 45 jours d'hospitalisation, ce qui ne constituait pas des circonstances favorables pour se souvenir de la présence de témoins. Il avait donc répondu correctement et de bonne foi. Il avait consommé de l'alcool le jour de l'accident, mais en quantité négligeable, ce que le juge en charge de l'instruction pénale avait retenu en prononçant une peine légère. Il considérait que la réelle cause de l'accident était l'aquaplaning dû à la chaussée détrempée, ce que la police avait constaté et considéré comme plausible. Il était titulaire d'un permis de conduire français ainsi que d'un permis suisse, qui ne lui avaient jamais été retirés, de sorte qu'il n'avait pas fait de fausses déclarations. Le formulaire ayant été rempli au mieux de ses connaissances et de ses souvenirs, aucune intention dolosive ne pouvait lui être reprochée.

Il a joint à son courrier le rapport de police du 19 août 2020, un courrier d'AXA service dommages corporels RC réclamant à B\_\_\_\_\_ SA le remboursement partiel des prestations servies en responsabilité civile, casco et assurance occupants, la déclaration LAA faite par B\_\_\_\_\_ SA le 10 mai 2020 avec une réponse affirmative dans la rubrique « rapport de police », l'ordonnance pénale du 13 octobre 2020 et son permis de conduire français.

**i.** Par décision du 23 juillet 2021, AXA SERVICE SINISTRE SUISSE a considéré que l'assuré avait délibérément répondu faussement à la quasi-totalité des questions permettant d'établir le fait qu'il avait commis une faute grave lors de l'accident, s'agissant de la présence de témoins, de sa consommation d'alcool,

outre le fait qu'il avait indiqué qu'il n'existait pas de rapport de police, ce qui l'avait amené à obtenir illicitement des prestations. Les prestations perçues indûment devaient donc être restituées et tout droit à des prestations futures en vertu de la couverture d'assurance LAA était refusé.

**j.** L'assuré a formé opposition à cette décision le 14 septembre 2021.

**k.** Par décision sur opposition du 3 août 2022, l'assurance a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 23 juillet 2021.

Alors qu'il avait l'obligation de donner à l'assurance tous les renseignements nécessaires conformément aux art. 53 al. 1 let. a et 55 al. 1 ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), l'assuré avait formulé plusieurs déclarations ou omissions intentionnelles dans la déclaration d'accident qu'il lui avait adressée le 26 juin 2020, qui avaient conduit l'assurance à lui verser des prestations supérieures à celles auxquelles il aurait eu droit si elle avait été correctement informée des circonstances de l'accident. Chacune de ces déclarations ou omissions intentionnelles constituait au demeurant une faute grave justifiant en elle-même une réduction des prestations.

Il avait notamment :

- omis d'indiquer qu'il était, au moment de l'accident, alcoolisé, son taux d'alcoolémie étant de 1,29g/l., et fait intentionnellement une fausse déclaration, puisqu'il ne pouvait pas ignorer que la conduite en état d'ébriété qualifiée était susceptible d'entraîner des sanctions. Si l'assurance en avait été informée, elle aurait réduit ses prestations en indemnités journalières consécutives à l'arrêt de travail, de sorte que l'assuré avait perçu indûment lesdites indemnités et devait les restituer ;
- intentionnellement et fallacieusement déclaré qu'il roulait dans le respect des limitations de vitesse, alors qu'il avait admis rouler à une vitesse de 130-140km/h au lieu des 110km/h et que la route était détremmée, ce qui rendait les conditions de circulation « épouvantables », étant précisé que deux témoins confirmaient l'excès de vitesse. Sur la base de ses déclarations, l'assurance n'avait pas réduit les prestations versées, alors que si elle avait eu connaissance des circonstances exactes dans lesquelles l'accident s'était produit, en terme de vitesse et de conditions climatiques, elle les aurait réduites ;
- intentionnellement tu qu'il conduisait sans permis valable depuis dix ans, alors que cela constituait une faute justifiant également une réduction des prestations en indemnités journalières ;
- caché l'existence de témoins, qui n'avaient certes pas directement vu la sortie de route, mais pouvaient témoigner de la conduite dangereuse de l'assuré, et de personnes qui avaient subi des dommages à leur véhicule en raison de

l'accident causé par l'assuré et qui auraient pu indiquer à l'assureur les circonstances de l'accident.

Ayant perçu indument la totalité des indemnités journalières, il était tenu de les restituer.

Toutes prestations futures pouvaient également être refusées par l'assurance, en raison des fausses déclarations et omissions intentionnelles de l'assuré.

Le fait que l'assuré n'ait pas été condamné au pénal pour excès de vitesse et conduite sans permis valable (le juge pénal ne s'étant pas prononcé sur ces questions), mais uniquement pour conduite en état d'ébriété, ne liait ni le juge civil ni, par analogie, le juge administratif.

Pour le surplus, les omissions intentionnelles et déclarations inexactes étaient constitutives d'infractions pénales punissables selon les art. 148a du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP - RS 311.0) et 112 al. 3 let. a de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

- C. a. Par acte du 14 septembre 2022, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la chambre de céans, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation, au constat qu'il n'avait fait aucune fausse déclaration relative à l'accident du 11 mai 2020, que c'était à bon droit qu'il avait perçu les prestations versées jusqu'alors, qu'il était réintégré dans ses prestations futures, avec effet rétroactif et sans interruption de couverture et qu'il ne devait pas la somme de CHF 94'525.65.

Il n'avait pas intentionnellement omis de dissimuler l'existence d'un rapport de police puisque ce dernier avait été établi postérieurement à la reddition du questionnaire à l'assurance. Il avait rempli ce questionnaire de bonne foi, après un mois et demi d'hospitalisation. Il avait en outre communiqué les coordonnées de l'assurance à la police française et l'assurance avait reçu le rapport établi. AXA constituant une seule société anonyme, elle ne pouvait se prévaloir du manque de communication entre les différentes branches qui la composent. L'ensemble des omissions fautives qui lui étaient reprochées ne pouvaient donc pas être considérées comme établies.

Il avait rempli le questionnaire, s'agissant de sa consommation d'alcool, au mieux de ses souvenirs et de son appréciation des faits, son audition à la police ayant été effectuée postérieurement et l'ordonnance pénale encore plus tard, le 13 octobre 2020. Par ailleurs, en indiquant à la police qu'il avait dû « boire trois verres de Ricard » avant de prendre le volant, avec la précision « Je n'étais pas ivre, j'étais même lucide », il avait fait preuve d'une transparence totale. Il a rappelé que le très grave accident qu'il avait subi et qui avait nécessité 45 jours d'hospitalisation n'était pas favorable à lui permettre de se souvenir des détails précis de l'accident. Il s'agissait en tout état d'une quantité négligeable d'alcool dont l'absence de mention ne saurait constituer une omission coupable au sens de la LAA. L'accident avait été causé par un aquaplaning lié à la chaussée détrempée et la

consommation d'alcool n'entraîne pas dans une relation de causalité naturelle et adéquate avec celui-ci. L'ordonnance pénale retenait d'ailleurs une faible gravité des faits, même si elle le condamnait pour conduite après avoir consommé de l'alcool, et la police avait effectivement constaté que les conditions atmosphériques, couplées à une vitesse excessive, pouvaient être la cause de l'accident. Il n'avait pas dissimulé fautivement d'éléments pertinents dans sa déclaration du 26 juin 2020, n'ayant eu connaissance de son taux d'alcoolémie qu'ultérieurement, de sorte que ce taux ne pouvait entrer en considération que dans une réduction au sens de l'art. 37 al. 2 LAA.

L'ordonnance pénale n'avait pas retenu l'excès de vitesse et aucune des personnes entendues par la police n'avait été témoin de l'accident, les quatre véhicules mentionnés dans le rapport de police étant arrivés sur les lieux après sa survenue. Aucune négligence ou omission ne pouvait lui être reprochée dans ce cadre. L'assuré n'avait donc pas intentionnellement caché leur existence.

Ressortissant franco-suisse, il était titulaire de permis de conduire dans les deux pays et aucune infraction n'avait été retenue par le juge français à ce propos, étant relevé pour le surplus que cet élément n'avait aucune incidence sur la survenue de l'accident.

Il n'y avait pas eu de témoins de l'accident,

Il a notamment joint à son recours copie de l'ordonnance pénale du 13 octobre 2020, selon laquelle il était déclaré coupable d'avoir, le 11 mai 2020, conduit un véhicule sous l'empire d'un état alcoolique caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang d'au moins 0.80 gr/l., en l'espèce 1.29gr/l., et a été condamné au paiement d'une amende de EUR 400.-.

**b.** Dans sa réponse du 7 décembre 2022, AXA a conclu au rejet du recours.

Elle a rappelé les déclarations contradictoires et la mauvaise foi du recourant, qui n'avait pas indiqué dans le questionnaire à l'assurance avoir consommé de l'alcool et considérait dans son recours qu'il s'agissait d'une quantité négligeable, alors qu'il avait admis, lors de son audition par la police le 14 août 2020, avoir dû boire trois verres de Ricard et ne pas être habitué à boire beaucoup, et qu'une prise de sang avait été effectuée sur les lieux de l'accident pour détecter le taux d'alcoolémie une heure après les faits, qui s'était avéré être de 1.29g/l. En outre, le recourant avait indiqué dans le questionnaire avoir respecté les limitations de vitesse, mais à la police avoir accéléré pour dépasser un camion, en roulant à une vitesse qu'il estimait lui-même de 20 à 30km/h supérieure à la limite autorisée, dans des conditions climatiques qu'il qualifiait de « déluge ». Que l'ordonnance pénale – postérieure à la déclaration à l'assurance – n'ait pas retenu la vitesse excessive ne changeait rien à son obligation d'aviser l'assurance de sa manière de conduire.

En recevant la déclaration à l'assurance, celle-ci avait présumé que le recourant était de bonne foi et n'avait pas procédé à d'autres investigations. Ce n'était qu'à

la suite du recours LAA que l'assureur RC, dont les comptes étaient totalement distincts, lui avait communiqué le rapport de police qui lui permettait de constater les circonstances exactes de l'accident et de l'absence de chances de succès du recours contre l'assurance RC au vu de la faute grave du recourant.

Le cumul d'infractions, à savoir conduite sous l'emprise de l'alcool, vitesse excessive sur une route détrempée et conduite sans permis valable, était manifestement constitutif d'une faute excessivement grave. La réduction pour la seule alcoolémie devrait dépasser 20%, celle pour vitesse inadaptée également, soit un cumul à hauteur de 40 à 50%. Il s'agissait manifestement de la raison pour laquelle les circonstances réelles de l'accident lui avaient été cachées.

c. Le recourant n'a pas déposé de réplique dans le délai qui lui était imparti.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 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 LAA.

En vertu de l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse. En l'espèce, le recourant est domicilié en France et travaille en dernier lieu pour un employeur sis à Genève.

La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 de la LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).
3. Le litige porte sur le bien-fondé de la demande de remboursement des prestations déjà allouées par l'intimée pour l'événement du 11 mai 2020.

4.

**4.1** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputé accident, toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure



extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**4.2** Selon l'art. 45 LAA, le travailleur assuré doit aviser sans retard son employeur ou l'assureur de tout accident qui nécessite un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (al. 1) et l'employeur doit aviser sans retard l'assureur dès qu'il apprend qu'un assuré de son entreprise a été victime d'un accident qui nécessite un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 6 LPGA) ou le décès (al. 2).

**4.3** Selon l'art. 53 OLAA, la victime de l'accident ou ses proches doivent annoncer immédiatement l'accident à l'employeur, au service compétent de l'assurance-chômage, à l'office AI ou à l'assureur et donner tous renseignements concernant: le moment, le lieu, les circonstances et les suites de l'accident (let. a) le médecin traitant ou l'hôpital (let. b), les responsables et les assurances intéressés (let. c). L'employeur examine sans retard les causes et les circonstances des accidents professionnels; en cas d'accidents non professionnels, il consigne les renseignements fournis par l'assuré dans la déclaration d'accident. La victime de l'accident reçoit, sauf dans les cas bénins, une fiche d'accident; l'assuré conserve celle-ci jusqu'au terme du traitement médical et la rend ensuite à l'employeur, qui se chargera de la transmettre à l'assureur (al. 2).

Aux termes de l'art. 54 OLAA, l'assureur peut exiger de l'autorité compétente qu'elle lui fournisse les renseignements nécessaires et lui fasse parvenir gratuitement les copies des rapports officiels et des procès-verbaux de police. Les dépenses extraordinaires, notamment les frais qui résultent d'expertises supplémentaires, doivent toutefois être remboursées à l'autorité.

Enfin, selon l'art. 55 OLAA, l'assuré ou ses survivants doivent donner tous les renseignements nécessaires et tenir à disposition les pièces qui servent à déterminer les circonstances et les suites de l'accident et à fixer les prestations d'assurance, en particulier les rapports médicaux, les rapports d'expertises, les radiographies et les pièces permettant de déterminer le gain de l'assuré. Ils doivent autoriser des tiers à fournir de tels documents et à donner des renseignements.

**4.4** L'art. 46 al. 2 LAA prévoit que 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.

Cette disposition permet à l'assureur de réduire ou de refuser les prestations à titre de sanction en cas de fausses informations données intentionnellement. Elle vise à réprimer un comportement dolosif tendant à obtenir de l'assurance plus que ce à quoi l'on aurait droit. 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 proportionnalité. Une condamnation

pénale, en particulier pour escroquerie, n'est pas une condition nécessaire pour faire usage de l'art. 46 al. 2 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_388/2017 du 6 février 2018 consid. 2 et les références).

L'établissement de l'intention dolosive est une question de fait, que le juge tranchera le cas échéant. L'assureur n'a pas besoin de rendre vraisemblable que la fausse déclaration a entraîné des complications importantes, ni même qu'un quelconque dommage lui a été causé (GHÉLEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA], 1992, p. 176). N'importe quelle fausse déclaration 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 (ATF 143 V 393 consid. 6.2 ; arrêt 8C\_68/2017 du 4 septembre 2017 consid. 4.3).

Le refus de prestation est la sanction la plus grave prévue par l'art. 46 LAA. Contrairement au libellé du titre, il n'est pas la conséquence d'une omission, mais de fausses déclarations dans la déclaration d'accident correspondante (FF 1976 III 201). Toute forme de fausse déclaration suffit, pour autant qu'elle conduise, en raison des circonstances concrètes, à l'octroi de prestations plus élevées que celles qui sont légalement dues. Par exemple, une fausse déclaration d'accident a été admise dans le cas d'un accident qui, contrairement aux déclarations de l'assuré, s'était produit lors d'une course contre la montre, ce que la personne assurée a nié avec persistance (Tribunal fédéral, arrêt 8C\_388/2017 du 6 février 2018 consid 4).

La condition préalable au refus de prestation est l'intention de faire de fausses déclarations. On se base sur un acte intentionnel avec la connaissance et la volonté de la personne soumise à l'obligation de déclarer. La communication de fausses informations a pour but de tromper l'assureur et doit ainsi permettre l'obtention de prestations d'assurance non dues ou de cotisations plus élevées que celles prévues par la loi (TFA, 30. 4. 1996, U 131/95, consid. 2b, RAMA 4 - 5/1996, 181 ss ; Ghélew/Ramelet/Ritter, 176 ; Wyss, 69 s.). La condition de l'action astucieuse ne doit pas être remplie, contrairement à l'escroquerie pénale selon l'art. 146 CP (ATF 143 V 393 consid. 7.3, Pra 2018, n° 80).

Le refus de prestation est conçu comme une sanction facultative et confère à l'assureur une marge d'appréciation. Comme la sanction a des effets extrêmement incisifs pour la personne assurée, l'assureur peut y renoncer dans le sens de la proportionnalité et ne procéder qu'à une réduction des prestations (Maurer, Unfallversicherungsrecht, 240 s.). Il convient alors de procéder à un examen séparé pour chaque prestation et de respecter l'interdiction de l'arbitraire ainsi que

le principe de l'égalité de traitement (ATF 143 V 393 consid. 6.2 et 7.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_68/2017 du 4 septembre 2017, consid. 4.3).

5. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
6. En l'espèce, l'intimée a fondé sa décision essentiellement sur la prémisse que le recourant avait indiqué le 26 juin 2020 qu'il n'y avait aucun rapport de police, aucun témoin ni aucun autre véhicule impliqué dans l'accident et avait omis d'annoncer qu'une enquête préliminaire de police était en cours, alors qu'il ne pouvait pas l'ignorer, et aurait donné des indications fallacieuses à l'assureur, dans le but de le tromper et de percevoir des prestations auxquelles il n'avait pas droit, à tout le moins pas dans leur entier.

Pour sa part, le recourant considère qu'il n'avait pas dissimulé intentionnellement l'existence d'une enquête ou d'un futur rapport de police, qui n'existait pas encore au mois de juin 2020, que les coordonnées de l'assurance avaient été communiquées à la police et que l'assurance avait reçu ledit rapport en octobre 2020, aucune séparation étanche entre les départements de l'assurance ne pouvant pour le surplus lui être opposée.

S'agissant de l'information selon laquelle une enquête de police, suivie d'un rapport de police, lui aurait été cachée, l'intimée fait totalement abstraction du fait qu'aux termes de la déclaration à l'assurance, branche « accident non professionnel/incapacité de travail de 3 jours ou plus » du 14 mai 2020 (pièce A1 de l'intimée), l'employeur a clairement indiqué, en répondant de manière affirmative à la question, qu'un rapport de police avait été établi.

Dans ces circonstances, on ne comprend guère pour quelle raison l'intimée se fonde sur les déclarations postérieures du recourant pour lui reprocher de lui avoir caché un fait dont elle avait en réalité déjà connaissance.

Sur la base de la déclaration d'accident du 14 mai 2020, il lui appartenait de procéder à son enquête, en s'adressant aux autorités compétentes et ainsi obtenir tout renseignement nécessaire, y compris copies des rapports officiels et procès-verbaux de police, ce qu'elle n'allègue pas avoir fait avant d'être entrée en contact plusieurs mois plus tard avec sa branche responsabilité civile, s'agissant des rapports de police.

À cela s'ajoute qu'à réception des déclarations de l'assuré du 26 juin 2020, elle aurait également dû s'apercevoir de la contradiction avec la déclaration d'accident du 14 mai 2020 et porter son instruction sur ce point.

Pour le surplus, il sera rappelé que l'accident a eu lieu sur une autoroute et a eu pour conséquence un blessé, dont l'état de santé a nécessité l'intervention d'une ambulance et a généré des soins chirurgicaux et médicaux. L'intimée en était informée, puisqu'elle avait reçu copie des factures qu'elle avait pris à sa charge. Elle ne pouvait pas ne pas s'interroger sur une intervention concomitante de la police, laquelle doit être appelée en cas d'accident de la route impliquant un/des blessés (art. 51 al. 2 de la loi fédérale sur la circulation routière - LCR - RS 741.01), et dans ce cadre non seulement examiner avec attention les documents à sa disposition, mais également requérir des autorités compétentes tout autre renseignement et document qui lui semblait nécessaire à sa bonne compréhension des faits et sa prise de décision quant aux prestations à verser.

L'intimée ne saurait donc être suivie en tant qu'elle reproche au recourant d'avoir omis de l'informer de l'existence d'un rapport de police, respectivement des résultats de l'enquête de police.

Il en résulte que l'intimée ne pouvait pas supprimer les prestations et réclamer leur remboursement en application de l'art. 46 al. 2 LAA.

Autre est la question de l'existence d'éventuelles fautes commises par le recourant dans le cadre de l'accident et de déterminer si elles sont susceptibles d'entraîner la réduction des prestations versées au sens de l'art. 37 LAA.

Dans la mesure où la décision entreprise examine uniquement la question de la suppression des prestations et leur remboursement sous l'angle de l'art. 46 al. 2 LAA, il n'appartient pas à la chambre des assurances de statuer directement sous l'angle de la réduction de prestations pour faute, même en application du principe d'économie de procédure.

La cause sera donc renvoyée à l'intimée pour nouvel examen dans le sens des considérants.

7. Le recours est admis et la décision sur opposition du 3 août 2022 est annulée.
8. Assisté par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant gain de cause, le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).
9. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA *a contrario*).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 3 août 2022.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour investigation complémentaire au sens des considérants.
5. Alloue une indemnité de CHF 2'000.- à la recourante à charge de l'intimée.
6. 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

Pascale HUGI

Fabienne MICHON RIEBEN

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