



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3348/2019

ATAS/1157/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 novembre 2020

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à PETIT-LANCY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE

recourant

contre

MUTUEL ASSURANCES SA, sise rue des Cèdres 5,
MARTIGNY, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Michel BERGMANN

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Blaise PAGAN, Karine STECK, Catherine TAPPONNIER et Philippe KNUPFER, Juges, Yda ARCE et Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1978, a travaillé en tant que nettoyeur pour la B_____ (ci-après: l'employeur) dès juin 2008. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de MUTUEL ASSURANCES SA (ci-après: l'assurance ou l'intimée).
2. Le 2 janvier 2016, l'assuré a subi un accident. Il s'est blessé au doigt alors qu'il tentait de réparer sa voiture.

L'assurance a pris en charge le cas et a versé des indemnités journalières complètes à l'employeur de l'assuré.
3. A la demande de l'assurance, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré le 18 janvier 2017. Dans son rapport du 22 février suivant, ce médecin a considéré la situation suffisamment stabilisée pour évaluer les séquelles de la lésion. Il a conclu qu'une reprise dans la profession de l'assuré à taux plein n'était vraisemblablement pas envisageable, mais que celui-ci pouvait mettre en valeur une capacité de travail complète sans diminution de rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qu'il a détaillées.
4. Par décision du 11 mai 2017, l'assurance a rappelé qu'elle avait versé des indemnités journalières à l'employeur de l'assuré dès le 2 janvier 2016. Elle a retenu que le cas était stabilisé selon le Dr C_____, de sorte qu'elle devait examiner le droit à la rente. Pour les suites de l'accident, l'assuré était apte à reprendre une activité adaptée dès l'examen médical du 18 janvier 2017. L'assurance avait cependant versé à bien plaisir les indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2017. Elle a calculé le degré d'invalidité, qu'elle a fixé à 8 %, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Elle a en outre octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.
5. Par opposition du 12 juin 2017, complétée le 14 juillet 2017, l'assuré a essentiellement contesté les revenus avec et sans invalidité retenus par l'assurance, sans nier qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.
6. Selon le décompte du 31 juillet 2017 adressé à l'employeur, qualifié de « titulaire », l'assurance lui a versé des indemnités journalières complètes du 1^{er} avril au 31 mai 2017 à hauteur de CHF 10'225.45.
7. Le 12 septembre 2017, l'assurance a écarté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision concernant la rente d'invalidité. Elle a notamment relevé que pour examiner si le droit de l'assuré aux indemnités journalières s'était éteint au 31 mars 2017, il fallait déterminer s'il avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité ou dans une activité adaptée. Or, tel était le cas selon le rapport du 22 février 2017 du Dr C_____. Le taux d'invalidité s'élevait à 7.9 % et n'ouvrait pas le droit à une rente. Le taux d'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité de 5 % était également confirmé.

8. Saisie d'un recours de l'assuré contre cette décision, la chambre de céans l'a partiellement admis par arrêt du 29 mai 2018 (ATAS/446/2018). Elle a condamné l'assurance à verser à l'assuré une rente d'invalidité de 13 % dès le 1^{er} avril 2017 pour les suites de l'accident, en précisant que l'exigibilité d'une activité adaptée à plein temps n'était pas litigieuse.

9. Par décision du 5 juillet 2018, l'assurance est revenue sur l'incapacité de travail et de gain de l'assuré et sur son degré d'invalidité, qu'elle a calculé et fixé à 13 %.

Elle a noté au sujet des indemnités journalières qu'elle considérait l'assuré apte à reprendre une activité adaptée dès l'examen du Dr C_____. Le droit aux prestations dès le 19 janvier 2017 dépendait d'une perte de gain éventuelle. Elle avait cependant versé à bien plaisir les indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2017. Le droit à la rente prenait naissance dès qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité avaient été menées à terme. Dès lors, pour les seules suites de l'accident du 2 janvier 2016, l'assurance considérait que l'assuré était apte à reprendre une activité à la date de l'examen du Dr C_____. Elle se basait cependant sur l'arrêt de la chambre de céans, qui mentionnait un droit à la rente à partir du 1^{er} avril 2017. S'agissant du montant de la rente, le salaire du 2 janvier 2015 au 1^{er} janvier 2016 (*recte* 31 décembre 2015), soit le gain assuré, était de CHF 76'480.95. Les 80 % de ce montant correspondaient à CHF 61'184.75. La rente annuelle de 13 % s'élevait ainsi à CHF 7'954.-, et la rente mensuelle à CHF 663.-. Sous le point « Récapitulation », l'assurance a établi le décompte suivant: les rentes du 1^{er} avril 2017 au 30 septembre 2018, soit 18 mensualités, se montaient à CHF 11'934.-. Après déduction des indemnités journalières de CHF 11'503.40 (*sic*) versées du 1^{er} avril au 31 mai 2017, le solde en faveur de l'assuré était de CHF 430.60. Dès le 1^{er} octobre 2018, les rentes seraient versées mensuellement sur le compte de l'assuré.

10. L'assuré s'est opposé à cette décision le 31 août 2018, précisant ne contester que le sort des arriérés de rentes du 1^{er} avril 2017 au 30 septembre 2018. La compensation avec les indemnités journalières versées à bien plaisir du 1^{er} avril 2017 au 31 mai 2017 était contraire à la loi, car le droit de demander la restitution de prestations indues s'éteignait un an après le moment où l'institution avait eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après leur versement. Le délai courait dès que l'assurance, en faisant preuve de l'attention raisonnablement exigible, pouvait se rendre compte que les prestations étaient indues.

L'assurance avait indiqué dans sa décision du 11 mai 2017 que les indemnités journalières pour accident étaient encore versées à bien plaisir. Elle disposait depuis le 23 février 2017 du rapport du Dr C_____, concluant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, dont l'assuré n'avait jamais contesté disposer. Dès lors, elle était informée le 11 mai 2017 au plus tard que les indemnités n'étaient plus dues. Ainsi, son droit de demander la restitution de ces indemnités s'était éteint

pour cause de péremption le 11 mai 2018, et elles ne pouvaient ainsi plus être compensées. Les arriérés de rentes pour la période du 1^{er} avril 2017 au 30 septembre 2018 lui étaient dus.

11. Par courrier du 11 décembre 2018, l'assurance a relevé qu'elle avait procédé à la compensation des indemnités versées à tort du 1^{er} avril au 31 mai 2017 par les rentes d'invalidité dues jusqu'au 30 septembre 2018. Selon la jurisprudence, le délai pour réclamer la restitution commençait à courir dès l'instant où il apparaissait que le paiement avait été effectué indûment, ce qui pouvait ne se révéler qu'après coup. Ce n'était qu'à réception de l'arrêt du 29 mai 2018 que l'assurance avait eu connaissance du caractère indu des indemnités journalières versées en avril et mai 2017. Le délai de péremption commençait donc à courir dès le 29 mai 2018. Au vu de ces éléments, l'assurance invitait l'assuré à lui faire savoir s'il maintenait son opposition.
12. Par courrier à l'assurance du 20 décembre 2018, l'assuré a souligné que celle-ci avait indiqué dans sa décision du 11 mai 2017 que les indemnités journalières étaient versées à bien plaisir. Le caractère indu de la prestation était ainsi connu à cette date, l'assurance considérant que les prestations étaient versées sans obligation. L'assuré n'avait jamais prétendu avoir droit aux indemnités journalières au-delà du 31 mars 2017. La procédure judiciaire ayant donné lieu à l'arrêt de la chambre de céans du 29 mai 2018 portait uniquement sur le refus d'une rente. L'assurance savait ainsi que les prestations qu'elle versait à bien plaisir n'étaient pas légalement dues.
13. Par courriers des 3 avril et 17 mai 2019, l'assuré a relancé l'assurance et l'a invitée à statuer sur son opposition à la décision du 31 août 2018.
14. Par décision du 8 août 2019, l'assurance a écarté l'opposition de l'assuré. Sa première décision refusant le droit à une rente était datée du 11 mai 2017. C'était à ce moment qu'elle avait informé l'assuré qu'il ne pouvait plus travailler dans son ancienne profession, mais qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il était ainsi normal qu'elle verse des indemnités journalières jusqu'à la fin du mois de mai 2017, afin que l'assuré puisse avoir un salaire qui lui permette de vivre en juin 2017, le temps qu'il procède aux différentes démarches pour son avenir professionnel. Il aurait été malvenu de la part de l'assurance de ne pas payer l'assuré pendant plusieurs mois et de ne l'informer qu'ensuite qu'il n'avait plus droit à des indemnités journalières. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les indemnités journalières devaient encore être versées pendant un délai de trois à cinq mois, afin de permettre à l'assuré de retrouver un nouvel emploi. Ce n'était donc pas à bien plaisir que les indemnités journalières avaient été versées, mais pour se conformer à une obligation définie par la jurisprudence. Le délai de péremption pour réclamer la restitution courait dès l'arrêt de la chambre de céans du 29 mai 2018, qui créait une situation juridique nouvelle. L'interdiction de la surassurance ne permettait pas de cumuler indemnités journalières et rentes. Le début du droit à la rente ayant été fixé au 1^{er} avril 2017 par la chambre de céans, le droit aux

indemnités journalières cessait au 31 mars 2017. L'assurance était ainsi légitimée à compenser les indemnités des mois d'avril et mai 2017 avec les arriérés de rente, d'une part en raison du délai non prescrit (*sic*), et d'autre part en raison de l'interdiction du cumul des indemnités journalières et d'une rente.

15. Par écriture du 13 septembre 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'assurance du 8 août 2019. Il a conclu, sous suite de dépens, à son annulation, à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser le montant de CHF 11'503.40 relatif aux arriérés de rentes d'invalidité du 1^{er} avril 2017 au 30 septembre 2018, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} janvier 2018, et subsidiairement à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser le montant de CHF 10'177.40.- relatif aux arriérés de rentes d'invalidité du 1^{er} juin 2017 au 30 septembre 2018, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} février 2018.

Il a relevé que même si l'exercice d'une activité adaptée était exigible dès l'examen du Dr C_____, l'intimée avait versé des indemnités à bien plaisir jusqu'au 31 mai 2017. Le délai de péremption commençait à courir immédiatement si les prestations sujettes à restitution étaient clairement indues. Une prestation dont le droit de réclamer la restitution était périmé ne pouvait plus être compensée. En l'espèce, l'intimée disposait depuis le 23 février 2017 du rapport du Dr C_____ confirmant la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. C'était en toute connaissance de cause qu'elle avait indiqué au recourant dans cette même décision que les indemnités étaient encore versées « à bien plaisir » jusqu'au 31 mars 2017. Elle l'avait par ailleurs répété dans sa décision du 5 juillet 2018. Selon la jurisprudence, un délai de trois à cinq mois devait être imparti à un assuré pour rechercher une activité raisonnablement exigible. Si l'on retenait que l'intimée avait versé des indemnités journalières pour les mois de janvier à mars 2017 en raison d'une obligation jurisprudentielle, c'était librement qu'elle avait servi les indemnités journalières d'avril et mai 2017. La situation était connue de l'intimée lors de sa décision du 11 mai 2017. Le délai de péremption d'un an avait ainsi commencé à courir ce jour, et la péremption était intervenue le 11 mai 2018. L'intimée ne pouvait plus compenser dans sa décision du 5 juillet 2018 les indemnités journalières d'avril et mai 2017 avec les arriérés de rentes d'invalidité d'avril 2017 à septembre 2018. Si par impossible, le droit à la restitution des indemnités journalières ne devait pas être considéré comme périmé par la chambre de céans, le principe de concordance temporelle empêchait néanmoins l'intimée de compenser les indemnités journalières versées du 1^{er} avril au 31 mai 2017 avec les arriérés de rentes d'invalidité du 1^{er} juin 2017 au 30 septembre 2018. Une compensation intervenant dans le contexte de prestations versées par des assurances sociales à différents titres devait respecter ce principe. Il y avait concordance temporelle lorsque les prestations sociales en concours étaient versées pendant la même période. En l'espèce, l'intimée ne pouvait pas se rembourser sur une période sans concordance temporelle entre les prestations qu'elle entendait recouvrer et les rentes dues. Elle pouvait tout au plus compenser les indemnités journalières versées

du 1^{er} avril au 31 mai 2017 avec les arriérés de rentes pour la même période. Dans tous les cas, les arriérés de rentes du 1^{er} juin 2017 au 30 septembre 2018 devaient être versés au recourant, sans compensation.

16. Dans sa réponse du 13 décembre 2019, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, à la confirmation de sa décision.

Elle a soutenu qu'elle avait annoncé dans sa décision du 11 mai 2017 que le recourant était apte à reprendre une activité adaptée à plein temps à la date de l'examen du Dr C_____, et qu'elle mettait un terme aux indemnités journalières versées à bien plaie au 31 mars 2017. Les rentes dues du 1^{er} avril 2017 au 30 septembre 2018 s'élevaient à CHF 11'934.-. Toutefois, dès lors que le recourant ne pouvait percevoir pour la même période des indemnités journalières et des rentes d'invalidité, l'intimée avait déduit des rentes allouées à partir du 1^{er} avril 2017 les indemnités journalières payées à compter de cette date, soit CHF 11'503.40. L'intimée a soutenu que le terme « à bien plaie » qualifiant le versement des indemnités journalières était manifestement erroné, puisque ces prestations étaient dues selon la jurisprudence, dès lors que le recourant ne percevait aucune rente d'invalidité et devait changer de profession. La preuve que cette qualification était erronée résultait également du fait que l'intimée avait versé des indemnités journalières pour les mois d'avril et mai 2017 sans mentionner leur caractère « à bien plaie ». En outre, une assurance sociale ne pouvait faire de cadeaux à un assuré en lui versant des prestations non prévues par la loi. Dès lors que la chambre de céans avait arrêté qu'une rente d'invalidité de 13 % était due dès le 1^{er} avril 2017, cela avait pour conséquence que le droit aux indemnités journalières cessait le 31 mars 2017. Les indemnités versées à compter du 1^{er} avril 2017 n'étaient ainsi pas dues. Leur imputation par l'intimée sur les rentes dues ne souffrait ainsi aucune critique. Le droit d'en réclamer la restitution n'était pas périmé, puisque ce n'était qu'à la notification de l'arrêt de la chambre de céans que l'intimée avait pris connaissance de leur caractère indu. Même dans l'hypothèse où il fallait considérer que le délai de péremption avait commencé à courir avant que ne soit rendu l'arrêt de la chambre de céans du 29 août (*recte* mai) 2018, ce délai aurait commencé à courir au plus tôt au moment du versement des indemnités compensées, intervenu le 4 août 2017. Ainsi, il n'était pas encore échu lorsque l'intimée avait excipé de la compensation le 5 juillet 2018.

L'intimée a notamment produit une capture d'écran de son système comptable, indiquant une échéance le 4 août 2017 pour le versement des indemnités de CHF 10'225.45 à l'employeur du recourant.

17. Par réplique du 10 janvier 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a contesté le caractère erroné de la mention « à bien plaie » indiquée dans les décisions du 11 mai 2017 et du 5 juillet 2018 de l'intimée, qui ne pouvait désormais se prévaloir d'avoir utilisé ce terme à tort. L'absence de mention des termes « à bien plaie » sur le décompte du 31 juillet 2017 n'y changeait rien. Si l'intimée avait réellement voulu agir conformément à la jurisprudence, elle aurait continué à verser

des indemnités journalières durant encore trois à cinq mois dès le 11 mai 2017, date à laquelle il avait été averti de son obligation de changer de profession. Or, tel n'avait pas été le cas. Elle ne pouvait ainsi se prévaloir d'avoir agi en vertu d'une obligation jurisprudentielle. En réalité, elle avait considéré que le recourant était apte à reprendre une activité à temps plein dans une autre profession dès le 18 janvier 2017, et elle avait alors décidé d'accorder les indemnités journalières à bien plaie jusqu'au 31 mai 2017. S'agissant de la possibilité pour une assurance d'accorder des libéralités à un assuré, le recourant a invoqué plusieurs arrêts évoquant des prestations à bien plaie, démontrant selon lui que les assurances disposaient d'une certaine marge d'appréciation. Il a répété que le délai de péremption commençait à courir immédiatement si les prestations en question étaient clairement indues. L'intimée sachant depuis le 11 mai 2017 qu'elle versait des indemnités journalières à bien plaie, le délai de péremption avait commencé à courir à cette date et s'était achevé le 11 mai 2018.

18. Par duplique du 24 février 2020, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a répété qu'elle avait considéré qu'il était justifié de poursuivre le versement des indemnités journalières jusqu'à fin mai, et la chambre de céans avait retenu que le droit à la rente naissait dès le 1^{er} avril 2017. Conformément à la loi, cela signifiait que le droit aux indemnités journalières cessait à cette date. Si le recourant ne partageait pas cette appréciation, il lui aurait été loisible de recourir contre l'arrêt de la chambre de céans et de conclure au versement des indemnités journalières postérieurement au 31 mars 2017. L'intimée a répété que des indemnités journalières étaient indiscutablement dues selon la jurisprudence pendant une certaine période à compter du jour où le recourant était à nouveau capable d'exercer une profession à 100 %, et que les indemnités journalières n'avaient partant pas été versées à bien plaie. Le délai de péremption n'avait commencé à courir qu'à la notification de l'arrêt de la chambre de céans. La compensation était valable puisqu'elle datait du 5 juillet 2018, avant l'expiration du délai d'une année depuis le versement des indemnités journalières.
19. Par écriture du 16 mars 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions.
20. Le 5 juin 2020, la chambre de céans a invité les parties à se déterminer sur la légitimation passive du recourant pour restituer les indemnités journalières versées à son employeur, notamment eu égard à la jurisprudence fédérale selon laquelle un employeur versant le salaire à la personne assurée pendant le service ne faisait pas office de simple organisme de paiement et pouvait ainsi être tenu à restitution d'allocations pour perte de gain payées en trop, ainsi que sur une éventuelle surindemnisation et ses conséquences.
21. Le recourant s'est déterminé le 19 juin 2020. Il a soutenu que la décision de l'intimée devait être annulée dès lors qu'il n'avait pas la légitimation pour restituer les prestations éventuellement indûment touchées. Les principes dégagés par l'arrêt évoqué par la chambre de céans s'appliquaient par analogie au salaire versé en cas d'accident. L'employeur ne pouvait être considéré comme un simple organisme de

paiement et devait être tenu à restitution pour les indemnités versées en trop. En l'espèce, le salaire du recourant en avril et mai 2017 avait été versé par son employeur à concurrence du montant des indemnités journalières. C'était ainsi contre l'employeur que l'intimée devait se retourner pour réclamer la restitution des indemnités journalières, et pas contre le recourant. A défaut de légitimation passive du recourant, l'intimée ne pouvait procéder à la compensation des indemnités journalières des mois d'avril et mai 2017 avec les arriérés de rentes d'invalidité d'avril 2017 à septembre 2018. La décision sur opposition de l'intimée était également erronée au vu de la différence de CHF 1'277.95 entre ce que l'intimée prétendait avoir payé à titre d'indemnités journalières et le montant effectivement versé à l'employeur. S'agissant de la surindemnisation, le recourant a affirmé qu'en cas de concours d'indemnités journalières et d'une rente, il y avait lieu d'opérer une réduction sur l'indemnité journalière prioritairement. Aussi, à la fin de la période d'indemnisation, si le calcul conduisait à une demande de restitution des prestations indûment touchées, les délais de restitution étaient applicables. Ainsi, même sous l'angle de la surindemnisation, l'intimée aurait dû réduire ses indemnités journalières en priorité, respectivement requérir la restitution des prestations indûment versées à l'employeur.

22. Dans ses observations du 29 juin 2020, l'intimée a soutenu que la jurisprudence fédérale évoquée par la chambre de céans admettait la légitimation passive de l'employeur pour le remboursement du trop-perçu, mais n'excluait pas pour autant que l'action en restitution soit dirigée à l'encontre de l'employé qui s'était enrichi illégitimement. En l'espèce, les prestations que le recourant avait perçues par erreur postérieurement au 31 mars 2017 pouvaient être imputées directement sur les rentes dues par l'intimée, car c'était le recourant qui avait encaissé ces prestations, dont il restait le débiteur.
23. Par déterminations du 17 juillet 2020, l'intimée a réaffirmé que si l'employeur ne faisait pas office de simple organisme de paiement lorsqu'il encaissait des prestations de l'assurance-accidents et qu'il pouvait être tenu à restitution des prestations payées en trop, cela ne signifiait pas que l'employé n'était pas également personnellement tenu à restitution aux côtés de l'employeur. S'agissant de la surindemnisation, l'intimée s'est référée aux développements contenus dans sa réponse.
24. A la même date, le recourant a également adressé des déterminations à la chambre de céans. Il a soutenu que l'argumentation de l'intimée ne saurait être suivie, dès lors que l'employeur n'était pas un simple organisme de paiement dans le cas d'espèce. Selon la jurisprudence, lorsque des indemnités journalières étaient indues, c'était bien l'employeur qui était tenu à leur remboursement. Il a persisté dans ses conclusions pour le surplus.
25. La chambre de céans a transmis des copies de ces écritures aux parties en date du 21 juillet 2020 et les a informées que la cause était gardée à juger.

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 loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.
3. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était en droit de compenser les rentes dues du 1^{er} avril 2017 au 30 septembre 2018 avec les indemnités journalières versées du 1^{er} avril au 31 mai 2017.
4. Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).
5. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).

L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2).

La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 LPGA. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut

raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6 1^{ère} phrase LPGA). En cas d'incapacité de travail durable dans l'ancienne profession, l'assuré est en revanche tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle. A cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3). Cette application en assurance-accidents des délais aménagés à l'assuré en matière d'indemnités journalières pour maladie s'est heurtée à des critiques doctrinales, qui soutiennent qu'un changement de profession ne saurait être exigé avant la stabilisation de l'état de santé de l'assuré (Kaspar GEHRING, *in* KIESER / GEHRING / BOLLINGER [éd.], KVG UVG Kommentar, 2018, n. 3 ad art. 16 LAA; Markus SCHMID, *in* HÜRZELER / KIESER [éd.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, 2018, n. 11 ad art. 16 LAA). Le Tribunal fédéral a toutefois eu l'occasion de préciser que cette jurisprudence concerne les indemnités journalières et n'est pas transposable au domaine des rentes, pour lesquelles le droit prend naissance selon d'autres conditions prévues par les lois spéciales, soit en matière d'assurance-accidents l'art. 19 LAA. Autrement dit, lorsque le droit à l'indemnité journalière cesse du fait que les conditions du droit à la rente sont remplies, l'assureur-accidents n'est pas tenu d'impartir à l'assuré un délai pour s'adapter aux nouvelles circonstances et de lui verser les indemnités journalières pendant cette période. Il doit clore le cas et la rente est versée à la date où a pris fin le droit à l'indemnité journalière. L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi du point de vue temporel le droit à ces deux prestations - qui sont temporaires - et le droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_320/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2, cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_687/2014 du 9 septembre 2015 consid. 5.1.2 portant sur une rente transitoire).

Le droit aux indemnités journalières cesse ainsi au plus tard lors de la stabilisation de l'état médical (Philipp GEERTSEN, *in* HÜRZELER / KIESER [éd.], *op. cit.*, n. 18 ad art. 19 UVG).

6. L'art. 19 al. 2 LPGA dispose que les indemnités journalières et les prestations analogues sont versées à l'employeur dans la mesure où il continue à verser un salaire à l'assuré malgré son droit à des indemnités journalières.

Cette disposition contient une subrogation, soit une cession légale, du droit aux indemnités journalières à l'employeur à hauteur du salaire versé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_241/2019 du 8 juillet 2019 consid. 5.1). Elle subordonne le paiement des prestations sociales en mains de l'employeur à la condition que ce dernier continue de verser un salaire à l'assuré. S'il n'est pas nécessaire que l'employeur s'acquitte de l'entier du salaire, ni que le salaire versé englobe les suppléments de salaire, tels que les gratifications, les primes de fidélité et au rendement, les

provisions ou autres pourboires, il faut en revanche que le salaire net payé par l'employeur atteigne au moins le montant des indemnités journalières servies par l'assureur. Dans le cas contraire, le travailleur dispose d'un droit direct contre l'assureur pour le solde (Stéphanie PERRENOUD, *in* Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, n. 29 ad art. 19).

Dans la mesure où l'employeur continue à payer le salaire, il a un droit propre au versement des indemnités journalières, et son obligation de poursuivre le versement du salaire lui confère ainsi la légitimation pour contester des décisions portant sur les indemnités journalières de l'assurance-accidents (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 266/06 du 28 décembre 2006 consid. 2.4). Le Tribunal fédéral a du reste retenu que le versement à l'assuré d'indemnités journalières pour accident, alors même qu'il continuait de percevoir son salaire, était manifestement erroné au regard de la subrogation prévue en faveur de l'employeur par l'art. 19 al. 2 LPGA et justifiait une reconsidération entraînant la restitution par l'assuré de ces indemnités (arrêt du Tribunal fédéral 8C_241/2019 du juillet 2019 consid. 5.2.2).

7. L'art. 25 LPGA prévoit que les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1). 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. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant (al. 2).

L'obligation de restituer suppose que soient réalisées les conditions d'une révision procédurale (cf. art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (cf. art. 53 al. 2 LPGA) de la décision, formelle ou non, par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_284/2009 du 20 janvier 2010 consid. 3.1.1).

8. Une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA permet à certaines conditions de corriger une constatation inexacte des faits. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération prévue par l'art. 53 al. 2 LPGA (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b). L'assureur peut reconsidérer les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3).
9. Les délais prévus à l'art. 25 al. 2 LPGA sont des délais de péremption (arrêt du Tribunal fédéral 9C_383/2008 du 20 mars 2009 consid. 5).

Selon la jurisprudence, le délai de péremption relatif d'une année commence à courir dès le moment où l'administration aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle (ATF 122 V 270 consid. 5a). L'administration doit disposer de tous les éléments qui sont décisifs dans le cas concret et dont la connaissance fonde - quant à son principe et à son étendue - la créance en restitution à l'encontre de la personne tenue à restitution. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_906/2014 du 30 novembre 2015 consid 5.2.1 et les références). Si, au moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, la prestation n'a pas encore été versée, le délai d'une année de péremption selon l'art. 25 al. 2 1^{ère} phrase LPGA ne peut commencer à courir qu'avec le versement effectif de la prestation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_473/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3).

Le droit public admet de façon plus large que le droit privé les actes interruptifs du créancier, en ce sens que le délai de prescription est interrompu - outre par les moyens mentionnés par l'art. 135 du Code des obligations (CO – RS 220) - par tout acte par lequel celui-ci fait valoir sa prétention de manière appropriée à l'égard du débiteur. Ainsi admet-on en matière fiscale qu'une télécopie par laquelle l'autorité manifeste clairement sa volonté de procéder au recouvrement d'une créance interrompt valablement la prescription (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 55/05 du 16 octobre 2006 consid. 4.2.3). Cela vaut également pour l'interruption ou la conservation de délais de prescription ou de péremption en droit des assurances sociales, en particulier pour le droit aux prestations, qu'un assuré peut faire valoir par une simple annonce au sens de l'art. 29 LPGA. En matière de cotisations et de responsabilité de l'employeur, une décision est nécessaire pour la conservation du délai. Dans l'assurance-invalidité, un préavis de décision est suffisant pour la conservation d'un délai (ATF 133 V 579 consid. 4.3.1 et les références). En ce qui concerne la restitution, une décision est nécessaire. Un courrier qui n'est pas émis sous forme de décision n'est pas suffisant. Le délai n'est pas conservé lorsque la décision ordonnant la restitution n'est pas adressée à la personne soumise à restitution (KIESER, *op. cit.*, nn. 95-96 ad art. 25 LPGA; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 17/03 du 2 septembre 2003 consid. 4.3.2).

10. L'art. 2 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA – RS 830.11) dispose que sont soumis à l'obligation de restituer: le bénéficiaire des prestations allouées indûment ou ses héritiers (let. a); les tiers ou

les autorités à qui ont été versées des prestations en espèces pour qu'elles soient utilisées conformément à leur but, au sens de l'art. 20 LPGA ou des dispositions des lois spéciales, à l'exception du tuteur (let. b); les tiers ou les autorités à qui ont été versées après coup des prestations indues, à l'exception du tuteur (let. c).

Selon la jurisprudence, les tiers ou les autorités en main desquels le versement est intervenu sont soumis à l'obligation de restituer. Il faut alors déterminer si le droit à la prestation à restituer appartenait au tiers - seule situation dans laquelle un recouvrement est licite - ou non. Il ne sera dérogé à ce principe que si ces tiers ou ces autorités font simplement office d'organisme de paiement (*Zahlstelle*), car la perception de la prestation ne leur confère dans un tel cas aucun droit ni devoir personnel. Dans cette situation, c'est la personne à qui la prestation était destinée qui est soumise à l'obligation de restituer (ATF 110 V 10 consid. 2b ; Commentaire de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales *in* Pratique VSI 6/2002 p. 223). Dans les autres cas, le Tribunal fédéral a rappelé que l'obligation de restituer incombe en principe à celui qui a effectivement perçu les prestations selon l'art. 2 OPGA (arrêts du Tribunal fédéral 9C_341/2017 du 27 septembre 2017 consid. 5.2.2, retenant que l'épouse d'un bénéficiaire de prestations complémentaires n'est pas soumise à restitution desdites prestations, et 9C_564/2009 du 22 janvier 2010 consid. 6.5, selon lequel les prestations indûment versées pour une assurée doivent être réclamées aux assureurs d'indemnités journalières à hauteur des montants qu'ils ont reçus en remboursement des avances consenties).

Il est possible que le tiers tenu de restituer se retourne à son tour contre la personne assurée pour exiger d'elle la restitution de la prestation qu'il lui a versée, par exemple le salaire. Dans ce cas, le litige entre l'employeur et la personne assurée en tant que salariée relève exclusivement du droit civil, et cette dernière est donc dans une position plus défavorable car il ne lui est pas possible d'invoquer sa situation difficile, comme elle peut le faire vis-à-vis de l'assurance en vertu de l'art. 25 al. 2 LPGA (Commentaire de l'OPGA *in* Pratique VSI 6/2002 p. 223).

Lorsqu'une prestation est versée à l'employeur en vertu de l'art. 19 al. 2 LPGA, il convient d'admettre que celui-ci peut être soumis à restitution. Une telle obligation de restituer n'existe pas lorsque l'employeur intervient simplement comme organisme de paiement, comme c'est le cas en matière de versement des allocations familiales (KIESER, *op. cit.*, n. 54 ad art. 25 LPGA). En effet, en matière d'allocations familiales, l'employeur n'acquiert aucun droit ou obligation et c'est l'employé qui est soumis à restitution (ATF 140 V 233 consid. 3.1). En revanche, en matière d'allocations pour perte de gain en cas de service ou de maternité, cette disposition confère à l'employeur un droit au paiement des prestations d'assurance à concurrence du salaire versé. L'employeur n'intervient dans un tel contexte pas uniquement comme organisme de paiement, et il peut ainsi être soumis à restitution du trop-versé (ATF 142 V 43 consid. 3.1). La jurisprudence cantonale a implicitement admis que tel était également le cas en matière d'indemnités

journalières pour accident (arrêt 605 2015 89 du 2 mars 2017 de la I^{ère} cour des assurances sociales du canton de Fribourg). La doctrine considère également que l'employeur qui poursuit le versement du salaire en cas d'accident n'agit pas comme simple organisme de paiement, si bien qu'il peut être tenu à restitution (GEHRING, *op. cit.*, n. 5 ad art. 19).

11. L'art. 3 OPGA précise que l'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision (al. 1). L'assureur indique la possibilité d'une remise dans la décision en restitution (al. 2). L'assureur décide dans sa décision de renoncer à la restitution lorsqu'il est manifeste que les conditions d'une remise sont réunies (al. 3).

Au regard de l'art. 25 LPGA et de la jurisprudence, la procédure de restitution de prestations implique trois étapes en principe distinctes : une première décision sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération de la décision par laquelle celles-ci ont été allouées sont réalisées; une seconde décision sur la restitution en tant que telle des prestations, qui comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs ou non de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations et, le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1 2^{ème} phrase LPGA (Sylvie PÉTREMAND, *in* Commentaire romand, *op. cit.*, n. 30 ad art. 25 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 5.2).

La remise et son étendue font l'objet d'une procédure distincte de la restitution. La question de la remise ne peut être examinée qu'à partir du moment où la décision de restitution est entrée en force. L'extinction de la créance en restitution par voie de compensation ne peut à son tour intervenir qu'une fois qu'il a été statué définitivement sur la restitution et sur une éventuelle demande de remise. La jurisprudence admet une exception lorsque des prestations déjà versées à l'assuré sont remplacées par des prestations de valeur égale dues à un autre titre et qu'une compensation de ces deux types de prestations a lieu. Dans ce cas, il n'y a pas de place pour une remise éventuelle. En revanche, la demande de remise doit être examinée si la prestation à restituer pourrait être compensée par des prestations courantes ou futures de l'autre assurance sociale. Il n'en va pas autrement lorsque les créances réciproques découlent de la même assurance sociale: dans ce cas également, la restitution est de nature à mettre l'assuré dans une situation difficile. On notera enfin que l'opposition, ainsi que le recours de première instance, formés contre une décision en matière de restitution ont un effet suspensif, ce qui fait obstacle à leur exécution immédiate (arrêt du Tribunal fédéral 8C_130/2008 du 11 juillet 2008 consid. 3.2 et les références).

12. La LPGA ne contient pas de norme générale sur la compensation, hormis son art. 20 al. 2 qui interdit à un tiers ou une autorité à qui sont versées des prestations de les compenser avec des créances contre l'ayant droit. Ce mode d'extinction des créances est donc régi par les dispositions des lois spéciales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_804/2017 du 9 octobre 2018 consid. 3.1).

L'art. 50 LAA dispose que les créances découlant de la LAA et les créances en restitution de rentes et d'indemnités journalières de l'assurance-vieillesse et survivants, de l'assurance-invalidité, de l'assurance militaire, de l'assurance-chômage et de l'assurance-maladie, ainsi que de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité peuvent être compensées avec des prestations échues.

La compensation ne doit toutefois pas entamer le minimum vital de l'assuré, tel que fixé par l'art. 93 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP – RS 281.1). Cette règle vaut pour toutes les institutions d'assurance sociale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_804/2017 du 9 octobre 2018 consid. 3.1 et les références).

Les créances ne peuvent en outre être compensées que si elles ne sont pas périmées au sens de l'art. 25 al. 2 LPGA (GEHRING, *op. cit.*, n. 20 ad art. 50 LAA).

Sur le plan procédural, l'extinction de la créance en restitution par voie de compensation ne peut intervenir qu'une fois qu'il a été statué définitivement sur la restitution et sur une éventuelle demande de remise de l'obligation de restituer. L'opposition et le recours formés contre une décision en matière de restitution ont un effet suspensif. Une compensation immédiate ferait perdre à l'assuré la possibilité de contester la restitution et, le cas échéant, de demander une remise de l'obligation de restituer (arrêt du Tribunal fédéral 8C_804/2017 du 9 octobre 2018 consid. 3.2).

13. Avant l'entrée en vigueur de la LPGA, la jurisprudence n'instaurait pas dans le domaine des assurances sociales de principe général interdisant la surindemnisation. Autrement dit, en l'absence de règle spéciale de coordination, les prestations de plusieurs assurances sociales pouvaient être cumulées (ATF 128 V 243 consid. 2a).

Les art. 63 à 71 LPGA contiennent désormais les règles de coordination qui s'appliquent aux prestations allouées par plusieurs assurances sociales (art. 63 al. 1 LPGA).

En vertu de l'art. 63 al. 3 LPGA, la coordination des prestations d'une même assurance sociale est régie par la loi spéciale concernée. La coordination intrasystémique des indemnités journalières et des rentes dans l'assurance-accidents est réglée à l'art. 19 al. 1 LAA (KIESER, *Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 3^{ème} éd. 2016, n. 363 p. 363). L'art. 68 LPGA dispose que sous réserve de surindemnisation, les indemnités journalières et les rentes de différentes assurances sociales sont cumulées. L'art. 69 LPGA, relatif à la surindemnisation, précise que le concours de prestations des différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'ayant droit. Ne sont prises en compte dans le calcul de la surindemnisation que des prestations de nature et de but identiques qui sont accordées à l'assuré en raison de l'événement dommageable (al. 1). Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement

dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches (al. 2). Les prestations en espèces sont réduites du montant de la surindemnisation. Sont exceptées de toute réduction les rentes de l'AVS et de l'AI, de même que les allocations pour impotents et les indemnités pour atteinte à l'intégrité. Pour les prestations en capital, la valeur de la rente correspondante est prise en compte (al. 3).

L'interdiction de surindemnisation introduite à l'art. 69 al. 1 LPGA est cependant toute relative. D'une part, elle se limite au concours des prestations des assurances sociales, à l'exclusion de celles des assurances privées conformément au principe de la coordination intersystémique. D'autre part, il faut relever toutes les autres exceptions qui relèvent des lois spéciales; par exemple, l'art. 20 al. 2 LAA qui n'a pas prévu la prise en compte du gain résiduel d'invalidité dans le calcul du montant de la rente d'invalidité complémentaire à l'assurance-invalidité ou à l'assurance-vieillesse et survivants. Or, l'expérience montre que dans certains cas, lorsque, conformément à l'art. 20 al. 2 LAA, le cumul des rentes LAA et AI/AVS correspond au 90 % du gain assuré, le revenu d'invalidité qui s'y ajoute peut créer une surindemnisation très importante qui peut dans certains cas dépasser de 20 % à 30 % le plein salaire (Jean-Michel DUC, Calcul de surindemnisation 69 LPGA in PJA 12/2005, p. 1545).

L'art. 69 al. 1 LPGA consacre le principe de la concordance des droits. Ce principe en cas de concours est le suivant: seules les prestations d'un but et d'un type analogues, allouées à la même personne, pour le même événement dommageable et pour la même période sont prises en considération (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Jean-Maurice FRÉSARD, in Commentaire romand, *op. cit.*, nn. 12 et 15 ad art. 69 LPGA). Le principe de la concordance doit également trouver sa concrétisation en l'absence de disposition idoine dès lors qu'il a une portée générale dans l'assurance sociale (ATF 142 V 75 consid. 6.3.1).

14. a. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'état de santé du recourant était stabilisé au plus tard lors de l'examen par le Dr C_____ en janvier 2017.

C'est en se fondant sur cet élément que l'intimée a examiné le droit à la rente dans sa décision du 11 mai 2017, le point de départ de ce droit étant implicitement fixé au 1^{er} avril 2017, dès lors que l'intimée considérait que le droit aux indemnités journalières s'achevait la veille. Elle a confirmé dans sa décision sur opposition du 12 septembre 2017 que le droit aux indemnités journalières s'était éteint le 31 mars 2017. La chambre de céans ne s'est du reste pas écartée de cette appréciation en fixant la naissance du droit à la rente au 1^{er} avril 2017 dans son arrêt du 29 mai 2018.

On se trouve ainsi dans le cas où le droit à l'indemnité journalière est éteint en raison de la stabilisation du cas au plan médical, qui conduit également à l'examen du droit à la rente. Or, conformément à ce qui précède, un délai d'adaptation pour

reprendre une activité adaptée ne doit pas être accordé à l'assuré dans une telle situation. L'intimée ne l'ignorait pas, puisqu'elle a expressément évoqué le caractère à bien plaisir du versement des indemnités journalières de janvier à mai 2017, une première fois dans sa décision du 11 mai 2017, puis une seconde fois dans sa décision du 5 juillet 2018. Dans ces circonstances, il n'est guère plausible que la mention du caractère volontaire du versement des indemnités journalières dès janvier 2017, répétée dans deux décisions distinctes, résulte d'une erreur, et que l'intimée considérait en réalité être tenue de verser ces indemnités en vertu d'une obligation juridique. Avant l'introduction de la présente procédure, elle n'a du reste jamais allégué une telle obligation.

Ainsi, la chambre de céans retiendra au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_711/2009 du 26 février 2010 consid. 4.2) que l'intimée a consenti au versement des indemnités journalières pour avril et mai 2017 à titre de libéralité. Par conséquent, dites indemnités n'étaient pas dues au sens de la loi.

b. Le délai visé à l'art. 25 al. 2 LPGA a commencé à courir dès leur versement, qui a eu lieu le 4 août 2017. Le droit de réclamer la restitution des prestations n'était ainsi pas périmé lorsque l'intimée a rendu sa décision du 5 juillet 2018, moins d'une année plus tard. Par ailleurs, les conditions strictes auxquelles la protection de la bonne foi peut faire obstacle à une reconsidération, et partant à une restitution, ne sont pas réalisées en l'espèce, en particulier celle ayant trait aux dispositions préjudiciables prises en raison de l'octroi de ces indemnités.

Cela ne suffit toutefois pas pour admettre la conformité au droit de cette décision.

c. En préambule, sur la forme, il convient de souligner que l'arrêt de la chambre de céans du 29 mai 2018 a tranché le degré d'invalidité du recourant sans être déféré au Tribunal fédéral. Or, à partir du moment où une décision judiciaire (ou un jugement) est en force de chose jugée formelle (*formelle Rechtskraft*), c'est-à-dire qu'elle est définitive parce qu'elle ne peut plus être remise en cause par un recours, elle a l'autorité de la chose jugée (*materielle Rechtskraft*), en ce sens qu'elle est obligatoire pour les parties et pour les tribunaux. Elle ne peut plus être remise en cause que par la voie qui permet de revoir des décisions judiciaires, à savoir la révision (arrêt du Tribunal fédéral 4A_292/2017 du 29 janvier 2018 consid. 3.1). L'arrêt du 29 mai 2018 a ainsi acquis force et autorité de chose jugée s'agissant du degré d'invalidité du recourant, et l'intimée n'avait pas à revenir sur ce point dans ses nouvelles décisions. Ce procédé n'a toutefois aucune portée en l'espèce, puisque l'intimée s'est finalement ralliée au taux de 13 % établi par la chambre de céans.

Par ailleurs, la compensation qu'implique la décision de l'intimée est en toute hypothèse prématurée, conformément aux principes rappelés ci-dessus. Le montant de CHF 11'503.40 invoqué à titre de créance compensée, censé correspondre aux indemnités versées du 1^{er} avril au 31 mai 2017, est en outre supérieur aux

CHF 10'225.45 effectivement payés selon le décompte du 31 juillet 2017 et la capture d'écran du système comptable de l'intimée du 4 août suivant.

De plus, il est pour le moins douteux que cette décision satisfasse aux exigences procédurales rappelées ci-dessus en matière de restitution. En effet, l'intimée s'est contentée de procéder implicitement à la compensation, par un simple décompte soustrayant des arriérés de rentes les indemnités versées du 1^{er} avril au 31 mai 2017, sans même mentionner qu'elle exigeait la restitution de ces prestations, ni indiquer le titre de révocation sur lequel elle se fondait, ou la faculté pour le recourant de demander une remise. L'intimée semble avoir ainsi éludé l'étape procédurale consistant à trancher la restitution par décision, qui exige d'examiner si les conditions d'une révocation étaient réalisées.

Or, notre Haute Cour s'est montrée stricte dans les exigences relatives aux décisions de cet ordre. Elle a retenu que la décision d'un assureur-accidents niant le droit aux indemnités journalières déjà versées, et les compensant avec l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui restait due, était constatatoire en tant qu'elle portait sur l'absence de droit aux indemnités journalières. Or, il n'existait pas d'intérêt digne d'être protégé à rendre une décision constatatoire et l'assureur-accidents aurait dû réclamer la restitution des indemnités journalières. Sa décision devait dès lors être annulée, de sorte qu'il n'existait pas de créance sujette à compensation avec l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 79/03 du 18 décembre 2003 consid. 7.3 et 7.4). Dans un cas où l'assureur-accidents avait initialement presté, avant de rendre une décision refusant de prendre en charge les suites de l'accident en raison d'un défaut de couverture, le Tribunal fédéral a également considéré que sa décision avait un caractère purement constatatoire puisqu'elle ne modifiait pas les droits de l'assuré aux prestations déjà accordées. S'il entendait modifier la situation juridique découlant des décisions matérielles d'octroi des prestations, l'assureur-accidents aurait eu la faculté de réclamer la restitution des prestations déjà perçues et il n'y avait ainsi pas d'intérêt digne de protection à rendre une décision en constatation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 214/03 du 13 septembre 2004 consid. 2.3).

Malgré ce qui précède, on peut se demander si l'interdiction du formalisme excessif ancrée à l'art. 29 al. 1 Cst. – le formalisme excessif étant réalisé lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi, complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (arrêt du Tribunal fédéral 2C_343/2012 du 19 avril 2012 consid. 4.1) – ne commande pas de considérer la décision du 5 juillet 2018 comme une décision (implicite) de restitution, bien qu'elle ne soit pas libellée comme telle et qu'elle ne se prononce sur aucun des points à examiner dans le cadre de l'art. 25 LPGA, et notamment pas sur les exigences en lien avec la révocation d'une décision.

Cette question n'a toutefois pas à être tranchée dans le cas d'espèce, dès lors que même s'il fallait considérer que la décision du 5 juillet 2018 statue sur la restitution

à satisfaction de droit, force est de constater que ce n'est pas le recourant qui est tenu à restitution. En effet, ce n'est pas à lui qu'ont été versées les indemnités litigieuses, mais à son employeur. En vertu de la jurisprudence et de la doctrine rappelées ci-dessus, c'est ce dernier qui est cas échéant soumis à restitution, à charge pour lui de se retourner contre le recourant. On ne saurait en particulier pas suivre l'argumentation de l'intimée, qui allègue que la qualité pour restituer de l'employeur n'exclut pas celle de l'assuré. En effet, cela revient à admettre une solidarité passive de l'employeur et de l'assuré. Or, à défaut d'une déclaration des débiteurs s'obligeant chacun à l'égard du créancier pour le tout, la solidarité n'existe que dans les cas prévus par la loi (cf. art. 143 CO). En l'espèce, ni la LPGA ni la LAA n'instituent une telle solidarité entre l'employeur et l'assuré.

Compte tenu de tous les éléments qui précèdent, la décision de l'intimée n'est pas conforme au droit en tant qu'elle compense les arriérés de rentes dus au recourant dès le 1^{er} avril 2017 avec les indemnités journalières du 1^{er} avril au 31 mai 2017 versées à son employeur.

Le recourant a ainsi en principe droit au paiement des rentes dues dès le 1^{er} avril 2017, sous réserve d'une éventuelle surindemnisation.

d. La chambre de céans ne disposant pas de tous les éléments nécessaires à déterminer s'il y a surindemnisation dans le cas d'espèce, notamment eu égard aux discrédances dans les chiffres avancés par l'intimée, la cause sera renvoyée à cette dernière afin qu'elle établisse si tel est le cas conformément aux principes rappelés ci-dessus, et qu'elle verse les arriérés de rentes dus au recourant selon ce calcul.

e. Ces arriérés seront assortis d'intérêts moratoires dès le 1^{er} avril 2019, soit deux ans après la naissance du droit à la rente, conformément à l'art. 26 al. 2 LPGA. En effet, l'obligation de verser des intérêts moratoires selon l'art. 26 LPGA commence 24 mois après le droit à la rente en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas seulement deux ans après l'exigibilité de chaque rente mensuelle (ATF 133 V 9 consid. 3.6). Le taux de l'intérêt moratoire est de 5 % par an (art. 7 al. 1 OPGA).

15. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis.

Le recourant obtenant en grande partie gain de cause, il a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

Conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, au sens des considérants.
3. Annule les décisions du 5 juillet 2018 et du 8 août 2019 en tant qu'elles compensent les arriérés de rentes dues du 1^{er} avril 2017 au 30 septembre 2018 avec les indemnités journalières versées du 1^{er} avril au 31 mai 2017.
4. Renvoie la cause l'intimée pour instruction éventuelle et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de procédure de CHF 2'500.-.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Sylvie CARDINAUX

Valérie MONTANI

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