

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 juillet 2025

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Pasche et Livet, juges  
Greffier : M. Genilloud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à [...] ([...]), recourant,

et

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

---

**Art. 25, 53 al. 1 et 2 LPGA**

## **E n f a i t :**

**A.** O.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été engagé par G.\_\_\_\_\_ SA, par contrat de mission temporaire, pour travailler du 13 novembre au 18 décembre 2020 au sein de l'entreprise M.\_\_\_\_\_ SA en qualité d'aide électricien. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 26 novembre 2020, l'assuré, alors qu'il descendait les marches gelées d'un échafaudage, a glissé et chuté d'une hauteur d'environ 2,5 mètres, retombant sur la main droite, puis sur la jambe droite (cf. rapport du 29 novembre 2020 des Drs N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et F.\_\_\_\_\_, et déclaration d'accident du 11 décembre 2020).

Une IRM réalisée le 1<sup>er</sup> décembre 2020 a mis en évidence une fracture non déplacée du processus coronoïde, avec une minime bursite bicipito-radiale (cf. rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2020 de la Dre X.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie et en médecine nucléaire).

La CNA a pris en charge le cas.

Dans un rapport du 16 avril 2021, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a indiqué que les radiographies de contrôle n'avaient pas montré de déplacement secondaire ni d'ossification. Il estimait que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans une activité nécessitant le port de charges répété.

Un scanner réalisé le 13 décembre 2021 a mis en évidence une pseudarthrose de l'apophyse coronoïde avec visualisation de plusieurs microfragments osseux non consolidés, témoignant de la fragmentation de l'apophyse coronoïde (cf. rapport du 13 décembre 2021 du Dr I.\_\_\_\_\_).

L'assuré, rapportant l'existence de douleurs hyperaiguës lors de la flexion de son coude droit, malgré de nombreuses séances de physiothérapie et deux infiltrations, a consulté le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a, dans un rapport du 18 janvier 2022, préconisé une intervention chirurgicale, sous la forme d'un débridement arthroscopique de la pseudarthrose de la coronoïde.

Par pli du 10 mars 2022, la CNA a informé l'assuré qu'à la suite d'une dénonciation anonyme, faisant état de sa participation à un combat de boxe professionnelle en [...], elle avait effectué une recherche sur les réseaux sociaux et avait constaté qu'il avait participé à diverses manifestations de boxe professionnelle, ce à tout le moins depuis le 9 mars 2021. Tout en octroyant à l'intéressé un délai au 30 mars 2022 pour se déterminer, elle l'informait qu'elle suspendait, dans l'intervalle, toutes prestations.

Dans ses déterminations du 16 mars 2022, l'assuré a reconnu avoir effectivement participé à un combat de boxe en [...], expliquant que seules les activités avec ports de charge lui étaient proscrites et que la pratique de la boxe, qui constituait une passion et non pas une activité lucrative secondaire, n'était pas incompatible avec ses atteintes au coude droit.

Dans une appréciation du 20 avril 2022, la Dre Z.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que la fracture de l'apophyse coronoïde droite était ancienne, tout en précisant qu'une fracture fraîche impliquait toujours la présence d'une réaction inflammatoire dans la zone lésée, sous la forme d'hématome, d'épanchement, d'œdème ou de tuméfaction, réactions qui ne se retrouvaient ni sur les radiographies du 26 novembre 2020 ni à l'IRM du 1<sup>er</sup> décembre 2020. Etant donné que l'assuré avait effectué des entraînements de boxe (possiblement) depuis le 14 décembre 2020 et des combats de boxe depuis le 6 février 2021, elle estimait que l'intéressé

était apte à la reprise professionnelle « dès la date de l'IRM, soit le 5 décembre 2020 » (sic).

Par décision du 25 avril 2022, la CNA a requis de l'assuré la restitution des indemnités journalières versées à tort entre le 1<sup>er</sup> décembre 2020, date de l'IRM, et le 28 février 2022, date à laquelle la dernière indemnité journalière a été versée, soit un montant de 49'458 fr. 50.

Le 15 mai 2022, l'assuré a fait opposition à l'encontre de cette décision. En substance, il faisait valoir qu'il lui était impossible d'avoir repris les entraînements et les matchs de boxe le 14 décembre 2020, les douleurs l'en empêchant et le centre d'entraînement étant à cette époque fermé en raison des mesures sanitaires liées au Covid-19, ce jusqu'à mi-janvier 2021. Dès lors que son médecin traitant l'avait autorisé de reprendre la boxe à la mi-janvier 2021 et qu'il n'avait pratiqué aucune activité physique avant cela, il ne comprenait pas pourquoi on lui demandait la restitution des prestations. Estimant qu'une fracture récente avait été décelée par le médecin urgentiste des [...] le jour de l'accident et mis en évidence par les imageries, il demandait la prise en charge de l'opération, initialement prévue le 4 mars 2022, seule intervention susceptible d'apporter des améliorations.

Dans une appréciation complémentaire du 19 juillet 2022, la Dre Z.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, a indiqué que s'il y avait vraisemblablement eu une fracture du processus coronoïde, elle n'était pas survenue à la date annoncée par l'assuré. L'œdème spongieux, décrit à l'IRM du 1<sup>er</sup> décembre 2020, pouvait correspondre à un trouble dégénératif ou à une ancienne fracture. Le fait que cet œdème ne fût pas accompagné d'hématome, de tuméfaction des tissus mous ou d'un épanchement articulaire excluait l'hypothèse d'un traumatisme aigu et l'absence de luxation/subluxation du coude, avec un appareil ligamentaire intact, permettait de nier l'existence d'une fracture du processus coronoïde.

Par décision sur opposition du 21 juillet 2022, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré.

**B.** Par acte du 4 août 2022 (date du timbre postal), O.\_\_\_\_\_ a déféré la décision sur opposition du 21 juillet 2022 de la CNA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Contrairement à ce que soutenait la CNA, il ne s'était pas entraîné le 14 décembre 2020, mais avait simplement assisté à une séance d'entraînement en tant qu'accompagnateur, ce qui était confirmé par le fait qu'il n'était pas en tenue de sport. Il n'avait été apte à reprendre une activité physique qu'à partir du 7 janvier 2021, comme l'attestait le certificat médical établi par le Dr Q.\_\_\_\_\_, soit sept semaines après l'accident, ce qui corroborait l'appréciation de la Dre Z.\_\_\_\_\_. En outre, il n'était pas en mesure de rembourser le montant réclamé par la CNA, compte tenu de son insolvabilité.

Le 15 août 2022, l'assuré a complété son recours, faisant valoir qu'une inflammation au niveau de son coude droit, bien que minime, avait été décelée par le Dr N.\_\_\_\_\_ sur les radiographies effectuées le jour de l'accident.

Dans sa réponse du 16 septembre 2022, la CNA a conclu au rejet du recours. Les allégations de l'assuré, selon lesquelles il ne s'était pas entraîné le 14 décembre 2020, n'étaient corroborées par aucun élément. Quand bien même il ne se serait pas entraîné ce jour-là, ceci ne remettrait pas en cause l'appréciation de la Dre Z.\_\_\_\_\_, à savoir que l'accident du 26 novembre 2020 n'avait entraîné qu'une contusion du genou droit, laquelle ne l'empêchait pas de reprendre son activité professionnelle à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2020. La question de son indigence alléguée était prématurée et sortait de l'objet du litige.

A la demande du juge instructeur, la CNA a transmis, le 28 mars 2025, le décompte complet des indemnités journalières versées à l'assuré.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**2.** Le litige a pour objet la restitution du montant de 49'458 fr. 50 versé à tort au recourant durant la période du 1<sup>er</sup> décembre 2020 au 28 février 2022.

**3. a)** Aux termes de l'art. 25 al. 1, première phrase, LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. L'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision dans laquelle l'assureur indique la possibilité d'une remise (art. 3 al. 1 et 2 OPGA). Les prestations allouées sur la base d'une décision formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel ne peuvent toutefois être répétées que lorsque les conditions d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) ou d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) sont remplies (ATF 142 V 259 consid. 3.2).

**aa)** Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si la personne assurée ou l'assureur découvre subséquemment des faits

nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA). Sont nouveaux, au sens de cette dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n'étaient pas connus de la partie requérante malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment de la partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1 s. et les références citées ; 143 V 105 consid. 2.3 et les références citées).

**bb)** Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. La reconsidération est donc soumise à deux conditions : l'importance notable de la rectification et l'existence d'une erreur manifeste. L'erreur manifeste signifie qu'il n'existe aucun doute raisonnable sur l'irrégularité initiale de la décision, cette conclusion étant la seule envisageable (ATF 148 V 195 consid. 5.3 ; 138 V 324 consid. 3.3). Le vice peut résulter de l'application des mauvaises bases légales, de la non-application ou de la mauvaise application des normes déterminantes (ATF 147 V 167 consid. 4.2 ; 144 I 103 consid. 2.2 ; 140 V 77 consid. 3.1), ainsi que de l'application erronée de la jurisprudence (Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n° 72 ad art. 53 LPGA) ; il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 147 V 167 consid. 4.2 ; 140 V 77 consid. 3.1).

**b)** La procédure de restitution d'une prestation versée à tort implique en principe trois étapes distinctes (Sylvie Pétremand, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n° 30 ad art. 25 LPGA). La première décision porte sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération ou d'une révision de la décision par laquelle ces prestations ont été initialement allouées sont réalisées au sens de l'art. 53 LPGA, respectivement de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 318 consid. 5.2 ; Pétremand, op. cit., nos 16 et 29 ad art. 25 LPGA). La deuxième décision concerne la restitution en tant que telle des prestations indûment versées, au sens de l'art. 25 al. 1, première phrase, LPGA ; elle comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations et indique une somme déterminée. Le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1, deuxième phrase, LPGA est rendue si une telle demande écrite et motivée a été présentée (cf. art. 4 OPGA). L'autorité administrative est toutefois autorisée à regrouper les deux premières étapes dans une seule décision et statuer sur la question des prestations indues, la reconsidération ou révision d'une décision et ordonner simultanément la restitution de l'indu (TF 9C\_564/2009 du 22 janvier 2010 consid. 5.3 confirmé par : TF 9C\_23/2015 du 17 juin 2015 consid. 2).

**c)** En vertu de l'art. 25 al. 2, première phrase, LPGA, le droit de demander la restitution s'éteint trois ans après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Il s'agit de délais (relatif et absolu) de péremption, qui doivent être examinés d'office (ATF 150 V 305 consid. 3.2 ; 148 V 217 consid. 2.1 ; 146 V 217 consid. 2.1 ; 142 V 20 consid. 3.2.2 ; 140 V 521 consid. 2.1 ; Message du Conseil fédéral [Message du 2 mars 2018 concernant la modification de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales], FF 2018 1597).

**4. a)** En l'espèce, l'intimée, se fondant notamment sur les conclusions de son médecin d'arrondissement, a estimé que l'incapacité



de travail du recourant n'était plus justifiée à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2020 et que la fracture non déplacée du processus coronoïde droit, mise en évidence par IRM du 1<sup>er</sup> décembre 2020, était ancienne et n'était donc pas en lien de causalité avec l'évènement du 26 novembre 2020. De son côté, le recourant fait valoir que la fracture est récente et liée à l'évènement litigieux, ce qui a été confirmé par le médecin urgentiste et par les documents d'imagerie.

**b)** Cela étant, il n'y a pas lieu de douter de l'appréciation médicale opérée par la Dre Z.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de l'intimée. Cette dernière, se référant aux différents documents d'imagerie au dossier, a expliqué de manière convaincante que la fracture du processus coronoïde droit était ancienne, faute de composante inflammatoire aiguë. S'il y avait bien un œdème à l'IRM du 1<sup>er</sup> décembre 2020, il n'était toutefois pas accompagné d'hématome, de tuméfaction des tissus mous ou d'épanchement articulaire, ce qui allait à l'encontre d'un traumatisme aigu, tout comme l'absence de luxation/subluxation du coude et la présence d'un appareil ligamentaire intact. En particulier, au vu de l'absence d'hématome et de douleurs à la palpation dans les suites immédiates de l'accident (cf. rapport du 29 novembre 2020 du Dr N.\_\_\_\_\_), et compte tenu de la reprise de son activité pugilistique à compter du mois de janvier 2021 (avec un premier combat le 6 février 2021, puis deux autres combats les 7 mars et 10 avril 2021), il semble peu vraisemblable que le recourant ait subi, dans le cadre de son accident, une fracture du processus coronoïde droite.

**c)** Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée est revenue, par le biais d'une révision procédurale, sur l'octroi des prestations allouées au recourant et a réclamé à ce dernier la restitution des prestations indues. Toutefois, le recourant a été considéré apte à reprendre une activité physique par le corps médical qu'à partir du 7 janvier 2021 (cf. certificat de non contre-indication à la pratique du sport du 7 janvier 2021 du Dr Q.\_\_\_\_\_. Il convient dès lors de se fonder sur cette date pour fixer la fin du droit aux prestations, étant précisé qu'il subsiste un doute, en l'absence d'image où on le voit porter des gants, quant au fait que le

recourant se soit effectivement entraîné le 14 décembre 2020. Il y a donc lieu de réduire le montant réclamé à titre de restitution, dès lors que les indemnités journalières étaient dues pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2020 au 6 janvier 2021. Ainsi, le montant à restituer s'élève en définitive à 45'436 fr. 60 (49'458 fr. 50 - 4'021 fr. 90 [37 jours à 108 fr. 70]).

**d)** Pour le reste, au regard des explications fournies par le recourant dans le cadre de son recours en lien avec les difficultés de remboursement auxquelles il pourrait être éventuellement confronté, l'intimée est invitée à rendre une décision formelle sur la question de la remise de l'obligation de restituer.

**5. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis, en ce sens que le montant à restituer à l'intimée par le recourant s'élève à 45'436 fr. 60.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. <sup>fbis</sup> LPGA), ni d'allouer de dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 21 juillet 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée, en ce sens que O.\_\_\_\_\_ doit restitution à ladite Caisse de la somme de 45'436 fr. 60.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- O. \_\_\_\_\_, à [...] ([...]),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :