

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1539/2017

ATAS/303/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 avril 2018

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à BONNEVILLE, FRANCE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques-
Alain BRON

recourant

contre

CSS ASSURANCE SA, sise Tribschenstrasse 21, LUCERNE

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) a été engagé en qualité d'aide-soignant à l'EMS B_____ (ci-après l'employeur), dont le siège est à Genève, selon un contrat de remplacement auxiliaire de durée déterminée, du 1^{er} mai au 20 août 2009. Il était assuré, par le biais de son employeur, auprès de la CSS Assurance SA (ci-après la CSS ou l'intimée), conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents.
2. Le 21 juin 2009, il a été victime d'un accident de la route lors duquel il a été blessé à la main gauche.
3. Le cas a été annoncé par l'employeur à la CSS par déclaration d'accident du 14 juillet 2009. Il était précisé que le recourant touchait un salaire de base de CHF 26.70, auquel s'ajoutaient 10.64% du salaire-horaire de base d'indemnités pour vacances, jours fériés, etc. et 8.33% du salaire de gratification/13^{ème} salaire.
4. Par décision du 26 mars 2010 relative à l'accident non professionnel du 21 juin 2009, la CSS a fixé le montant de l'indemnité journalière à CHF 135.55 dès le 24 juin 2009. Elle précisait s'être fondée sur les données fournies par l'employeur de l'assuré. Ce dernier était prié de lui faire parvenir la feuille-accident lorsqu'il aurait repris le travail en plein afin que la CSS puisse établir le décompte final de l'indemnité journalière.
5. Par courrier du 27 octobre 2011, la CSS a informé l'assuré qu'elle le reconnaissait apte à exercer une activité adaptée à 100% dès le 1^{er} novembre 2011 et qu'elle cesserait le versement des indemnités journalières à compter de cette date.
6. Par courrier du 20 janvier 2015 (recte 2016), reçu par la CSS le 21 janvier 2016, l'assuré a informé cette dernière que le calcul effectué pour fixer le montant de l'indemnité journalière à la suite de l'événement du 21 juin 2009 était erroné. Les éléments de son calcul ne lui ayant pas été transmis et n'ayant pas fait l'objet d'une décision formelle, il demandait en conséquence la réévaluation de son droit aux indemnités journalières et, subsidiairement, concluait à la reconsidération de la décision.
7. Par décision du 9 février 2016, mentionnant la voie de l'opposition, la CSS a confirmé le montant de l'indemnité journalière de l'assuré à CHF 135.60 en détaillant son calcul.
8. Par actes des 11 et 30 mars 2016, l'assuré s'est opposé à la décision précitée en contestant le montant du gain sur lequel la CSS avait fondé son calcul de l'indemnité journalière.
9. Le 14 mars 2017, la CSS a rendu une décision confirmant celle du 9 février 2016.
10. Le 1^{er} mai 2017, l'assuré a formé recours contre la décision sur opposition rendue par la CSS le 14 mars 2017. Cette dernière aurait, selon lui, dû tenir compte du fait qu'il avait pris, sur la période de référence, quatre jours de vacances de plus que le

prorata inclus dans son salaire, correspondant à 25 jours de vacances par année, soit 5.43 jours sur 51 jours, respectivement 5.53 jours sur 52 jours si l'on incluait le jour de l'accident dans le décompte, étant rappelé qu'il avait été victime de son accident le 10^{ème} jour de ses vacances prises du 12 au 21 juin 2009. Il s'imposait donc de considérer son salaire effectif sur la période de référence retenue par la CSS, en y soustrayant les quatre jours de vacances pris en plus de son droit aux vacances sur la période, ceux-ci n'ayant pas encore été rémunérés, sans avoir été non plus inclus dans l'indemnisation des heures effectuées de 10.64%.

S'agissant des allocations familiales, dès lors qu'elles auraient dû être versées à l'époque, elles devaient être prises en compte dans le calcul du salaire assuré. Il était avéré qu'il avait une fille, dramatiquement décédée à la suite du même accident qui était à l'origine de l'incapacité de travail à indemniser. Si, par hypothèse, seul un différentiel était dû en raison de son domicile en France, il appartenait à la CSS de l'instruire et de le calculer.

L'indemnité journalière due pour la période du 24 juin 2009 au 31 octobre 2011 aurait dû être fixée à CHF 155.- et la somme de CHF 133'145.- aurait dû lui être versée pour la période considérée au lieu de CHF 116'448.10. La CSS devait donc être condamnée à lui payer ce montant, avec intérêts depuis la date moyenne du 1^{er} septembre 2012, soit 24 mois après la date moyenne de naissance du droit à ses indemnités (art. 26 al. 2 LPGA).

11. Le 21 juin 2017, le recourant a transmis à la chambre des assurances sociales des pièces complémentaires.
12. Le 13 juillet 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions.
13. Sur ce, la cause a été 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - RS/GE E 5 10).
4. Le litige porte sur le montant de l'indemnité journalière allouée au recourant par l'intimée à la suite de son accident du 21 juin 2009.

5. La première question qui se pose en l'espèce est de déterminer si la décision rendue le 26 mars 2010 fixant le montant de l'indemnité journalière relative à l'accident du 21 juin 2009 est entrée en force.

5.1. Aux termes de l'art. 49 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3).

Lorsque des prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle, il y a force de chose décidée si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec une certaine solution adoptée par l'administration et exprimé sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 122 V 369 consid. 3). Ainsi, celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. À défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_63/08 du 12 mars 2008 consid. 2). Un délai plus long, jusqu'à quatorze mois, entre en ligne de compte en particulier si l'assuré, qui ne connaît pas le droit et n'est pas représenté par un avocat, peut admettre de bonne foi que l'assureur n'a pas encore voulu rendre de décision de clôture et qu'il est en train de procéder à des mesures complémentaires d'instruction (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2).

5.2. En l'espèce, la décision rendue par l'intimée le 26 mars 2010 fixant le montant de l'indemnité journalière à CHF 135.55 ne mentionnait pas la voie de l'opposition. Cette décision a été remise en cause par le recourant le 20 janvier 2016, soit presque six ans après la décision et alors que l'intimée ne versait plus l'indemnité journalière au recourant depuis le 1^{er} novembre 2011. L'opposition apparaît ainsi tardive au regard du principe de la bonne foi. Le montant de l'indemnité journalière de CHF 135.55 a dès lors été fixé le 26 mars 2010 dans une décision qui est passée en force, faute de contestation dans un délai raisonnable.

6. L'intimée étant néanmoins entrée en matière sur l'opposition du recourant formée le 20 janvier 2016 par sa décision du 9 février 2016, il faut déterminer si cela permet au recourant de contester, dans ce cadre, le montant de l'indemnité fixée par décision du 26 mars 2010.

6.1. Lorsque l'instance inférieure a omis de vérifier si les conditions formelles de validité de la procédure – dont fait partie l'observation des délais légaux – sont réunies, la question de savoir si c'est à juste titre que l'instance inférieure est entrée en matière doit être examinée d'office dans la procédure contentieuse. Si tel n'est

pas le cas, l'autorité de recours doit annuler la décision (Fritz GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} éd., Berne 1983, p. 73; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 44/05 du 13 avril 2006 consid. 1; ATAS/1050/2010 du 14 octobre 2010).

Il faut rappeler que le droit des assurances sociales est régi par le principe de la légalité. Cela signifie que les assurés ne peuvent se voir octroyer des prestations qui ne reposent pas sur une base légale, et que les assureurs sociaux ne peuvent en principe accorder des avantages à bien plaisir (Thomas LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^{ème} éd., Berne 2003, p. 88 nn. 19 et 20).

6.2. Au vu de la jurisprudence précitée, il y a lieu de constater que la décision prise le 9 février 2016 ne permet pas de pallier le caractère tardif de l'opposition contre la décision du 26 mars 2010. Il en résulte que c'est à tort que l'intimée est entrée en matière sur la demande du recourant du 20 janvier 2016, qui ne peut remettre en cause la décision précitée par la présente procédure.

7. Il convient encore d'examiner si la décision du 26 mars 2010 doit faire l'objet d'une reconsidération par l'intimée.

7.1. Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Selon la jurisprudence, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1 p. 52; 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479; 117 V 8 consid. 2a p. 12 s.; arrêt 9C_447/2007 du 10 juillet 2008 consid. 1; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^o éd., no 44 ad art. 53). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa p.14; arrêt du Tribunal fédéral 8C_866/2009 consid. 2.2 du 27 avril 2010).

7.2. En l'espèce, l'intimée a confirmé sa décision du 26 mars 2010 le 9 février 2016. Elle a ainsi refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération du recourant et sa décision ne peut dès lors pas être contrôlée par la chambre de céans.

8. Il sera enfin relevé qu'il n'y a pas lieu à révision de la décision du 26 mars 2010, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, dès lors que le recourant n'invoque pas de faits nouveaux importants découverts après cette décision ni de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.
9. En conclusion, il n'y a pas lieu d'examiner les griefs du recourant qui ont trait à une décision entrée en force et le recours doit, de ce fait, être rejeté.
10. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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