

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mai 2012

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffier : M Bohrer

Cause pendante entre :

W._____, à [...] (France), recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

**Art. 6, 25 al. 1 et 58 al. 2 LPGA ; 3, 4 al. 1 et 4 OPGA ; 15 al. 2, 16
et 17 al. 1 LAA ; 22 al. 3 et 25 al. 1 OLAA**

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1980 et domicilié en France, a été engagé par la société AR_____ SA à [...] pour un mandat d'ouvrier intérimaire pour le compte de l'entreprise TP_____ Sàrl, à [...] avec effet au 23 novembre 2009. A ce titre, il était couvert par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la caisse) contre les accidents, professionnels et non professionnels, ainsi que pour les maladies professionnelles.

Il ressort des décomptes de salaire figurant au dossier pour la période du 23 novembre 2009 au 31 janvier 2010, soit 70 jours, que l'assuré a obtenu un revenu de 5'871 fr. 55.

Par deux déclarations de sinistre LAA datées toutes les deux du 23 février 2010, l'employeur précité a annoncé à la caisse que le 4 février 2010, l'assuré avait présenté une réaction cutanée aux produits utilisés dans le cadre de son travail, sous la forme de boutons sur les mains et les bras ainsi que de renflements au niveau des yeux et que le 17 février 2010, cette atteinte s'était à nouveau manifestée.

Dans un rapport médical non daté, le Dr K._____, médecin généraliste à [...] (France) a posé le diagnostic d'allergie cutanée professionnelle, prenant la forme d'un eczéma aigu aux avant bras et au visage lié à des huiles utilisées au travail. Ce praticien a indiqué que l'assuré avait subi deux périodes d'incapacités de travail à 100% allant respectivement du 4 au 14 février et du 17 au 21 février 2010.

Le 8 mars 2010, l'assuré a débuté une nouvelle mission temporaire pour le compte d'un nouvel employeur à [...].

Du 24 septembre au 8 octobre 2010, à la demande de la caisse, l'assuré a subi plusieurs tests épicutanés auprès du Service de dermatologie et vénérologie du Centre X _____.

Dans un rapport d'expertise dermatologique du 19 novembre 2010, les Drs Z. _____ et Y. _____, du Service de dermatologie du Centre X _____, ont posé les diagnostics d'atopie cutanée et de sensibilisation forte aux résines d'époxy dont l'origine professionnelle était certaine.

Par courrier du 22 novembre 2010, la société ST _____ SA, à [...] (VD), a certifié que l'assuré avait dû s'absenter 7 heures de son travail pour effectuer les tests médicaux requis par la caisse et que le taux horaire de son salaire était de 29 fr. hors taxes.

Dans un rapport médical du 14 janvier 2011, le Dr L. _____, de la division médecine du travail de la caisse, a retenu en substance que l'assuré avait présenté une affection dermatologique en relation avec des résines époxy, ce qui correspondait à une maladie professionnelle.

Par courrier non daté, enregistré par la caisse le 1er mars 2011, l'assuré a demandé la prise en charge d'une indemnisation allant du 17 février au 8 mars 2010.

Par courrier non daté, enregistré par la caisse le 1^{er} avril 2011, le recourant s'est plaint du calcul de son indemnité journalière ainsi que de son indemnité pour ses heures de travail perdues. En substance, il convenait de retenir que, selon ses calculs, son indemnité journalière devait être arrêtée à 156 fr. 40 et son indemnité pour ses 7 heures de travail perdues à 162 fr. 40 en tout.

Par décision du 4 mai 2011, la caisse a arrêté le revenu annuel de l'assuré à 30'615 fr. 95 et a fixé son indemnité journalière à 67 fr. 15 fondant ses calculs sur le fait que l'assuré avait travaillé du 23 novembre 2009 au 31 janvier 2010, soit 70 jours, pour un salaire de 5'871 fr. 55. Elle a en outre admis le remboursement de 7 heures de travail perdues auprès de la société ST _____ SA, à hauteur de 23 fr. 15 de l'heure, soit 162 fr. 05. en tout.

Par courrier non daté, enregistré par la caisse le 1^{er} juin 2011, l'assuré a formé opposition contre cette décision, considérant pour l'essentiel que son indemnité journalière devait s'élever à 98 fr. 41 pour 30 jours d'incapacité de travail. Il a ainsi réclamé le versement de 2'952 fr. 30. A l'appui de sa position, l'assuré a indiqué en substance que le montant de son revenu annuel, tel que calculé par la caisse, était sous-estimé dans la mesure où celle-ci avait inclus dans ses calculs les samedis et dimanches, ainsi que les jours fériés et les vacances. L'assuré n'a fait en revanche aucune observation concernant ses heures de travail perdues.

Par décision du 12 septembre 2011, la caisse a rejeté l'opposition de l'assuré et a confirmé les calculs et les montants retenus tant pour son indemnité journalière (67 fr. 15) que pour l'indemnisation de ses heures de travail perdues, soit 162.05 fr en tout. Concernant plus particulièrement les indemnités journalières, la caisse a en outre indiqué en substance que, malgré l'absence d'un certificat médical attestant une incapacité de travail du 22 février au 7 mars 2010, elle acceptait d'indemniser cette période. Elle a par conséquent retenu que l'assuré avait droit à 30 jours indemnisés pour un montant total de 2'014 fr. 50.

B. **a)** Par acte du 1er octobre 2011, l'assuré a fait recours contre la décision sur opposition rendue le 12 septembre 2011 par la caisse en concluant implicitement à son annulation.

En substance, le recourant a contesté le montant de son indemnité journalière et a conclu à ce que son montant soit fixé à 99 fr. 54 et à ce que la caisse lui verse 2'986 fr. 20, à savoir le montant correspondant à 30 indemnités journalières. Il a estimé en outre que le montant annuel de son salaire avait été arrêté de manière erronée à 30'615 fr. 95 et qu'il convenait de le fixer à 45'415 fr. 95. A l'appui de sa position, le recourant a indiqué que la caisse avait retenu à tort qu'il avait travaillé 70 jours entre le 25 novembre 2009 et le 31 janvier 2010. Selon le recourant, la position de la caisse reviendrait à considérer qu'il avait travaillé tous les week-ends et les vacances, Noël et le jour de l'an

compris, alors qu'il avait effectivement travaillé 36 jours durant cette période.

b) Par mémoire de réponse du 9 janvier 2012, la caisse, par l'intermédiaire l'avocat Didier Elsig, a conclu principalement au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition rendue le 12 septembre 2011 et, subsidiairement, à la condamnation du recourant à rembourser de 940 fr. 10 au motif, substantiellement, que c'était à tort que celle-ci avait indemnisé le recourant pour la période allant du 22 février au 7 mars 2010, soit 14 jours, vu l'absence d'un certificat médical attestant son incapacité de travail. Pour le surplus, la caisse a confirmé ses précédents calculs relatifs à l'indemnité journalière et a relevé que le recours ne portait pas sur les 7 heures de travail perdues et que, par conséquent, celles-ci n'étaient plus litigieuses.

c) Par réplique du 20 février 2012, le recourant a demandé à être entendu par la Cour de céans afin d'exposer son calcul et d'exprimer, entre autres "son mécontentement vis-à-vis de la [caisse]". Il a en outre confirmé en substance ses conclusions et a joint un certificat médical établi par le Dr K. _____ dont il ressort ce qui suit :

"Je, soussigné Dr K. _____, certifie avoir vu en consultation le 22 février 2010 M. W. _____ qui présentait toujours des lésions cutanées en relation avec une intolérance aux produits utilisés dans le cadre de son travail. J'ai prolongé son arrêt de travail jusqu'au 7 mars 2010, en indiquant l'origine professionnelle des lésions cutanées."

Le recourant a également indiqué en substance que la caisse lui avait déjà versé 1'035.- fr. et qu'elle lui devait encore 1'983 fr. 19.

d) Par duplique du 10 mai 2012, la caisse a persisté dans ses conclusions et constaté que le solde encore litigieux ascendait au maximum à 1'983 fr. 19, le recourant ayant admis avoir déjà reçu 1'035 fr.

Le recourant n'a pas déposé de déterminations complémentaires.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (art. 58 al. 2 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé dans le délai utile devant le tribunal compétent, l'employeur du recourant ayant son siège dans le canton de Vaud.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). De valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre du Tribunal cantonal, statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'occurrence, le litige porte sur le montant de l'indemnité journalière calculée par la caisse, montant que le recourant considère comme trop bas.

a) En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré a droit à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident (al. 1) ; le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail (al. 2).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80% du gain assuré.

Selon l'art. 15 al. 2 LAA, est réputé gain assuré pour le calcul de l'indemnité journalière le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident. L'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire que l'assuré a reçu en dernier lieu avant l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (art. 22 al. 3 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]).

L'indemnité journalière est calculée conformément à l'annexe 2 OLAA et versée pour tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés (art. 25 al. 1 OLAA) et se fondant sur la formule suivante: indemnité journalière = salaire annuel / 365 jours x 80%.

b) En l'espèce, le recourant conteste les calculs de la caisse concernant le montant de son indemnité journalière.

Selon les fiches de salaire figurant au dossier et émanant de la société AR_____ SA, le revenu touché par le recourant du 23 novembre 2009 au 31 janvier 2010, soit pour une période comprenant 70 jours, s'est élevé à 5'871 fr. 55. Les pourcentages pour les vacances et jours fériés sur les salaires horaires ne doivent pas être ajoutés. Ils sont en effet compris dans le gain annuel dans la mesure où l'on multiplie le salaire hebdomadaire par 52 semaines de travail et non 56 semaines. Ainsi, en tenant compte d'un revenu de 5'871 fr. 55 pour 70 jours, c'est logiquement que l'on convertit ce revenu en salaire annuel, à savoir

30'615 fr. 95 (5'871.55 / 70 x 365). Sur cette base, conformément à l'art. 25 al. 1 OLAA et à l'annexe 2 OLAA, l'indemnité journalière du recourant doit être arrêtée en l'espèce à 67 fr. 15 (30'615.95 / 365 x 80%).

Au regard de ce qui précède, c'est à bon droit que la caisse a retenu que l'indemnité journalière du recourant devait être fixée à 67 fr. 15, à savoir 2'014 fr. 50 pour 30 jours indemnisés.

3. La caisse conclut subsidiairement, à titre reconventionnel, à la restitution par le recourant de 904 fr. 10 pour la période allant du 22 février 2010 au 8 mars 2010 au motif que ce dernier n'aurait pas produit un certificat médical attestant son incapacité de travail.

a) En vertu de l'art. 25 al. 1 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. Selon l'art. 3 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11), l'étendue de l'obligation de restituer est fixée par décision et l'assureur y indique la possibilité d'une remise. Lorsqu'il est manifeste que les conditions de cette dernière sont réunies, l'assureur renonce à la restitution par voie de décision. En vertu de l'art. 4 al. 1 OPGA, la restitution entière ou partielle des prestations allouées indûment, mais reçues de bonne foi, ne peut être exigée si l'intéressé se trouve dans une situation difficile. Selon l'alinéa 4 de cette disposition, la demande de remise doit être présentée par écrit, motivée, accompagnée des pièces utiles et déposée au plus tard 30 jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution.

b) Au regard des lignes qui précèdent et des pièces du dossier, force est de constater que la caisse n'a pris aucune décision en restitution répondant aux exigences légales susmentionnées et entrant par surcroît dans le cadre du présent litige. Il n'y a donc pas lieu d'entrer en matière sur sa conclusion reconventionnelle tendant au remboursement de 904 fr. 10 à charge du recourant.

4. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de procéder à l'audition du recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

5. a) Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire (art. 61 al. 1 let. a LPGA).

Bien que la caisse ait procédé avec l'assistance d'un mandataire professionnel il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens. En effet, en prévoyant que seul le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), le législateur a clairement entendu exclure l'allocation de dépens à l'assureur social qui obtient gain de cause (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., Zurich-Bâle-Genève 2009, ch. 114 ad art. 61 LPGA, p. 791), comme c'était d'ailleurs déjà le cas avant l'entrée en vigueur de la LPGA (cf. ATF 126 V 143 consid. 4), sous réserve, selon la jurisprudence, du cas où le recourant a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 127 V 205 consid. 4), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 12 septembre 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- W. _____,
- Me Didier Elsig, avocat (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :