

GE_GERICHTE ATAS/218/2025 vom 31. März 2025

GE Cour de justice, 2025-03-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_218_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/218/2025 du 31 mars 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/218/2025 del 31 marzo 2025

Erwägungen

E. 1.1

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 à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

À teneur de l'art. 58 al. 2 LPGA – la LPGA étant applicable (art. 1 al. 1 LAA et 2 LPGA) –, si l'assuré ou une autre partie est domicilié 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. En l'occurrence, le siège social de l'employeuse du recourant, domicilié en France, est situé dans le canton de Genève, de sorte que la chambre de céans est également compétente à raison du lieu.

E. 1.3

Par ailleurs interjeté dans la forme et le délai de 30 jours prévus par la loi (art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA ; art. 62 al. 1 let. a, 89A et 89B de la loi sur la

A/513/2024 - 7/16 - procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10), le recours est recevable.

E. 2

Il convient préalablement d'examiner l'objet du litige.

E. 2.1

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un

rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références).

E. 2.2

En l'espèce, le litige porte sur la conformité au droit de la décision sur opposition de l'intimée en tant qu'elle confirme l'absence de droit aux prestations d'assurance au titre de l'assurance-accidents selon la LAA en raison de la fin de la couverture du recourant, étant relevé que le litige relatif à l'assistance juridique a fait l'objet d'un arrêt séparé. Le recourant n'a remis en cause ni au stade du recours, ni déjà au stade de l'opposition la renonciation à solliciter le remboursement des prestations de soins et de l'indemnité journalière versées jusqu'au 13 septembre 2023, point sur lequel l'intimée a indiqué se réserver le droit de revenir dans ses dernières écritures mais qui, non contesté par le recourant, est exorbitant au présent litige et ne sera partant pas examiné, tout comme la demande d'instruction y relative.

E. 3

Le recourant affirme qu'il était encore sous contrat pour son employeuse jusqu'à fin octobre 2022 et qu'il aurait encore pu accomplir des heures pour cette dernière, de sorte que la couverture avait perduré jusqu'à fin novembre 2022 et qu'il était donc couvert lors de son accident.

E. 3.1.1

L'assurance produit ses effets dès le jour où débute le rapport de travail ou dès que naît le droit au salaire, mais en tout cas dès le moment où le travailleur prend le chemin pour se rendre au travail (art. 3 al. 1 1re phr. LAA). L'assurance cesse de produire ses effets à la fin du 31e jour qui suit le jour où prend fin le droit au demi-salaire au moins (art. 3 al. 2 ab initio LAA).

A/513/2024 - 8/16 - Sont réputés salaire, au sens de l'art. 3 al. 2 LAA le salaire déterminant au sens de la législation fédérale sur l'AVS (let. a), les indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance militaire, de l'assurance-invalidité et celles des caisse-maladie et des assurances-maladie et accidents privées, qui sont versées en lieu et place du salaire, les allocations au titre de la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité du 25 septembre 1952 (loi sur les allocations pour perte de gain, LAPG - RS 834.1), de même que les allocations d'une assurance-maternité cantonale (let. b), les allocations familiales qui, au titre d'allocation pour enfants ou d'allocation de formation ou de ménage, sont versées conformément aux usages locaux ou professionnels (let. c), les salaires sur lesquels aucune cotisation de l'AVS n'est perçue en raison de l'âge de l'assuré (let. d ; art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 - OLAA - RS 832.202). Ne comptent pas comme salaire les indemnités versées en cas de résiliation des rapports de travail, lors de la fermeture ou de la fusion d'entreprise, ou dans des circonstances analogues (let. a), les rémunérations telles que gratifications, primes de Noël, participations au résultat de l'exploitation, actions distribuées au personnel, tantièmes et primes de fidélité ou d'ancienneté (let. b ; art. 7 al. 2 OLAA).

E. 3.1.2

Selon la jurisprudence, ce n'est pas la date effective de la cessation des rapports de travail qui est déterminante, mais le droit au salaire (selon la loi ou le contrat de travail) qui peut se

prolonger au-delà de cette date, par exemple en raison de vacances (ATF 107 V 106 ; arrêt du Tribunal fédéral U 385/99 du 27 mars 2000 ; ATAS/192/2020 du 25 février 2020 consid. 7 ; Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accident obligatoire in Ulrich MEYER (éd.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit/Sécurité sociale, 3e éd., 2016, p. 885 ss, n. 40 p. 908). Une personne n'est pas assurée pendant un congé non payé, dès lors que l'assurance prend fin conformément à l'art. 3 al. 2 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_445/2009 du 22 juillet 2010 consid. 6.4). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la prolongation de la couverture d'assurance a pour but d'empêcher qu'une personne ne soit plus couverte pour les accidents non professionnels au terme des rapports de travail si elle ne commence pas immédiatement une activité à ce moment-là. Sitôt une nouvelle couverture d'assurance en vigueur, la nouvelle assurance répond du sinistre même si l'accident survient durant la période d'assurance prolongée, car cette dernière n'est plus nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_338/2019 du 8 mai 2020 consid. 7.1 ; Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 38 p. 907 s.). Cela se justifie aussi par le fait que durant la période d'assurance prolongée, aucune prime n'est due à l'assureur-accidents dont la couverture d'assurance se prolonge de 30 jours après la fin du droit au demi-salaire au moins

A/513/2024 - 9/16 - (ATF 127 V 458 consid. 2 b/ee p. 462 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_338/2019 du

E. 3.1.3

La Commission ad hoc sinistres LAA (ci-après : la commission ad hoc), dans laquelle plusieurs assureurs-accidents sont représentés, a été créée afin que les divers organismes appliquent la loi de façon uniforme. Elle émet dans ce but des recommandations. Ces recommandations ne sont ni des ordonnances administratives, ni des directives de l'autorité de surveillance aux organes d'exécution de la loi. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit. Même si elles ne sont pas dépourvues d'importance sous l'angle de l'égalité de traitement des assurés, elles ne lient pas le juge (ATF 139 V 457 consid. 4.2). Selon la recommandation pour l'application de la LAA et de l'OLAA de la commission ad hoc no 2/12 (fin de l'assurance en cas de perte du salaire ; art. 3 al. 2 LAA et 7 al. 1 let b OLAA) du 28 juin 2012, révisée le 1er janvier 2017, le droit au demi-salaire ou à une demi-compensation du salaire au moins doit naître au plus tard le 32e jour après l'expiration du dernier jour de droit au salaire, sinon l'assurance prend fin à l'expiration du 31e jour. L'existence d'un droit au salaire est déterminante et non le versement effectif de salaires ou la résiliation des rapports de travail (n. 4 § 1). La couverture d'assurance éteinte ne redéploie pas automatiquement ses effets ultérieurement (par exemple en cas de rechute ou de droit ultérieur à une compensation de salaire à hauteur d'un demi-salaire au moins), mais uniquement le jour où le travailleur commence ou où il existe un droit au salaire (n. 4 § 3).

E. 3.2.1

Les travailleurs occupés à temps partiel au sens de l'art. 7 al. 2 LAA ne sont pas assurés contre les accidents non professionnels (art. 8 al. 2 LAA). Les accidents qui se produisent sur le trajet que l'assuré doit emprunter pour se rendre au travail ou pour en revenir sont aussi réputés accidents professionnels pour les travailleurs occupés à temps partiel dont la durée de travail n'atteint pas un minimum qui sera fixé par le Conseil fédéral (art. 7 al. 2 LAA). Les travailleurs à temps partiel occupés chez un employeur au moins huit heures par semaine sont également assurés contre les accidents non professionnels (art. 13 al. 1

OLAA).

E. 3.2.2

La recommandation pour l'application de la LAA et de l'OLAA de la commission ad hoc no 7/87 (employés occupés à temps irrégulier ; art. 8 al. 2 LAA et 13 al. 1 OLAA) du 4 septembre 1987, révisée les 17 novembre 2008 et 5 avril 2019, traite de la manière de déterminer si les employés occupés à temps irrégulier doivent être considérés comme travaillant au moins huit heures par semaine et sont partant également assurés contre les accidents professionnels.

E. 3.3.1

Par le contrat individuel de travail, le travailleur s'engage, pour une durée déterminée ou indéterminée, à travailler au service de l'employeur et celui-ci à payer un salaire fixé d'après le temps ou le travail fourni (salaire aux pièces ou à

A/513/2024 - 10/16 - la tâche ; art. 319 al. 1 de la loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse - CO, Code des obligations - RS 220). Est aussi réputé contrat individuel de travail le contrat par lequel un travailleur s'engage à travailler régulièrement au service de l'employeur par heures, demi-journées ou journées (travail à temps partiel ; art. 319 al. 2 CO). Si l'employeur empêche par sa faute l'exécution du travail ou se trouve en demeure de l'accepter pour d'autres motifs, il reste tenu de payer le salaire sans que le travailleur doive encore fournir son travail (art. 324 al. 1 CO). Le contrat peut être résilié pour la fin d'un mois moyennant un délai de congé d'un mois pendant la première année de service, de deux mois de la deuxième à la neuvième année de service, de trois mois ultérieurement (art. 335c al. 1 CO). Ces délais peuvent être modifiés par accord écrit, contrat-type de travail ou convention collective ; des délais inférieurs à un mois ne peuvent toutefois être fixés que par convention collective et pour la première année de service (art. 335c al. 2 CO).

E. 3.3.2

On distingue le travail sur appel proprement et improprement dit : dans le contrat de travail sur appel proprement dit, l'horaire et la durée du temps de travail sont fixés unilatéralement par l'employeur en fonction de ses besoins et le travailleur doit se tenir à disposition de celui-ci. En revanche, dans le contrat de travail sur appel improprement dit, le travailleur a le droit de refuser une mission proposée par l'employeur (arrêt du Tribunal fédéral 8C_318/2014 du 21 mai 2015 consid. 5.1 et les références citées). En soi, le travail sur appel n'est pas interdit par la loi (ATF 125 III 65 consid. 3b ; 124 III 249 consid. 2a). Il n'en demeure pas moins que cette forme de travail doit respecter les dispositions légales impératives (art. 361 et 362 CO ; ATF 125 III 65 consid. 3b) et qu'elle peut, le cas échéant, être incompatible avec les clauses normatives d'une convention collective de travail (ATF 124 III 249 consid. 2b). L'une des limites au travail sur appel se rencontre en cas de diminution brutale du volume mensuel de travail, laquelle peut notamment vider de sa substance la protection impérative liée au délai de congé fixé à l'art. 335c CO (ATF 125 III 65 consid.4b/aa). En effet, même si, par définition, le volume du travail sur appel varie selon les circonstances, l'employeur – qui supporte le risque d'entreprise selon la règle impérative de l'art. 324 al. 1 CO – ne peut pas refuser d'un jour à l'autre les services du travailleur et le priver subitement de toute rémunération (art. 326 CO) ; jusqu'à l'échéance du délai de congé, le travailleur a donc droit à son salaire, calculé sur la base de la moyenne des rémunérations perçues pendant une période déterminée équitablement (ATF 125 III 65

consid. 5), et la personne salariée ne peut pas y renoncer en tout cas pendant la durée du contrat (art. 362 et 341 al. 1 CO ; Anne MEIER in Luc THÉVENOZ/Franz WERRO, Commentaire romand, Code des obligations I, art. 1-529, 3e éd., 2021, n. 23 ad art. 319). Cette jurisprudence n'est valable que pour le travail sur appel proprement dit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_641/2022 du 3 février 2022 consid. 5.2 et 5.3).

A/513/2024 - 11/16 -

E. 3.4

En l'espèce, l'intimée a retenu qu'à la date de l'accident, soit le 11 octobre 2022, le recourant n'était plus couvert par l'assurance-accidents obligatoire, car son dernier droit au salaire remontait au 4 septembre 2022, dernier jour travaillé, et que plus de 31 jours s'étaient écoulés depuis cette date au moment de l'accident. Sur ce point, il convient de relever que l'intimée ne conteste pas le fait que, tant qu'il percevait un salaire, le recourant travaillait plus de huit heures par semaine et était de ce fait couvert pour les accidents non professionnels. Son refus de prestations repose ainsi uniquement sur l'expiration du délai de l'art. 3 al. 2 LAA, et donc sur la fin de la couverture pour les accidents. Le recourant conteste cette position et affirme qu'il aurait pu être amené à travailler jusqu'au 31 octobre 2022, date pour laquelle le contrat avait été résilié, et qu'il devait partant être couvert pour l'accident survenu le 11 octobre 2022. Il convient donc d'examiner comment doit être appliqué l'art. 3 al. 2 LAA dans le contexte particulier du contrat de travail avec horaire irrégulier du recourant. Il ressort de l'art. 3 al. 2 LAA qu'est déterminante pour le départ du délai de prolongation de la couverture d'assurance la fin du droit au demi-salaire au moins. En se référant au droit au salaire, l'art. 3 al. 2 LAA renvoie aux dispositions du CO en matière de contrat de travail. Il s'agit donc d'examiner quand le droit au salaire du recourant s'est éteint en vertu du droit du travail. Le contrat de travail liant le recourant et son employeuse prévoit que la durée et l'organisation des contributions étaient organisées d'un commun accord (art. 6). Il en découle que ce contrat ne prévoit pas d'obligation d'accepter le travail proposé et que le recourant avait le droit de refuser du travail, ce qu'il indique d'ailleurs lui-même avoir fait après le 4 septembre 2022. Le contrat qui liait le recourant et son employeuse prévoyait donc du travail sur appel improprement dit. Par conséquent, contrairement à ce qui prévaut pour le contrat de travail sur appel proprement dit, le recourant n'avait de droit au salaire que tant qu'il travaillait, ceci indépendamment de l'existence ou non d'une diminution brutale du volume mensuel de travail. Ayant travaillé en dernier lieu pour son employeuse le 4 septembre 2022, son droit au salaire a ensuite pris fin, tout comme la couverture LAA à la fin du 31^e jour qui a suivi. Il en découle qu'au moment de l'accident, le 11 octobre 2022, la couverture d'assurance avait déjà pris fin, conformément à l'art. 3 al. 2 LAA. L'intimée était en conséquence fondée à constater la fin de la couverture et le grief sera écarté. 4. Le recourant affirme que l'intimée serait en tout état de cause tenue de prendre en charge l'accident en raison de la violation du devoir d'information. 4.1 L'assureur doit offrir à l'assuré la possibilité de prolonger de six mois au plus l'assurance par convention spéciale (art. 3 al. 3 LAA). Les conventions individuelles ou collectives sur la prolongation de l'assurance contre les accidents

A/513/2024 - 12/16 - non professionnels doivent être conclues avant l'expiration du rapport d'assurance (art. 8 OLAA). Dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (art. 27 al. 1 LPGA). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents

pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (art. 27 al. 2 LPGA). Les assureurs veillent à ce que les employeurs, les services compétents de l'assurance-chômage et les organes d'exécution compétents de l'assurance-invalidité au sens de l'art. 53 al. 1 LAI soient suffisamment informés de la pratique de l'assurance-accidents (art. 72 al. 1 OLAA). Les employeurs, les services compétents de l'assurance-chômage et les organes d'exécution compétents de l'assurance-invalidité au sens de l'art. 53 al. 1 LAI sont tenus de transmettre les informations à leur personnel ou aux personnes visées à l'art. 1a al. 1 let. c LAA, et en particulier la possibilité de conclure une assurance par convention (art. 72 al. 2 OLAA). 4.2 L'art. 72 OLAA prévoit une information en deux temps : l'assureur informe dans un premier temps les employeurs sur la pratique de l'assurance, dont la problématique de la prolongation conventionnelle de la couverture d'assurance au sens de l'art. 3 al. 3 LAA fait partie, les employeurs devant dans un deuxième temps transmettre ces informations à leur personnel (ATF 121 V 28 consid. 2a ; Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 698 p. 1087 ; Kaspar GEHRING in KVG UVG Kommentar, 2018, n. 10 ad art. 58 LAA). Dans ce contexte, l'assureur et l'employeur sont des organes d'exécution de l'assurance-accidents obligatoire (ATF 143 V 341 consid. 3.2.2.1 ; 121 V 34 consid. 2c ; RAMA 2000 U 387 p. 274 s. consid. 3b ; Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 699 p. 1087). Tant l'assureur que l'employeur jouissent d'une grande liberté pour mettre en œuvre leur devoir d'information. Toutefois, les modalités choisies doivent garantir que les employés soient informés de manière explicite de leurs droits. Il est ainsi admis que les assureurs peuvent transmettre l'information par le biais des circulaires ou des bulletins d'information. Quant aux employeurs, ils peuvent afficher les renseignements dans un endroit accessible au personnel ou informer leurs employés lors de réunions générales. Enfin, les messages collectifs transmis par courriel sont également devenus un moyen d'information de plus en plus répandu (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 263/02 du 25 août 2003 consid. 2.2 et 2.3 ; Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 699 p. 1087 et 1088).

A/513/2024 - 13/16 - 4.3 Selon la jurisprudence, une violation du devoir d'informer peut avoir pour conséquence, conformément au principe de la protection de la bonne foi de l'assuré, que la couverture d'assurance soit admise même en l'absence d'une assurance par convention (ATF 143 V 341 consid. 3.2.2.1 et les références). En effet, le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité (en l'espèce l'assureur) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; ATF 143 V 341 consid. 5.2.1 ; 131 V 472 consid. 5). D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le

comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 143 V 341 consid. 5.2.1 ; 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 143 V 341 consid. 5.2.1 ; 131 V 472 consid. 5). Il existe une présomption naturelle, fondée sur l'expérience générale de la vie, que la personne assurée qui aurait été informée de la possibilité de prolonger la couverture d'assurance aurait conclu une telle assurance, du moins lorsqu'elle envisageait d'interrompre son activité professionnelle pour un certain temps (ATF 150 V 188 consid. 7.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_784/2008 du

E. 8

mai 2020 consid. 7.1).

E. 11

septembre 2009 consid. 5). Lorsque les circonstances tendent à démontrer que même s'il avait été renseigné correctement, un assuré n'aurait pas adopté un comportement raisonnable lui permettant de toucher des indemnités, l'assuré en question ne pourra pas se prévaloir de la violation de l'obligation de renseigner (Guy LONGCHAMP in Anne-Sylvie DUPONT/ Margit MOSER-SZELESS [éd.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 39 ad art. 27).

A/513/2024 - 14/16 - 4.4 En l'espèce, contrairement à ce qu'affirme l'intimée, la question de la prolongation de l'assurance par convention est pertinente même si le recourant était encore lié par le contrat de travail au moment de l'accident, étant donné que celui-ci s'est produit après le 31^e jour après la fin du droit au salaire et qu'il n'y avait dès lors plus de couverture d'assurance. Il convient dès lors d'examiner si le devoir d'information vis-à-vis du recourant a été respecté. L'intimée a relevé que le contrat de travail comportait une mention concernant la prolongation de l'assurance par convention. Le contrat, basé sur un modèle de contrat de travail de D_____, comporte en effet, dans la clause sur les accords particuliers (art. 16), la phrase suivante : « L'employeur informe par écrit le collaborateur qui quitte son emploi concernant la prolongation de l'assurance par convention pour la couverture accidents, la nécessité d'inclure à nouveau le risque accidents dans l'assurance-maladie et le passage à l'assurance individuelle d'indemnités journalières ». Cependant, cette phrase se trouve après la case « Autres accords », case qui n'est pas cochée, de sorte qu'il n'est pas évident que les parties au contrat de travail l'aient sélectionnée, même si l'espace après ladite case peut donner à penser qu'il ne s'agit pas d'un autre accord mais d'une clause qui s'applique dans tous les cas. En tout état de cause, même s'il devait être retenu que les parties avaient choisi de la prévoir, cette clause mentionne effectivement la prolongation de l'assurance par convention mais n'informe pas en tant que tel l'employé de son droit de conclure une convention pour prolonger la couverture d'assurance-accidents pendant six mois après le 31^e jour après le dernier droit au demi-salaire. Cette clause ne suffit donc pas à elle seule à retenir que le devoir d'information aurait été respecté. Or, sur demande d'informations de l'intimée, à la question de savoir si elle informait, lors de l'engagement, son personnel de son droit aux prestations et de la couverture d'assurance, l'employeuse lui a indiqué qu'elle-même et sa fiduciaire

étaient sur demande à disposition, reconnaissant ainsi ne pas donner spontanément d'informations à son personnel lors de l'engagement. Elle a par ailleurs indiqué ne pas avoir informé le recourant de la possibilité de conclure une assurance par convention, dans les suites de son licenciement. Un défaut de renseignement doit par conséquent être retenu. Reste à déterminer si les conditions permettant au recourant de se prévaloir du principe de la bonne foi sont réalisées. Est concernée la situation concrète de la fin de la couverture d'assurance-accidents du recourant. Par ailleurs, l'intimée et l'employeuse étaient soumises à une obligation d'information, information qu'elles étaient donc compétentes pour donner. En outre, il ne ressort pas du dossier que le recourant aurait eu connaissance de la possibilité de prolonger sa couverture par l'assurance-accidents. De plus, s'agissant des dispositions prises, l'assuré n'a pas conclu de

A/513/2024 - 15/16 - prolongation de l'assurance-accidents, de sorte que sa couverture contre le risque accidents a pris fin. Il est présumé qu'informé de la possibilité de prolongation, il aurait conclu une telle assurance, d'autant plus qu'il habite en France et ne peut être couvert contre ce risque par le biais d'une inscription auprès de l'assurance-chômage suisse. L'intimée ne fait pas valoir d'éléments susceptibles de renverser cette présomption et aucun tel élément ne ressort du dossier. Au vu de ce qui précède, les conditions permettant au recourant de se prévaloir du principe de la bonne foi sont réalisées, de sorte que l'intimée ne pouvait refuser la prise en charge de l'accident en raison de la fin de la couverture d'assurance. 5. Dans ces circonstances, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimée pour examen des autres conditions d'octroi des prestations et, si celles-ci sont remplies, reprise du versement des prestations dues en relation avec l'accident du 11 octobre 2022. 6. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 2'000.- sera allouée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA et 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA en lien avec l'art. 1 al. 1 LAA).

A/513/2024 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.