

## **GE\_GERICHTE A/24/2020 vom 30. Juni 2020**

GE Cour de justice, 2020-06-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_24\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_24_2020)

FR: GE\_GERICHTE A/24/2020 du 30 juin 2020

IT: GE\_GERICHTE A/24/2020 del 30 giugno 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

4

#### **E. 3**

2

#### **E. 4**

8.5

#### **E. 5**

2 Février 2019 6 4

#### **E. 7**

4 Total 304.5 La Suva a précisé que le début et la fin de la période déterminante tombaient au milieu des huitièmes semaines de 2018 et de 2019, dont elle n'avait ainsi pas tenu compte. La durée hebdomadaire moyenne de travail était de 7.43 heures. 15. Le 20 novembre 2019, la Suva a écarté l'opposition de l'intéressée. Après avoir exposé les principes régissant la couverture d'assurance, elle a souligné que l'assureur-accidents avait, selon la jurisprudence, la possibilité de mettre fin pour le futur à son obligation de prester, sans devoir se fonder sur un motif de révocation. En l'espèce, la Suva était en droit de révoquer sa communication du 23 mai 2019 au vu de la moyenne hebdomadaire de travail révélée par son calcul du 29 août 2019, et de refuser de prendre en charge les prestations pour l'avenir. Les calculs opérés dans le cadre de la procédure d'opposition avaient confirmé que la durée moyenne de travail hebdomadaire n'atteignait pas le seuil minimal de huit heures par semaine prévu par le règlement. La Suva n'avait ainsi pas besoin d'un motif de reconsidération ou de révision pour revenir sur la communication précitée. Pour ces mêmes motifs, il tombait sous le sens que les arguments tirés de la sécurité du droit et de la bonne foi ne s'appliquaient pas. 16. L'intéressée a interjeté recours contre la décision de la Suva par écriture du 6 janvier 2020. Elle a conclu, sous suite de frais, à son annulation, au rétablissement de la décision du 23 mai 2019, et subsidiairement au renvoi à l'intimée pour nouvelle décision. Après un rappel des faits, offrant pour certains de les prouver par son audition, elle a repris les arguments juridiques développés à l'appui de son opposition. Elle a répété que la décision du 23 mai 2019 n'était entachée d'aucune erreur manifeste, si bien que l'intimée n'était pas fondée à y revenir. Les conditions d'une reconsidération n'étaient ainsi pas remplies. À titre subsidiaire, elle devait être protégée dans sa bonne foi. 17. Dans sa réponse du 30 janvier 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que la recourante ne soulevait aucun grief à l'encontre de son calcul de la moyenne hebdomadaire de travail du 19 novembre 2019. Elle a soutenu qu'une décision informelle n'entraîne en force qu'à l'expiration du délai d'une année ouvert aux assurés pour la contester. Ainsi, en

annulant sa communication du 23 mai 2019, elle n'était pas revenue sur une décision entrée en force, et elle n'était partant pas soumise aux conditions régissant la reconsidération. Elle avait en outre la faculté de revenir ex nunc et pro futuro sur ses décisions. S'agissant de la protection de la bonne foi, il était douteux que la recourante eût renoncé à se faire opérer en cas de refus de prester de l'intimée, au vu de ses lésions et de la prise en charge, certes moindre, par son assurance-maladie. Autrement dit, il convenait d'admettre que le comportement de la recourante n'avait pas été essentiellement déterminé par sa communication du 23 mai 2019. La décision corrigée était en outre erronée et sa rectification revêtait une importance notable, si bien que le principe de la légalité l'emportait sur la protection de la bonne foi. 18. Dans sa réplique du 24 février 2020, la recourante a persisté dans son recours. Elle a affirmé qu'elle avait bien contesté le calcul de l'intimée en affirmant que la décision du 23 mai 2019 n'était pas erronée. Le courrier de l'intimée du 23 mai 2019 était bien une décision, dès lors qu'il s'agissait d'un acte souverain unilatéral émanant d'une autorité administrative, adressé à un particulier et réglant une situation concrète. Elle était entrée en force le 24 juin 2019. Il était inadéquat de reprocher à la recourante de ne pas avoir contesté cette prétendue décision informelle dans le délai d'une année, alors même qu'elle avait été rendue en sa faveur. Du reste, s'il ne s'agissait pas d'une décision entrée en force, l'intimée n'aurait pas versé d'indemnités à la recourante et n'aurait pas renoncé au remboursement des prestations déjà versées. En outre, l'intimée avait procédé à deux calculs de la moyenne des heures de travail avant sa décision du 23 mai 2019, et elle aurait largement eu l'occasion de procéder à un examen complet du dossier. La recourante a répété que la prise en charge annoncée par l'intimée était le seul élément l'ayant conduite à se faire opérer, et que la décision du 20 novembre 2019 contrevenait au principe de la bonne foi. 19. Par duplique du 12 mars 2020, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a contesté avoir reproché à la recourante de ne pas avoir sollicité de décision formelle. Cela étant, contrairement à ce qu'elle avait affirmé dans sa réponse du 30 janvier 2020, la décision informelle du 23 mai 2019 était entrée en force à l'encontre de l'intimée à l'issue du délai d'opposition. Cela était toutefois sans conséquence, dès lors que l'assureur-accidents avait la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester sans motif de révocation. Partant, les critiques portant sur la violation des conditions de la reconsidération n'étaient pas fondées. L'intimée a répété que le principe de la bonne foi avait une portée limitée en cas de reconsidération, selon la jurisprudence dont elle invitait la recourante à prendre connaissance. 20. Par courrier du 7 avril 2020, la recourante a informé la chambre de céans qu'elle n'avait pas d'observations à formuler. 21. Le 15 mai 2020, elle a toutefois fait parvenir à la chambre de céans une attestation établie le 7 mai 2020 par le docteur D\_\_\_\_\_, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG, aux termes de laquelle la poursuite de la physiothérapie était indiquée. Elle a allégué qu'elle avait dû temporairement renoncer à ce traitement pour des raisons financières. 22. Après transmission de cette écriture à l'intimée le 22 mai 2020, 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), 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 c'est à bon droit que l'intimée est revenue sur la

couverture octroyée à la recourante pour les suites de l'accident du 21 février 2019. La nature non professionnelle de cet accident n'est en revanche pas discutée. 4. L'art. 1 a al. 1 let. a LAA dispose que sont assurés à titre obligatoire conformément à la présente loi les travailleurs occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés. L'art. 8 al. 2 LAA prévoit que les travailleurs occupés à temps partiel au sens de l'art. 7 al. 2 LAA ne sont pas assurés contre les accidents non professionnels. Selon cette disposition, 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. L'art. 13 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) dispose que les travailleurs à temps partiel occupés chez un employeur au moins huit heures par semaine sont également assurés contre les accidents non professionnels. La réglementation spéciale sur les travailleurs à temps partiel ancrée à l'art. 13 OLAA repose principalement sur deux considérations. D'une part, il n'est guère possible d'inclure les accidents non professionnels dans l'assurance obligatoire pour cette catégorie de personnes, car il faudrait percevoir sur de bas salaires des primes démesurément élevées pour couvrir ce risque pendant de longues interruptions de travail. D'autre part, il est apparu justifié aux yeux du législateur de prendre en considération le fait que les travailleurs à temps partiel sont fréquemment exposés, en raison de leur activité, aux risques de la circulation routière et, par conséquent, de leur accorder une pleine couverture d'assurance pour le chemin parcouru pour se rendre au travail ou pour en revenir (ATF 134 V 412 consid. 1.3 et les références). 5. La Commission ad hoc sinistres LAA a émis la recommandation n° 7/87 « Employés occupés à temps irrégulier » du 4 septembre 1987, révisée le 17 novembre 2008 et le 5 avril 2019, portant sur le calcul du seuil minimal de huit heures hebdomadaires. Cette recommandation est disponible à l'adresse suivante : [https://www.svv.ch/sites/default/files/2019-05/SVV\\_Empfehlungen\\_Anwendungen\\_UVG\\_2019\\_FR.pdf](https://www.svv.ch/sites/default/files/2019-05/SVV_Empfehlungen_Anwendungen_UVG_2019_FR.pdf). Elle préconise notamment de calculer cette moyenne sur les trois ou douze mois précédant l'accident; la variante la plus favorable pour les assurés est déterminante. Il convient de ne prendre en considération que des semaines entières. Si le début ou la fin de la période déterminante tombe entre deux fins de semaines, les semaines entamées ne sont pas prises en compte. Si pendant la période déterminante, les semaines au cours desquelles l'assuré a effectivement travaillé sont prépondérantes, seules ces semaines sont prises en compte dans le calcul. Cela vaut également pour les semaines durant lesquelles seule une heure de travail a été effectuée. En premier ressort comptent les heures de travail effectives. Si ces dernières ne permettent pas de constater l'existence d'une couverture contre les accidents non professionnels, les heures de travail quotidien non réalisées en raison d'accident ou de maladie sont complétées par la prise en compte de la durée de travail moyenne quotidienne, arrondie à l'heure pleine suivante. En revanche, il n'y a pas lieu de retenir d'autres compléments, par exemple pour combler les jours de vacances, de service militaire ou les jours fériés. 6. Les recommandations de la Commission ad hoc sinistres LAA 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 ni l'assureur ni le juge (ATF 114 V 315 consid. 5c). S'agissant de la recommandation n° 7/87, le Tribunal fédéral a retenu qu'elle pose des critères simples d'application et qu'elle permet, dans la mesure du possible, d'assurer une

égalité de traitement entre assurés. Des moyennes sur une durée assez longue de trois mois ou une année sont réputées cerner au plus près la réalité. Elle n'apparaît donc pas contraire à la loi, notamment dans la mesure où elle prescrit aux assureurs de ne comptabiliser dans la moyenne que les semaines effectives de travail. Il n'y a dès lors pas de raison de s'en écarter (ATF 139 V 457 consid. 7.2.4).

7. Aux termes de l'art. 51 al. 1 LPGA, les prestations, créances ou injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 LPGA peuvent être traitées selon une procédure simplifiée. Les indemnités journalières de l'assurance-accidents peuvent faire l'objet d'une telle procédure simplifiée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_99/2008 du 26 novembre 2008 consid. 3.2), de même que le traitement médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_113/2010 du 7 juillet 2010 consid. 5.1.2). Une communication effectuée conformément au droit dans la forme simplifiée prévue à l'art. 51 al. 1 LPGA peut produire les mêmes effets qu'une décision entrée en force si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec la solution adoptée par l'assureur et exprimé sa volonté que celui-ci statue sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_340/2018 du 16 mai 2019 consid. 4.2).

8. a. 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 (art. 53 al. 2 LPGA) (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b). b. La reconsidération d'une décision est possible aux conditions suivantes. En vertu de 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. 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). Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence permet d'éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 512/05 du 3 mai 2006 consid. 3). En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 790/01 du 13 août 2003 consid. 1). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb). Ce principe doit toutefois être relativisé quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation, le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_215/2007 du 2 juillet 2007 consid. 3.2). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_74/2008 du 17 juillet 2008 consid. 2). La reconsidération peut porter sur une décision informelle (arrêt du

Tribunal fédéral 9C\_280/2019 du 14 octobre 2019 consid. 4.2). L'importance notable de la rectification a été niée dans des cas où les montants en jeu s'élevaient à CHF 165.90, CHF 265.20, CHF 568.10 ou encore CHF 954.25. Lorsqu'il s'agit de prestations périodiques, le caractère notable de la rectification doit en revanche être admis, même lorsqu'elle porte sur des montants minimes (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3<sup>ème</sup> éd. 2015, n° 58 ad art. 53 et les références). L'art. 53 LPGA constitue une règle de droit positif sur la possibilité de modifier une décision, de sorte que la pesée des intérêts qui entre en ligne de compte à défaut ne joue pas de rôle. L'application correcte de la disposition légale est d'emblée compatible, du point de vue du droit constitutionnel, avec le principe de la protection de la bonne foi; sont seules réservées les situations dans lesquelles l'ensemble des conditions de ce principe sont réalisées, ce qui implique de s'écarter d'une solution conforme au droit (Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n° 39 ad art. 53 LPGA). c. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_579/2014 du 28 novembre 2014 consid. 3 et 8C\_16/2012 du 13 février 2013 consid. 4.2). En effet, l'objet de sa décision n'est alors que la cessation du droit aux prestations futures. Ce n'est que dans les cas où l'assureur-accidents exige la restitution de prestations déjà versées qu'il doit pouvoir se prévaloir d'un motif de révision procédurale ou de reconsidération (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). d. En vertu du principe de la bonne foi découlant de l'art. 9 de la Constitution (Cst - RS 101), un renseignement ou une décision erronée peut obliger l'administration à consentir à un administré un avantage contraire à la loi, à certaines conditions: il faut, notamment, que l'administré se soit fondé sur le renseignement ou la décision erronée pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice et que la loi n'ait pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (arrêt du Tribunal fédéral 2C\_792/2009 du 17 mai 2010 consid. 4). En cas de reconsidération avec effet ex nunc et pro futuro, la jurisprudence a limité la portée du principe de la bonne foi. Elle a considéré qu'en présence d'une telle décision, l'administré ne peut en principe pas se prévaloir du droit à la protection de la bonne foi, puisque l'autorité est justement revenue sur la décision erronée qui avait fondé la confiance de l'intéressé. Même si l'administré a pris des dispositions qui continuent de produire des effets dans l'avenir et sur lesquelles il ne peut revenir, les principes de la légalité et de l'égalité de traitement l'emportent, dans ce cas, sur le droit à la protection de la bonne foi (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 5 et arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 161/03 du 21 février 2005 consid. 3 et I 453/02 du 21 octobre 2003 consid. 4.2.2). S'agissant des faits pertinents, ils sont démontrés par les pièces du dossier, que la recourante ne conteste pas expressément. Son audition est dès lors inutile, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il convient en premier lieu de déterminer si le calcul de l'intimée du seuil minimal de huit heures de travail par semaine est correct. En procédant au calcul conformément à la recommandation n° 7/87 de la Commission ad hoc, dont il n'y a pas lieu de s'écarter conformément à la jurisprudence citée, la somme des heures hebdomadaires durant les trois mois précédant l'accident - soit de la 48<sup>ème</sup> semaine de 2018 à la 7<sup>ème</sup> semaine de 2019 - est de 45 heures, soit une moyenne de 3.75 heures par semaine en moyenne. En se fondant sur la période de douze

mois précédant l'accident, de la 9<sup>ème</sup> semaine de 2018 à la 7<sup>ème</sup> semaine de 2019, le total des heures travaillées est de 308.5 heures. On notera que ces chiffres divergent de ceux de l'intimée, qui a pris en compte 4 heures durant les 2<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> semaines de 2019 plutôt que les 6 heures travaillées. Les semaines non oeuvrées ne sont pas prises en compte dans la moyenne, si bien que ce chiffre doit être divisé par 41 semaines. On aboutit ainsi à une moyenne de 7 heures et 31 minutes par semaine. Ces moyennes étant inférieures au seuil défini à l'art. 13 al. 1 OLAA, la recourante n'est pas couverte par l'intimée contre les accidents non professionnels. Reste ainsi à examiner si l'intimée était fondée à nier le droit aux prestations dès le 1<sup>er</sup> septembre 2019, nonobstant sa communication du 23 mai 2019. Force est de constater que les motifs avancés par l'intimée pour revenir sur sa décision sont peu clairs, dans la mesure où elle a invoqué une révision procédurale - soit une révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA - dans sa décision du 30 août 2019 tout en se référant à l'alinéa deuxième de cette disposition, alors que ses écritures durant la procédure de recours se réfèrent à une simple révocation déployant ses effets pour le futur, qui n'exigerait pas que les conditions d'une reconsidération soient réalisées. La question de savoir si l'on a affaire à une simple révocation ex nunc et pro futuro n'a pas à être tranchée dès lors que l'existence d'un motif de reconsidération doit être admis. En effet, dès lors que la recourante n'atteignait pas le seuil minimal lui conférant une couverture contre les accidents professionnels, c'est sur la base d'une application erronée du droit que l'intimée a alloué ses prestations, la période déterminante fondant son calcul initial de la moyenne de travail hebdomadaire ne correspondant pas aux douze mois précédant l'accident, de manière non conforme à la pratique administrative. La moyenne d'heures travaillées par semaine étant déterminée de manière arithmétique, il ne s'agit pas là d'un élément dont la réalisation implique une marge d'appréciation de l'intimée. Sa décision informelle du 23 mai 2019 est ainsi entachée d'une erreur manifeste. En ce qui concerne l'importance notable de la rectification, dès lors que les prestations dues en cas de couverture d'assurance engloberaient non seulement le traitement par physiothérapie, mais également les indemnités journalières dues en raison de l'incapacité de travail consécutive à l'intervention chirurgicale, on peut admettre que sa rectification porte sur un montant d'une importance justifiant une reconsidération. Partant, au vu de la jurisprudence et de la doctrine, c'est en vain que la recourante invoque sa bonne foi, et la décision de l'intimée doit être confirmée dans son résultat. L'intimée ne lui a du reste pas donné d'assurance particulière quant à la prise en charge du traitement consécutif à l'intervention. La chambre de céans relève à que les parties ont eu l'occasion de se déterminer sur l'existence de motifs de reconsidération dans leurs écritures, si bien que leur droit d'être entendu a été respecté (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_394/2008 du 12 février 2009 consid. 2.2). 9. Le recours est rejeté. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (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  
À la forme :

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