

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 août 2020

Composition : M. MÉTRAL, juge unique
Greffière: Mme Juillerat Riedi

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Me Guy Zwahlen, avocat à Genève,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimé,

Art. 49, 51 et 52 LPGA ; 5 al. 3, 9 et 29 al. 1 Cst

E n f a i t :

A. A la suite d'un accident survenu le 3 mars 2010, K. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a été mise au bénéfice d'indemnités journalières de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée), auprès de laquelle elle était assurée au titre de l'assurance obligatoire contre les accidents. Elle a été en incapacité totale de travail jusqu'au 22 août 2010, à 50% du 23 août 2010 au 10 novembre 2011, puis à nouveau à 100% du 11 novembre 2011 au 4 novembre 2012. Pendant toute cette période, elle a perçu des indemnités journalières correspondant à son taux d'incapacité de travail et des indemnités de chômage pour le solde.

Dès le 5 novembre 2012, l'assurée a été engagée à 60% par [...]. Elle a été indemnisée par la CNA pour une incapacité de travail de 50%.

B. L'assurée a mis au monde un enfant le 17 mars 2015. Elle a perçu des allocations pour maternité de la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : la Caisse de compensation) du 17 mars au 6 juillet 2015 pour un montant total de 15'497 fr. 80. Pendant cette période, la CNA a continué à verser les indemnités journalières qu'elle versait jusque-là.

Par décision du 11 août 2015, la CNA a exigé de l'assurée le remboursement d'un montant de 10'870 fr. 95. Elle a considéré, en se fondant sur l'art. 16g LAPG (loi fédérale du sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité du 25 septembre 1952 ; RS 834.1), que l'allocation de maternité excluait le versement des indemnités journalières de l'assurance-accidents et que le montant en question avait ainsi été alloué indûment entre le 17 mars et le 6 juillet 2015.

L'assurée, désormais représentée par Me Zwahlen, a formé opposition à la décision précitée le 8 septembre 2015. Elle a relevé que

l'allocation maternité versée se rapportait à son activité lucrative, exercée selon elle à 50%, et non pas aux prestations versées par la CNA, qui concernaient son incapacité de travail de 50%. Il n'y avait donc pas eu de versements d'allocation maternité pour les périodes concernées recouvrant les indemnités journalières versées par la CNA. Si par extraordinaire des indemnités journalières avaient été versées en trop, l'assurée invitait la CNA à en demander la restitution à la Caisse de compensation, et non à elle-même.

Par courriel adressé le 16 septembre 2015 à la CNA, la Caisse de compensation a confirmé n'avoir pas pris en considération les indemnités journalières versées par la CNA pour le calcul des allocations perte de gain et demandé des précisions afin de recalculer l'allocation à laquelle l'assurée avait droit.

Le 19 octobre 2015, la CNA a adressé à l'assurée un avis de compensation dont la teneur est la suivante :

Nous utiliserons votre avoir comme suit :

Prestations de l'IJ du 24.08.2015 (3531184)-	3 185.25	
Prestation de l'IJ du 21.09.2015 (3864183) -	3 082.50	
Prestation de l'IJ du 18.10.2015 (4167937) -	3 185.25	- 9 453.00
Prestation de l'IJ du 10.08.2015 (3377443)	10 870.95	10 870.95
Solde en notre faveur CHF (échéance 1^{er} décembre 2015)	1 417.95	

Les trois prélèvements annoncés à hauteur de 9'453 fr. ont été effectués, comme annoncé dans cet avis.

Par courriers des 28 octobre et 21 décembre 2015, l'assurée a contesté l'avis de compensation précité, tout en demandant à la CNA de statuer sur son opposition.

Par courrier du 18 mars 2016, la CNA a indiqué à l'assurée que son opposition du 8 septembre 2015 était acceptée totalement et qu'elle allait s'adresser directement à la Caisse de compensation.

Par courrier du 9 août 2016, l'assurée a invité la CNA à lui rembourser la somme d'environ 10'000 fr., au vu de l'annulation de sa décision du 11 août 2015.

Dans sa réponse du 15 août 2016, la CNA a indiqué ce qui suit à l'assurée :

[...] Nous accusons réception de votre courrier du 9 août 2016. La Caisse Genevoise de compensation a indemnisé l'employeur de Mme K._____ durant le congé maternité, selon courriel du 16 septembre 2015, alors même que nous allouions l'indemnité journalière à Mme K._____. L'indemnité journalière versée à tort par la Suva durant cette période devra nous être remboursée par la Caisse Genevoise de Compensation.

Cependant aucune somme n'est due à Mme K._____ de notre part.
[...]

Par courrier du 10 octobre 2016, l'assurée s'est référée à l'avis de compensation du 19 octobre 2015 pour à nouveau contester le point de vue de la CNA et demander le remboursement de la somme de 9'453 francs.

Le 29 mars 2017, la Caisse de compensation a adressé le courriel suivant à la gestionnaire du dossier à la CNA :

Madame,

Nous revenons vers vous concernant le dossier de Mme K._____ (n° bénéficiaire : 2003823508) mentionnée en objet pour lequel nous avons appris après traitement par l'assurée qu'elle percevait également des indemnités journalières accident de votre compagnie d'assurance.

Pour rappel, la mère a été mise au bénéfice d'allocation de maternité du 17 mars au 6 juillet 2015, période pour laquelle vous lui avez versé à tort des prestations équivalentes à CHF 102.75 par jour à un taux de 50%. Toutefois, l'allocation de maternité a été versée à son employeur étant donné que celui-ci lui versait le salaire durant son congé.

Dans votre courrier du 11 août 2015, nous apprenons que votre établissement a demandé en restitution la somme de CHF 10'870.95 correspondant aux prestations versées durant le congé maternité de l'assurée. Or, si nous nous référons à l'Indemnité journalière de CHF 102.75 qui lui a été octroyé par votre institution et que nous le multiplions par 112 jours (durée du congé maternité), nous obtenons une somme de CHF 11'508.

Dès lors, nous vous saurions gré de nous confirmer que l'indemnité journalière accident est bien de CHF 102.75. Dans le cas contraire, nous vous prions de nous communiquer le montant juste étant donné que nous devons savoir si nous devons garantir l'indemnité dans le calcul de l'allocation de maternité.

[...]

C. Par courrier du 9 janvier 2019, l'assurée a encore une fois enjoint la CNA de lui verser la somme de 9'543 fr. (recte : 9'453 fr.) correspondant aux indemnités journalières qu'elle n'avait pas perçues pendant son congé maternité ou, en cas de contestation de sa part, de rendre une décision sujette à recours pour faire suite à son opposition du 8 septembre 2015.

Donnant suite à un courrier du mandataire de l'assurée du 10 janvier 2019 demandant une coordination des prestations de la Caisse de compensation et de la CNA, la Caisse de compensation a indiqué ce qui suit, par courrier du 15 janvier 2019 :

En réponse à votre demande, nous vous informons que les allocations de maternité qui ont été versées durant la période du 17 mars au 6 juillet 2015 ont été calculées sur la base du salaire perçu en plein par Madame K. _____ pour l'exercice de son activité salariée à son taux contractuel, soit un revenu annuel de Fr. 58'770.-, selon indications de son employeur. Le montant de l'allocation de maternité n'a donc pas subi de réduction suite à son arrêt de travail accident. A noter que l'intégralité des allocations de maternité a été versée à l'employeur de Madame K. _____, ce dernier nous ayant indiqué lui garantir le versement de son salaire pendant la durée du congé maternité. Selon l'art. 16g al. 1 LAPG, le versement des allocations de maternité exclut celui des indemnités journalières de l'assurance-accidents ; la SUVA ne devait par conséquent pas verser de prestations durant cette période.

D. Par acte du 18 mars 2020, K. _____ a interjeté recours pour déni de justice, en concluant à ce que son opposition du 8 septembre 2015 soit déclarée recevable, à ce que la décision de la CNA du 11 août 2015 soit mise à néant, à ce que la CNA soit condamnée lui à payer la somme de 9'453 fr. avec intérêts à 5% dès le 12 septembre 2015 et à ce qu'il lui soit accordé une équitable indemnité de procédure au titre de défraiement de ses frais d'avocat.

Dans sa réponse du 9 avril 2020, la CNA a conclu principalement à l'irrecevabilité du recours et, subsidiairement, à ce qu'un délai lui soit accordé pour se prononcer au fond. S'agissant du grief relatif au déni de justice, elle soutient en substance qu'elle avait certes admis l'opposition de la recourante le 18 mars 2016, mais avait précisé ensuite, par courrier du 15 août 2016, qu'aucune somme ne lui serait versée, et que la recourante lui avait demandé une décision formelle sur ce point le 9 janvier 2019 seulement, soit tardivement. Selon elle, la décision informelle du 15 août 2015 serait ainsi entrée en force et le recours pour déni de justice serait tardif et donc irrecevable.

La recourante a déposé une duplique le 3 juillet 2020, dans laquelle elle confirme ses conclusions et soutient en substance qu'en

réalité l'intimée n'avait jamais rendu de décision formelle à la suite de son opposition à la décision du 11 août 2015, relevant à cet égard les contradictions émises par l'intimée entre son courrier du 18 mars 2016 admettant son opposition et ceux refusant le remboursement des compensations réalisées.

E n d r o i t :

1.

1.1 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]). Selon l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut être formé lorsque malgré la demande de l'intéressé, l'assureur ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Le recours doit être interjeté devant le tribunal qui serait compétent pour statuer sur un recours contre la décision attendue (ATF 130 V 90).

La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3 ; TF 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 3.3). En revanche, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond ; elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (TF U 23/05 du 27 mars 2006 consid. 6).

1.2 En l'espèce, le recours est irrecevable pour autant qu'il conclut à la condamnation de la CNA au paiement des indemnités journalières. Comme le recourant se plaint d'une absence de décision sur opposition de la CNA, le recours est en revanche recevable comme un recours pour déni

de justice, tendant au renvoi de la cause pour qu'elle statue sur l'opposition. Il est d'ailleurs intitulé recours pour déni de justice.

Au surplus, le recours a été interjeté auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et selon les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

1.3 Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La notion de déni de justice, déduite de l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), confère notamment à toute personne le droit à ce que sa cause soit jugée dans un délai raisonnable. Cette disposition consacre le principe de la célérité en ce sens qu'elle prohibe le retard injustifié à statuer. Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, notamment l'ampleur et la difficulté de celle-ci ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 131 V 407 consid. 1.1 ; 130 I 312 consid. 5.1 ; TF 9C_140/2015 du 26 mai 2015 consid. 4).

3.

3.1 L'art. 49 LPGA prévoit que 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). 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 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée. Selon la jurisprudence, les indemnités journalières de l'assurance-accidents peuvent faire l'objet

d'une telle procédure simplifiée (cf. art. 124 OLAA a contrario). La prise de position de l'assureur selon cette procédure informelle n'est pas susceptible d'opposition ou de recours, mais les droits de l'assuré sont garantis par la possibilité d'exiger qu'une décision formelle soit rendue au sens de l'art. 51 al. 2 LPGA (TF 8C_340/2018 du 16 mai 2019 consid. 4.1 et les références citées).

Une communication effectuée conformément au droit sous la forme simplifiée de 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 social et exprimé sa volonté que celui-ci statue sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (cf. ATF 134 V 145 consid. 5.2; 129 V 110 consid. 1.2.2). En présence d'une telle réaction de l'assuré, l'assureur a l'obligation de statuer par une décision formelle selon l'art. 49 (cf. art. 51 al. 2 LPGA). Si ce dernier ne rend pas de décision, le recours pour déni de justice est ouvert (art. 56 al. 2 LPGA). En matière d'indemnités journalières, la jurisprudence du Tribunal fédéral a fixé le délai d'examen et de réflexion convenable à 3 mois ou 90 jours à compter de la communication d'un décompte d'indemnité journalière (TF 8C_340/2018 du 16 mai 2019 consid. 4.2, C 119/06 du 24 avril 2007 consid. 3.2, in SVR 2007 AIV n° 24 p. 75, 8C_14/2011 du 13 avril 2011, consid. 5). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assureur 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. A 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 (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2).

3.2 L'art. 52 LPGA prévoit notamment que les décisions peuvent ensuite être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnement de la procédure (al. 1), que les décisions sur opposition

doivent alors être rendues dans un délai approprié, sont motivées et indiquent les voies de recours (al. 2).

4. Aux termes de l'art. 5 al. 3 Cst., les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir conformément aux règles de la bonne foi. Cela implique notamment qu'ils s'abstiennent d'adopter un comportement contradictoire ou abusif (ATF 136 I 254 consid. 5.2 ; 134 V 306 consid. 4.2). De ce principe général découle notamment le droit fondamental du particulier à la protection de sa bonne foi dans ses relations avec l'Etat, consacré à l'art. 9 *in fine* Cst. (ATF 138 I 49 consid. 8.3.1 et les références citées). Le principe de la bonne foi protège le citoyen, à certaines conditions, dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, notamment lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration et qu'il a pris sur cette base des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir de préjudice (ATF 139 V 21 consid. 3.2 ; 137 I 69 consid. 2.5.1).

5.

5.1 En l'espèce, il n'est pas contesté que le 11 août 2015, l'intimée a rendu une décision formelle au sens de l'art. 49 LPGA relative au litige qui oppose les parties et que la recourante a formé opposition contre celle-ci par acte du 8 septembre 2015. L'intimée soutient avoir statué sur cette opposition par son courrier du 18 mars 2016, puis encore de manière informelle le 15 août 2016 pour donner suite aux courriers de son assurée. La LPGA ne lui offrant pas la possibilité de rendre une décision sur opposition en procédure simplifiée, force est d'admettre que l'intimée n'avait pas d'autre alternative que de rendre une décision sur opposition au sens de l'art. 52 al. 2 LPGA. Or, les courriers en question ne constituent à l'évidence pas des décisions formelles sur opposition au sens de cette disposition.

En outre, la CNA a adopté un comportement contradictoire en admettant totalement l'opposition, selon sa lettre du 18 mars 2016, mais en compensant malgré tout des indemnités journalières courantes dues à

l'assurée avec le montant exigé en restitution. Il était par ailleurs particulièrement ambigu de déclarer admettre totalement l'opposition tout en laissant entendre que des prestations devaient être malgré tout remboursées, serait-ce par la caisse de compensation. Au vu de la compensation finalement effectuée, la CNA ne saurait en aucun cas prétendre aujourd'hui avoir annulé sa décision du 11 août 2015. L'aurait-elle fait qu'elle devait néanmoins répondre, par une décision formelle, aux nombreuses demandes de l'assurée tendant au versement d'un montant de 9'453 fr., que l'assurée estimait avoir été compensé à tort.

La CNA soutient avoir statué une nouvelle fois de manière informelle le 15 août 2016, en réponse à ces demandes. En plus du fait qu'elle ne pouvait pas se limiter à une décision informelle sur cette question qui était litigieuse, elle ne pouvait pas rendre une décision contradictoire, en indiquant, d'une part, que l'indemnité versée à tort devrait être remboursée par la Caisse de compensation, tout en affirmant, d'autre part, qu'aucune somme n'était due à l'assuré en dépit des compensations opérées précédemment pour obtenir la restitution des indemnités versées pendant la période de maternité. Cela reviendrait à demander deux fois la restitution de ces indemnités, une fois à l'assurée et une fois à la caisse de compensation. Quoi qu'il en soit, l'assurée a expressément contesté, à nouveau, le point de vue de la CNA, le 10 octobre 2016. La lettre du 15 août 2016, même à supposer qu'elle constituait une décision rendue, n'aurait donc pas pu entrer en force.

En définitive, l'intimée - en plus d'avoir violé le principe de la bonne foi - a commis un déni de justice en ne rendant pas de décision à la suite de l'opposition formée par la recourante le 8 septembre 2015.

5.3 Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle statue sur le droit de la recourante au paiement des indemnités journalières litigieuses en rendant une décision sur opposition. Il lui appartiendra, dans ce contexte, d'exposer sérieusement - le cas échéant - pour quels motifs elle demande la restitution d'un montant de 9'453 fr. par voie de compensation avec des indemnités journalières dues à l'assurée plutôt que de s'adresser à la Caisse de

compensation ou d'y renoncer purement et simplement. On doit en effet sérieusement douter que la Caisse de compensation, au vu de ses déterminations au dossier, ait intégré dans le calcul des allocations pour perte de gain - versées directement à l'employeur - le montant des indemnités journalières de l'assureur-accidents, de sorte qu'il est peu probable que l'assurée ait été surindemnisée. On est d'ailleurs surpris, au vu de ce qui précède, que la CNA et la Caisse de compensation n'aient pas plus sérieusement veillé à la coordination de leurs prestations respectives.

6. En définitive, le recours doit être admis dans la mesure où il est recevable et le dossier de la cause renvoyé à l'intimée pour qu'elle rende une décision sur opposition au sens des considérants.

La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 61 let. a LPGA).

La recourante obtenant gain de cause, elle peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimée. Il convient de fixer équitablement cette indemnité à 2'500 francs.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis dans la mesure où il est recevable.
- II.** La cause est renvoyée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents pour qu'elle rende à bref délai une décision sur opposition au sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à K._____.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Zwahlen (pour la recourante)
- 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).

La greffière :