

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2020

Composition : M. PIGUET, président
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

U. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 46 al. 2 LAA

E n f a i t :

A. **a)** U. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1986, travaillait comme plâtrier pour le compte de la société L. _____ Sàrl. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 25 janvier 2016, U. _____ est tombé de sa hauteur sur l'épaule droite. Souffrant d'une rupture transfixiante du tendon sus-épineux, il a bénéficié le 27 septembre 2016 d'une réparation de la coiffe des rotateurs. La CNA a pris en charge les frais de traitement et versé l'indemnité journalière.

Par décision du 13 mars 2018, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, au motif qu'il présentait une capacité de travail de 100 % dès le 1^{er} septembre 2017.

b) Le 28 mai 2018, L. _____ Sàrl a annoncé à la CNA un accident survenu le 27 octobre 2017, lors duquel l'assuré aurait glissé d'une échelle et se serait retenu avec les mains, ce qui aurait provoqué une déchirure des ligaments de l'épaule droite.

Dans un rapport du 13 juin 2018 consécutif à une consultation pratiquée l'avant-veille, le Dr W. _____ a relevé que l'assuré était « à l'arrêt de travail depuis le 27 octobre 2017, date d'un nouveau traumatisme apparemment où il aurait glissé d'une échelle. »

Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations, la CNA a invité le Dr F. _____ à compléter un certificat médical LAA (courrier du 14 juin 2018). Le 24 juin 2018, ce médecin a répondu que l'événement du 27 octobre 2017 constituait un cas relevant de l'assurance-maladie.

Aux fins d'éclaircir la situation, la CNA a adressé à U. _____ une liste de questions auxquelles il a répondu en date du 27 juin 2018. A la question de savoir pourquoi la déclaration avait été faite en retard, il a répondu ce qui suit :

Nous avons tout d'abord annoncé un cas à l'assurance-maladie perte de gain D. _____ SA qui m'a réglé les indemnités journalières que pour la période du 10 novembre au 28 novembre 2017. Depuis, ils ne veulent plus régler d'indemnités.

Le 7 juillet 2018, le Dr F. _____ a adressé à la CNA un courrier libellé en ces termes :

Par la présente, je vous prie de m'excuser et vous prie d'annuler mon courrier reçu du 24.6.2018.

En effet, je n'étais pas au courant que le Dr W. _____ avait ouvert un nouveau cas pour l'épaule droite de Mr U. _____. Pour ma part, je continuais toujours sur le premier cas. De sorte, je vais modifier à l'avenir afin que tout soit clair pour tout le monde.

[Salutations]

Le 7 août 2018, la CNA s'est procuré le dossier de D. _____ SA, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur de l'assuré, qui contenait notamment les pièces suivantes :

- une déclaration de sinistre LAA du 8 novembre 2017 par laquelle l'employeur d'U. _____ a signalé à D. _____ SA qu'il présentait de fortes douleurs au deuxième orteil du pied droit et qu'il était en incapacité de travail depuis le 27 octobre 2017 ;
- un rapport du 18 décembre 2017, aux termes duquel l'inspecteur des sinistres de D. _____ SA a relevé que, d'après l'assuré, ses douleurs au pied droit auraient commencé environ une année auparavant. En ce qui concernait les antécédents médicaux, il était uniquement fait mention d'une opération de l'épaule droite en septembre 2016 prise en charge par la CNA. Quant à la première consultation chez le médecin traitant (Dr F. _____), elle avait eu lieu le 4 novembre 2017 et aucun autre rendez-vous n'était prévu ;

- un protocole d'entretien daté du 24 mai 2018 auquel ont notamment participé U._____ et un collaborateur de D._____ SA et dont on extrait ce qui suit :

Des renseignements en notre possession, il apparaît que vous avez récemment touché des prestations de la part de la SUVA pour un accident. Que pouvez-vous nous dire à ce sujet ?

En 2016, je me suis déchiré les ligaments dans l'épaule. Je ne me souviens pas vraiment de la date de l'incapacité de travail. Je sais que ça a duré longtemps. J'ai dû faire beaucoup de physiothérapie pour cette déchirure. Je ne peux pas vous dire durant combien de temps j'ai touché des prestations de la SUVA suite à cet accident. Mais ça a duré assez longtemps.

Il ressort d'informations en notre possession que vous avez également annoncé récemment un accident auprès de la SUVA. Que pouvez-vous nous dire à ce sujet ?

Non, il n'y a pas eu de nouveau cas à la SUVA depuis cet accident avec mon épaule. Je dois faire des radiographies de contrôle mais rien d'autre.

Par décision du 28 février 2019, la CNA a refusé d'octroyer ses prestations à U._____, considérant qu'il n'était pas prouvé avec un degré de vraisemblance prépondérante que celui-ci avait été victime d'un accident le 27 octobre 2017 et que l'intéressé avait sciemment fait de fausses déclarations.

Représenté par Me Olivier Carré, avocat, U._____ s'est opposé à cette décision par courrier du 1^{er} avril 2019, complété le 8 juin suivant. Contestant toute intention malicieuse, l'assuré a fait valoir qu'il y avait eu concomitance entre les lésions de l'épaule et les douleurs liées à une malformation malade d'un orteil. A tort ou à raison, il a cru que la prise en charge du cas par l'assureur perte de gain le dispensait d'annoncer le cas à l'assureur-accidents. Il a ainsi demandé à la CNA de réexaminer sa décision à la lumière des éléments invoqués.

Par décision sur opposition du 24 juin 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par U._____. Elle a estimé que les explications

avancées n'emportaient pas la conviction. L'assuré lui avait annoncé, outre l'accident de janvier 2016, deux autres accidents, de sorte qu'il ne pouvait affirmer ignorer la différence entre accident et maladie. Les troubles annoncés à D._____ SA concernaient le pied alors que le prétendu événement du 27 octobre 2017 aurait intéressé l'épaule droite. En outre, il apparaissait invraisemblable qu'il ait interrompu le travail pour les troubles à l'orteil le 27 octobre 2017 et qu'il ait subi ce même jour un accident à l'épaule sur un chantier. Quant aux pièces médicales, elles ne permettaient pas d'établir à satisfaction de droit l'existence d'un accident à l'épaule droite en date du 27 octobre 2017.

B. **a)** Par acte du 26 août 2019, U._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 24 juin 2019 et à ce qu'il soit constaté qu'il a droit aux prestations d'assurance sollicitées, le dossier étant renvoyé à la CNA pour nouvelle décision fixant le détail desdites prestations. Contrairement à ce que prétendait la CNA, l'assuré estimait que la coïncidence de dates entre l'arrêt de travail en raison des douleurs au pied et l'accident à l'épaule droite n'était pas de nature à décrédibiliser ses prétentions mais éclairait au contraire l'enchaînement naturel des événements. Sachant devoir se faire opérer de manière imminente au pied droit, il avait néanmoins souhaité terminer les travaux en cours afin d'assurer son indépendance financière et celle de ses proches. Le fait d'être tombé d'une échelle avait contrecarré son projet. De plus, il a expliqué que les douleurs à l'épaule droite s'étaient exacerbées au printemps 2018, ce qui l'avait incité à téléphoner à la CNA en avril 2018 pour lui annoncer cette situation. N'étant pas rompu aux subtilités juridiques prévalant en matière d'assurances sociales, il n'avait alors pas fait mention d'un nouvel accident. Ceci expliquait les raisons pour lesquelles il avait déclaré à D._____ SA n'avoir annoncé aucun nouveau cas à la CNA. Par ailleurs, si le Dr W._____ n'avait pas fait état d'un nouvel accident dans son rapport du 6 avril 2018, c'était parce que celui-ci était par nature succinct et synthétique. Quant au Dr F._____, s'il avait dans un premier temps estimé que l'événement traumatique du 27 octobre 2017 relevait de

l'assurance-maladie, il était revenu sur son affirmation dans son certificat du 7 juillet 2018. Enfin, si l'existence de l'événement du 27 octobre 2017 devait être remise en cause, le cas devait être traité sous l'angle d'une rechute ou de l'art. 9 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202).

b) Dans sa réponse du 27 septembre 2019, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a tout d'abord souligné qu'il lui paraissait assez curieux que l'assuré ait attendu plus de sept mois avant de lui annoncer l'événement du 27 octobre 2017 alors que l'accident de 2016 avait été signalé deux semaines après sa survenance. Dans ces conditions, les arguments de l'assuré quant à son manque de connaissances en assurances sociales peinaient à convaincre. Elle a ensuite fait état de diverses incohérences sur le plan médical. Indépendamment de celles-ci, elle a relevé qu'il ressortait de la déclaration de sinistre du 28 mai 2018 que l'assuré avait été engagé le 27 octobre 2017 alors que, dans la déclaration d'accident consécutive à l'événement du 25 janvier 2016, il était fait mention du 5 février 2015. Elle a enfin indiqué que la question d'une éventuelle rechute et celle de l'existence ou non d'un cas d'application de l'art. 9 OLAA ne faisait pas l'objet de la décision attaquée, de sorte qu'elle n'avait pas à examiner ces deux points.

c) Répliquant en date du 20 novembre 2019, l'assuré a une nouvelle fois contesté s'être rendu coupable d'un retard d'annonce inexcusable au sens de la loi. S'agissant plus particulièrement de la mention de la date du 27 octobre 2017 comme date d'engagement, elle se redressait d'elle-même à la lumière des autres pièces au dossier, de sorte que la CNA était malvenue d'en tirer argument.

E n d r o i t :

1. **a)** 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 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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le point de savoir si le recourant a droit à des prestations de la part de l'intimée en raison des faits annoncés dans la déclaration du 28 mai 2018.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, finalement, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

D'après la jurisprudence, il appartient à l'assuré de rendre plausible que les éléments d'un accident, tel qu'il est défini, sont réunis en l'occurrence. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir ces éléments pour établis ou du moins pour vraisemblables - la simple possibilité ne

suffit pas -, le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b ; TF 8C_784/2013 du 7 octobre 2014 consid. 4.2).

b) Le travailleur assuré doit aviser sans retard son employeur ou l'assureur de tout accident qui nécessite un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 45 al. 1 LAA, par renvoi de l'art. 29 al. 1 LPGA). A teneur de l'art. 46 al. 2 LAA, l'assureur peut réduire de moitié toute prestation si, par suite d'un retard inexcusable dû à l'assuré ou à ses survivants, il n'a pas été avisé dans les trois mois de l'accident ou du décès de l'assuré ; il peut refuser la prestation lorsqu'une fausse déclaration d'accident lui a été remise intentionnellement.

Cette disposition vise à réprimer un comportement dolosif tendant à obtenir de l'assurance plus que ce à quoi l'on aurait droit. L'assureur doit examiner une telle éventualité pour chaque prestation, en particulier en respectant l'interdiction de l'arbitraire, ainsi que les principes de l'égalité de traitement et de proportionnalité. Une condamnation pénale, en particulier pour escroquerie, n'est pas une condition nécessaire pour faire usage de l'art. 46 al. 2 LAA (TF 8C_388/2017 du 6 février 2018 consid. 2 et les références citées).

4. Force est de constater que la présence de nombreuses incohérences font un planer un très sérieux doute quant au fait qu'un accident se serait produit le 27 octobre 2017.

a) En l'occurrence, l'annonce de l'accident n'a été faite que le 28 mai 2018, soit plus de sept mois après la prétendue survenance de celui-ci. Le recourant a certes tenté d'expliquer que les douleurs à l'épaule droite ne s'étaient exacerbées qu'au printemps 2018, ce qui l'avait incité à téléphoner à la CNA en date du 5 avril 2018 pour lui annoncer cette situation ; n'étant pas rompu aux subtilités juridiques prévalant en matière d'assurances sociales, il n'avait alors pas fait mention de la survenance d'un nouvel accident. Or le recourant ne saurait se retrancher derrière sa méconnaissance de la réglementation spécifique à l'assurance-accidents,

dans la mesure où il ne pouvait ignorer son devoir général de collaborer (cf. art. 28 LPGA) au regard duquel il incombe à la personne assurée de fournir toutes les informations nécessaires au traitement de sa requête. Le comportement du recourant est d'autant moins justifiable que l'annonce d'un accident n'avait rien de nouveau pour lui, puisqu'il avait déjà été victime d'un accident en date du 25 janvier 2016.

b) L'attitude du recourant ne saurait être mise sur le compte d'une simple inadvertance, dans la mesure où elle s'inscrit dans un contexte plus général de déclarations fragmentaires et contradictoires qui, vu leur ampleur, ne sauraient être imputées à un comportement négligent. Dans ce sens, il n'est pas anodin de relever que le recourant a sollicité des prestations de D._____ SA, sans jamais évoquer la survenance d'un accident. Ainsi, dans sa déclaration de sinistre du 8 novembre 2017 à cette assurance, il n'a pas indiqué souffrir de son épaule ou avoir été victime d'un accident le 27 octobre 2017. Il en va de même du rapport de l'inspecteur des sinistres de D._____ SA du 18 décembre 2017 et du protocole d'entretien du 24 mai 2018, dans lequel il a même expressément nié avoir été victime d'un nouvel accident depuis celui survenu en janvier 2016. A cela s'ajoute que le compte-rendu de l'entretien téléphonique qui s'est déroulé le 5 avril 2018 entre le recourant et un collaborateur de l'intimée ne fait pas non plus mention d'un événement accidentel.

c) De même, il apparaît que les médecins traitants du recourant ne semblent pas non plus avoir été informés de la survenance d'un accident. Dans le rapport médical qu'il a établi le 6 avril 2018, le Dr W._____ ne fait mention d'aucun accident ; ce n'est que dans son rapport du 13 juin 2018 que ce médecin évoque pour la première fois, en employant au demeurant le conditionnel, la survenance d'un nouveau traumatisme (« *Il est à l'arrêt de travail depuis le 27 octobre 2017, date d'un nouveau traumatisme apparemment, où il aurait glissé d'une échelle* »). Dans l'attestation qu'il a signée le 24 juin 2018, le Dr F._____ a clairement indiqué que les troubles qui affectaient le recourant depuis le 27 octobre 2017 relevaient de la maladie. Il est vrai que ce médecin est

revenu sur cette affirmation dans un certificat du 7 juillet 2018 ; on relèvera toutefois le caractère particulièrement confus des explications données.

d) Ainsi, sans remettre en cause l'existence de lésions à l'épaule droite, il y a lieu de retenir que l'existence d'un accident n'a pas été rendue vraisemblable. A l'exception des seules déclarations du recourant - que les rapports médicaux précités des Drs W._____ et F._____ se contentent de relayer -, aucun élément au dossier ne va dans le sens d'un événement traumatique survenu le 27 octobre 2017. Dans la mesure où l'existence d'un accident n'a pas été établie au degré de preuve requis, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en refusant d'allouer ses prestations.

e) Cela étant, il convient de préciser que le présent arrêt ne préjuge pas d'un éventuel droit aux prestations qui découleraient des règles ou de la jurisprudence en matière de rechutes ou de lésions assimilées à un accident.

5. Vu l'issue de la procédure, un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes d'audition personnelle et de témoins formulées par le recourant dans son mémoire du 26 août 2019 doivent dès lors être rejetées (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3).

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

7. a) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

b) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC)

[code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en fonction de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Le 6 janvier 2020, Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées du 26 août 2019 au 6 janvier 2020 dans le cadre de la présente procédure. Le total des prestations d'avocat s'élevait à 11 heures et 28 minutes. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. L'indemnité d'honoraires s'élève donc à 2'064 fr., à laquelle il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 7,7 %, ce qui représente un montant total de 2'222 fr. 95. A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ) avec TVA au taux de 7,7 % en sus, soit 111 fr. 15. L'indemnité globale en faveur de Me Carré doit ainsi être fixée à 2'334 fr. 10.

c) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il sera tenu de rembourser le montant pris en charge par le canton dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 24 juin 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil du recourant, est arrêtée à 2'334 fr. 10 (deux mille trois cent trente-quatre francs et dix centimes), débours et TVA compris, pour la période du 26 août 2019 au 6 janvier 2020.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Carré, avocat (pour U._____),
- 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 :