

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 novembre 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Pasche et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Charles-Henri de Luze,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1 et 3, 61 let. c et d LPGA ; art. 1a al. 1, 3 al. 2 et 3 LAA

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été engagé sur la base d'un contrat de durée indéterminée depuis le 19 février 2018 par la société Q. _____ SA, active notamment dans le domaine de la plâtrerie et peinture, en qualité de chauffeur de poids-lourds à temps complet, rémunéré à l'heure. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Selon une déclaration de sinistre du 10 mai 2019, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation le 21 août 2018, alors qu'il conduisait un camion. La déclaration, adressée à la CNA, a été remplie et signée par M. B. _____, désigné comme l'employeur dans la case correspondante du formulaire et qui a également apposé le timbre de son entreprise individuelle, B. _____, [...]. Il est en outre indiqué dans la déclaration de sinistre que l'assuré était employé comme chauffeur de poids-lourds depuis le 20 août 2019 (sic), sur la base d'un contrat de durée déterminée à temps complet, qu'il avait subi un choc au bras gauche et au thorax et qu'il était en incapacité de travail à la suite de l'accident depuis le 11 décembre 2018. Un certificat médical du 5 décembre 2018, signé par le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, était joint à la déclaration de sinistre, et attestait l'incapacité de travail totale de l'assuré dès le 11 décembre 2018.

La CNA a instruit la cause et recueilli un rapport du Dr W. _____ du 8 octobre 2019, dans lequel ce médecin indiquait que l'assuré avait bénéficié de l'ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'avant-bras et de la clavicule gauches le 11 décembre 2018 et qu'il avait pu reprendre le travail à 100 % dès le 1^{er} février 2019. Le médecin ne s'était pas occupé des suites de l'accident du 21 août 2018.

La CNA a requis des explications de M. B._____, notamment quant à la tardiveté de la déclaration d'accident, ainsi qu'une copie du contrat de travail de l'assuré. Par courriel du 13 octobre 2019, M. B._____ a fait savoir à la CNA qu'il avait été informé de l'accident le jour même par la gendarmerie, que la déclaration avait été faite en retard car l'assuré était chauffeur indépendant et « possédait ses propres assurances sociales » et que ledit retard était dû à l'assuré. M. B._____ a également écrit ce qui suit (sic) :

« Pour revenir sur cet accident, j'ai pris monsieur M._____ pour me dépanner, Ce Monsieur est agriculteur et loue ses services en tant que chauffeur poids-lourds. la durée de ce dépannage était de 3 jours, à partir du 20 Août 2018.

le deuxième jour, il démoli mon véhicule, dégât complet.

Les prestations qu'il vous réclame sont les suite d'un autre accident de travail qu'il a eu dans une autre entreprise et n'ont rien à voir avec cet accident du 21 août 2018.

Monsieur M._____ n'a pas eu de contrat de travail chez moi, pour ces jours. d'ailleurs il n'a pas reçu de dédommagement pour le travail effectué.

Les derniers employeurs connus de ce Monsieur sont Q._____ SA et [...] SA. »

Il ressort du rapport d'accident de circulation de la police cantonale du 20 septembre 2018, obtenu par la CNA le 15 octobre 2019, que le jour de l'accident, l'assuré effectuait une livraison de matériel au volant d'un train routier composé d'un camion et d'une remorque, dont le détenteur était M. B._____. Il avait probablement été victime d'un malaise, et son véhicule avait alors percuté l'angle d'un immeuble en bordure de route, ainsi que des éléments de signalisation de chantier, avant de s'immobiliser. Lors de sa première audition par la police, le jour de l'accident, l'assuré avait expliqué qu'il ne se souvenait pas du déroulement des évènements et il avait entre autres déclaré ce qui suit :

« Pour commencer, je précise que je travaille pour l'entreprise B._____ à [...]. Je suis chauffeur depuis 3 ans pour lui. Je fais uniquement des remplacements. Cela me fait un travail à 50 % environ. A côté je suis paysan. Je vous précise aussi que je suis selon moi, en bonne santé et que je ne prends pas de médicaments.

[...] Certains de mes souvenirs sont un peu flous. Après réflexion, le camion était vide à [...] et je suis allé chercher des tuyaux à [...]».

Un témoin de l'accident, M. U._____, qui travaillait sur un chantier proche du lieu d'impact, avait été interrogé par la police et avait déclaré qu'il avait eu l'impression que le camion conduit par l'assuré allait à une vitesse plus élevée que celle autorisée à l'endroit concerné. M. U._____ avait remarqué que le conducteur était « tombé » sur son flanc droit ; ce qui lui avait fait penser que ce dernier avait eu un malaise, ensuite de quoi le camion avait percuté la maison d'habitation. Lorsque M. U._____ s'était approché du conducteur pour lui porter secours, ce dernier respirait mais ne répondait pas à ses sollicitations.

L'assuré a été entendu à nouveau par la police le 11 septembre 2018. Il a indiqué qu'il avait déjà été au volant du camion qu'il conduisait le jour de l'accident, sans rencontrer de problème. Il n'avait pas de souvenir de l'accident et avait subi divers examens à l'hôpital, avant de pouvoir quitter l'établissement le soir même, sans certificat d'arrêt de travail.

Interpellé par la CNA, le Dr R._____, spécialiste en anesthésiologie, médecine intensive et médecine interne générale, travaillant à l'hôpital où l'assuré a reçu les premiers soins après l'accident, a rempli un questionnaire le 16 octobre 2019. Le médecin a fait savoir à la CNA qu'il avait constaté un traumatisme crânio-cérébral léger, qui concordait avec l'évènement tel que relaté par l'assuré, soit qu'il avait perdu connaissance au volant et avait percuté un mur. Le Dr R._____ avait également noté, à l'aide d'une imagerie cérébrale, des lésions cérébrales de type séquellaire dues à un ancien traumatisme en 1990. Il préconisait des investigations cardiologiques et neurologiques, avec notamment observation du sommeil et IRM cérébrale. Le médecin a indiqué que les investigations neurologiques avaient été effectuées par le Dr Y._____ à [...], qui avait proscrit la conduite de véhicule jusqu'à la fin du bilan neurologique. Hormis cet élément, l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail selon le Dr R._____. Le médecin a précisé que l'assuré n'avait pas eu de complication à la suite de son traumatisme

crânio-cérébral léger sans aucun autre symptôme. L'origine du malaise était en revanche plus préoccupante ; elle était encore en investigation.

La CNA a adressé un questionnaire à l'assuré le 25 novembre 2019, auquel il n'a pas répondu.

La Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a fourni un extrait du compte individuel de l'assuré à la CNA par courrier du 29 novembre 2019. En 2018, ce dernier contenait une entrée de l'employeur Q. _____ SA du mois de février au mois de juillet, et une entrée de [...] SA pour le mois de février. Aucune inscription postérieure ne figurait au compte.

Faisant suite à une demande d'assistance, l'administration cantonale des impôts a informé la CNA le 10 décembre 2019 que l'assuré avait déclaré la somme de 987 fr. sous la rubrique « revenu de l'activité accessoire salariée » pour la période fiscale 2017 et que la période fiscale 2018 avait fait l'objet d'une évaluation par l'autorité fiscale dans le cadre d'une taxation d'office pour défaut de pièces.

Par courrier du 27 décembre 2019 lui impartissant un délai au 10 janvier 2020, la CNA a requis de l'assuré qu'il lui fournisse des renseignements concernant sa caisse d'assurance-maladie.

Par décision du 27 décembre 2019, la CNA a refusé d'allouer des prestations à l'assuré, car elle n'avait reçu aucune preuve d'emploi ou de salaire au moment de l'accident, respectivement au moment du début de l'incapacité de travail, de sorte qu'il n'était alors pas assuré auprès d'elle. Selon la déclaration de M. B. _____, l'assuré était agriculteur et louait ses services en tant que chauffeur de poids-lourds ; il avait effectué un dépannage de trois jours à partir du 20 août 2018. L'assuré n'avait pas répondu au questionnaire du 25 novembre 2019, lui demandant s'il exerçait une activité lucrative chez un autre employeur, entre autres. Son extrait de compte individuel ne contenait aucune entrée pour le mois d'août 2018.

Selon une notice téléphonique de la CNA du 3 janvier 2020, l'assuré voulait fixer un rendez-vous pour faire opposition à la décision précitée au guichet de l'assurance. S'agissant de sa caisse d'assurance-maladie, l'assuré a déclaré qu'il n'en avait pas, depuis des années. Il a expliqué qu'il n'avait pas reçu le questionnaire de la CNA, ce à quoi son interlocutrice a répondu que ledit courrier lui avait été envoyé par pli A Plus et qu'il n'était pas venu en retour à la CNA par la Poste.

Le 8 janvier 2020, l'assuré a formé opposition à la décision précitée, en personne. Le procès-verbal contient les remarques « pas d'accord » et « Lettre congé Q. _____ ». Étaient produits en annexe le contrat de travail de l'assuré avec Q. _____ SA, sa fiche de salaire pour le mois de juillet 2018 auprès de cette société, et une lettre de résiliation de contrat de travail du 21 juin 2018 portant la mention « remis personnellement » à l'assuré. Ce courrier faisait référence à un entretien, lors duquel l'employeur avait informé l'assuré que son poste de chauffeur de poids-lourds devait être supprimé à la suite d'une restructuration due à la conjoncture. Son contrat de travail prendrait donc fin au 31 juillet 2018, conformément à la convention collective de travail du second œuvre romand (ci-après : la CCT). La lettre n'était pas signée par l'assuré sous la mention « reçu et pris acte de la présente ».

Interpellée par la CNA, la société Q. _____ SA lui a transmis un document du 16 juillet 2018 intitulé « Résiliation contrat de travail » et qui indiquait qu'à la suite du désir émis par l'assuré de quitter son emploi avec effet immédiat, pour raison personnelle, elle prenait note de son congé au 16 juillet 2018. Cette attestation était signée par l'assuré et par Q. _____ SA, laquelle a également produit des bordereaux de paie, remplis par l'assuré, faisant état de ses heures de travail et des chantiers concernés, du 25 juin au 16 juillet 2018. Le lundi 16 juillet 2018 portait l'indication « 7h 10h Pas de place ».

Par courrier du 19 février 2020, la CNA a informé l'assuré des éclaircissements fournis par Q. _____ SA, qui l'amenaient à estimer qu'il

n'était plus assuré auprès d'elle au moment de l'accident. Elle a invité l'assuré à lui indiquer s'il maintenait son opposition, jusqu'au 6 mars 2020. L'assuré a fait savoir à la CNA qu'il souhaitait maintenir son opposition, dans le délai précité.

Par décision sur opposition du 21 avril 2020, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré, motif pris que comme sa relation de travail avec Q. _____ SA avait pris fin le 16 juillet 2018, sa couverture d'assurance-accidents s'était éteinte 31 jours après cette date, le 16 août 2018, soit antérieurement à l'accident en cause.

B. Par acte du 19 mai 2020, M. _____, désormais représenté par Me Charles-Henri de Luze, a formé recours contre la décision précitée par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a principalement conclu, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction et nouvelle décision, subsidiairement à sa réforme en ce sens que l'accident du 21 août 2018 soit pris en charge par l'intimée, l'ordre de ces conclusions étant expliqué par l'impossibilité de déterminer l'importance de la prise en charge demandée. Le recourant a requis de pouvoir présenter un mémoire complémentaire après prise de connaissance de son dossier, ainsi que la tenue d'une audience, avec l'assignation de la personne en charge du dossier du recourant au sein de Q. _____ SA et la production de toutes ses fiches de salaire auprès de cette société.

En substance, le recourant a fait valoir que Q. _____ SA avait mis fin à la relation de travail le 21 juin 2018 pour le 31 juillet 2018 et qu'il avait signé le courrier de résiliation le 31 juillet 2018, qu'il avait remis à l'employeur le même jour, lorsqu'il lui avait apporté les objets qu'il devait restituer, sans que l'employeur ne conteste la validité de ce document. La somme de 3'348 fr. 70 lui avait été versée avec son salaire de juillet 2018, correspondant à son droit aux vacances accumulés. Il n'avait pas pris de vacances en nature depuis son entrée en service, de sorte qu'il les avait prises du 16 au 31 juillet 2018. Pour le recourant, Q. _____ SA l'avait libéré de l'obligation de travailler le 16 juillet 2018 et lui avait accordé ses

vacances pour le reste du mois, de sorte que son droit au salaire avait pris fin le 31 juillet 2018 et la couverture d'assurance-accidents courait jusqu'au 30 août 2018, ce qui impliquait que l'accident devait être pris en charge. Le recourant a produit un lot de pièces sous bordereau avec son mémoire de recours, dont ses fiches de salaire pour les mois de juin et juillet 2018, ainsi qu'une version signée le 31 juillet 2018 par le recourant du courrier de résiliation du 21 juin 2018.

L'intimée a répondu au recours le 4 juin 2020 et proposé son rejet. Elle a réitéré ses motifs et précisé que les décomptes de salaire permettaient de constater que le droit aux vacances du recourant était compris dans sa rémunération, de sorte qu'aucune prolongation du contrat de travail pour les vacances non-prises ne se justifiait au-delà du 16 juillet 2018. À titre subsidiaire, l'intimée a ajouté que l'accident en question n'avait été à l'origine d'aucune atteinte à la santé, car le Dr R. _____ avait indiqué que le recourant n'avait pas eu de complication des suites de l'accident et que le seul élément préoccupant demeurait l'origine du malaise. De plus, le recourant avait quitté l'hôpital le jour de l'accident sans prescription d'interruption de travail et le Dr W. _____ ne s'était pas occupé des suites de l'évènement concerné.

Malgré une prolongation de délai accordée pour le dépôt de la réplique, le recourant ne s'est pas déterminé plus avant.

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 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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 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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le présent litige porte sur la couverture d'assurance de l'assuré auprès de l'intimée au moment de l'accident du 21 août 2018.

3. a) Aux termes de l'art. 1a al. 1 LAA, sont assurés à titre obligatoire conformément aux dispositions de la LAA 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.

Selon la jurisprudence, est réputé travailleur au sens de cette disposition celui qui, dans un but lucratif ou de formation et sans devoir supporter de risque économique propre, exécute durablement ou provisoirement un travail pour un employeur, auquel il est plus ou moins subordonné. Sont ainsi visées avant tout les personnes au bénéfice d'un contrat de travail au sens des art. 319 ss CO (loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse ; RS 220) ou qui sont soumises à des

rapports de service de droit public. Cependant, l'existence d'un contrat de travail ne constitue pas une condition pour la reconnaissance de la qualité de travailleur au sens de l'art. 1a al. 1 LAA. En l'absence d'un contrat de travail ou de rapports de service de droit public, la qualité de travailleur doit être déterminée à la lumière de l'ensemble des circonstances économiques du cas d'espèce. Dans cette appréciation, il convient de ne pas perdre de vue que la LAA, dans la perspective d'une couverture d'assurance la plus globale possible, inclut également des personnes qui, en l'absence de rémunération, ne peuvent pas être qualifiées de travailleurs, tels que les volontaires ou les stagiaires. La notion de travailleur au sens de l'art. 1a LAA est par conséquent plus large que celle que l'on rencontre en droit du travail (ATF 144 V 411 consid. 4.2 ; 141 V 313 consid. 2.1 et les références).

Le Tribunal fédéral a rappelé dans son ATF 144 V 411 qu'il avait jugé qu'une étudiante en médecine qui effectue un stage (« Einzeltutoriat ») dans un cabinet médical est obligatoirement assurée contre les accidents (ATF 141 V 313 consid. 4.5 et 4.6). Il en est allé de même d'une bénéficiaire de l'aide sociale qui était placée à l'essai et sans être rémunérée dans une entreprise de nettoyage (TF 8C_302/2017 du 18 août 2017 consid. 4.5). Est également assurée une personne occupée sur la base d'un volontariat dans une université pour un projet de recherche dans un pays africain, sans être au bénéfice d'un contrat de travail et sans qu'un salaire n'ait été convenu (TF 8C_183/2014 du 22 septembre 2014 consid. 8.3 et 8.4). Plus généralement, le Tribunal fédéral a considéré que les personnes qui travaillent à l'essai sans recevoir de salaire chez un employeur sont assurées par ce dernier, dès lors que celui-ci a un intérêt économique à la prestation accomplie (TF 8C_503/2011 du 8 novembre 2011 consid. 3.5). Il a encore jugé qu'une adolescente de 15 ans, qui travaillait pendant ses loisirs dans un centre équestre et qui, pour seule contrepartie, avait le droit de monter à cheval, était obligatoirement assurée contre les accidents (ATF 115 V 55). Le chômeur qui, de sa propre initiative, s'engage au service d'une entreprise afin d'éprouver sa capacité d'engagement, son aptitude et sa capacité de travail dans la perspective d'obtenir un emploi durable et sans qu'un

salaire n'ait été convenu ni payé, est assuré non pas auprès de la CNA, mais auprès de l'assureur-accidents de l'entreprise pour les accidents survenus au cours de cette activité (ATF 133 V 161 consid. 5). Enfin, le Tribunal fédéral a considéré qu'une personne au bénéfice d'une mesure de placement à l'essai de l'assurance-invalidité au sens de l'art. 18a LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) est obligatoirement assurée contre le risque d'accident (ATF 144 V 411 consid. 4.4).

En revanche, de simples coups de main ne suffisent pas pour créer une relation de travail, pas plus que l'exercice de certaines activités accomplies par pure complaisance pour une autre personne durant une période limitée (ATF 115 V 55 consid. 2d ; RAMA 2001 n° U 418 p. 99 consid. 2a ; TF 8C_393/2011 du 13 février 2012 consid. 3 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3e éd., Bâle 2016, n. 2 p. 899).

La nature de l'activité exercée importe peu s'agissant de l'assujettissement à l'assurance-accidents : le gain soumis à cotisations peut aussi bien provenir d'une activité licite que d'une activité illicite, en particulier d'un « travail au noir ». Le ressortissant étranger qui travaille illégalement en Suisse est donc aussi soumis à l'assurance obligatoire (ATF 118 V 79 consid. 2 et les références citées).

b) Aux termes de l'art. 3 al. 1 LAA, 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

c) Selon l'art. 3 al. 2 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.

4. a) La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA), selon lequel les faits déterminants pour la solution du litige doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin avec la collaboration des parties. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 61 let. c LPGA). En principe, l'assuré ne supporte ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves (TF 9C_91/2017 du 8 septembre 2017 consid. 3.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_398/2018 du 5 décembre 2018 consid. 3.1 ; TF 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1). Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués. Ce principe est également concrétisé dans le domaine de l'assurance-accidents par l'art. 55 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (TF 9C_91/2017 précité consid. 3.1). Selon l'art. 43 al. 3 LPGA, l'assureur qui se heurte à un refus inexcusable de renseigner ou de collaborer peut soit se prononcer en l'état du dossier, soit clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière sur la demande de prestations. À cet effet, il doit avoir adressé à l'intéressé une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable.

Le comportement de la personne assurée ne doit cependant être sanctionné que pour autant que l'assureur a, en parallèle, tout mis en œuvre pour constituer un dossier aussi complet que possible ; il ne saurait se décharger sur la personne assurée de mesures d'instruction auxquelles son devoir d'élucider d'office les faits déterminants lui commande de procéder. Il s'ensuit que toute attitude passive, voire tout refus de

collaborer, de la personne assurée n'entraîne pas nécessairement un préjudice pour celle-ci, notamment lorsque l'assureur serait en mesure de se fonder sur d'autres données que celles dont il demande la communication ou lorsque, sans démarches excessivement compliquées, il aurait pu ou pourrait obtenir ailleurs les renseignements qui lui font défaut. Lorsque l'assureur se prononce en l'état du dossier, il ne peut se contenter d'examiner la situation sous l'angle du seul refus de collaboration de la personne assurée, mais doit procéder à une appréciation matérielle du cas à la lumière des pièces au dossier (Jacques-Olivier Piguet, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 46, 50, 52 et 54 ad art. 43 LPGA, et les références citées).

b) Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

5. a) En l'espèce, l'intimée a refusé de prendre en charge l'accident du 21 août 2018, motif pris que le recourant n'avait pas démontré de manière convaincante l'existence d'un emploi ou d'un droit au salaire au moment de l'accident. Selon l'intimée, le droit au salaire du recourant envers Q. _____ SA s'étant éteint le 16 juillet 2018, il n'était plus assuré auprès d'elle 31 jours plus tard. L'accident s'étant produit postérieurement à cette échéance, le recourant n'était donc plus couvert au moment de l'évènement.

b) Or en l'occurrence, le dossier de la cause présente de nombreuses incohérences inexplicables et ne permet pas d'établir les faits à satisfaction de droit pour trancher la question litigieuse, au vu des principes rappelés ci-avant. Bien que le recourant ne soulève pas l'intégralité de ces éléments dans son recours, ils sont manifestes à la lecture du dossier, et mettent en lumière des lacunes de la décision litigieuse, qui ne sauraient être ignorées compte tenu de leur influence notable sur l'issue du procès, de sorte qu'il s'agit de les examiner (consid. 4b *supra*).

c) S'agissant de la relation de travail entre le recourant et Q. _____ SA, plusieurs éléments ne permettent pas de retenir, sans autre précision, que le droit au salaire du recourant s'est réellement éteint le 16 juillet 2018.

aa) Tout d'abord, la date du dernier jour effectif de travail n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.2 et 5.3). En effet, les pièces au dossier, au demeurant dépourvues de toute explication par Q. _____ SA qui s'est contentée de transmettre des pièces à l'intimée sans commentaire (le courrier l'invitant à le faire étant certes peu précis), ou par le recourant, font douter de la version des faits retenue par l'intimée. La CNA a estimé que le document « Résiliation contrat de travail » attestait la résiliation immédiate du contrat par le recourant, le 16 juillet 2018. Or cette date ne correspond pas à ce que l'on peut déduire de la fiche de salaire du mois de juillet 2018 et du document « bordereau de paie » produits par le recourant. La mention « 7h 10h pas de place » sur le bordereau de paie rempli par le recourant pour le 16 juillet 2018 laisse perplexe. Quant à la fiche de salaire pour le mois de juillet 2018, que le recourant a produite avec son opposition, elle indique que le recourant a été payé pour 128 heures de travail et qu'il a été dédommagé pour 15 indemnités de repas, alors qu'il n'y a eu que 11 jours ouvrables du 1^{er} au 16 juillet 2018, en comptant le dernier jour de travail de 3 heures selon le bordereau de paie précité. Il appert peu vraisemblable que ces 128 heures de travail aient été effectuées sur 10 ou 11 jours ouvrés, qui plus est

compte tenu de l'activité en question (chauffeur de poids-lourds). L'addition des heures mentionnées sur les bordereaux de paie du recourant n'aboutit d'ailleurs pas à un résultat de 128 heures. Les indemnités de repas décomptées sur lesdits bordereaux s'élèvent du reste à 10 indemnités et non 15. À titre de comparaison, sur la fiche de salaire du mois de juin 2018 du recourant, qu'il a produite en procédure de recours et qui concerne un mois entier, 191 h 25 de travail et 22 indemnités de repas lui ont été payées. Il est donc tout à fait possible que le recourant ait continué de travailler pour Q._____SA après le 16 juillet 2018 ; les circonstances et dates précises de la résiliation de travail auraient dû être investiguées plus avant par l'intimée, qui n'a notamment posé aucune question précise à l'employeur, alors que le recourant avait fait valoir une fin des rapports au 31 juillet 2018 dans son opposition, en produisant la lettre de licenciement du 21 juin 2018.

bb) Les parties ont présenté leurs positions s'agissant du droit aux vacances du recourant, ce dernier estimant qu'il les avait prises en nature à la fin du mois de juillet, sous-entendant qu'il n'y avait pas eu de résiliation immédiate des rapports de travail, et l'intimée considérant que ce droit était inclus dans le salaire global versé par l'employeur. Or pour qu'il soit admissible d'inclure le droit aux vacances dans le salaire d'un travailleur, ce qui est exceptionnel, il faut que cette inclusion soit justifiée objectivement par la nature très irrégulière de l'activité à temps partiel et que la part du salaire global destiné à l'indemnisation des vacances soit mentionnée clairement et expressément dans le contrat de travail, ainsi que sur les décomptes de salaire périodiques. La simple indication selon laquelle l'indemnité afférente aux vacances est comprise dans le salaire total ne suffit pas, la part représentant cette indemnité devant être fixée en pourcentage ou en chiffres et cette mention devant figurer aussi bien dans le contrat de travail écrit que dans les décomptes de salaires (ATF 129 III 493 ; TF 4A_561/2017 du 19 mars 2018 consid. 3.1). En l'occurrence, il faudrait examiner la version de la CCT applicable aux faits et les fiches de salaire du recourant, mais il semble en tous les cas, à la lecture du contrat de travail et des pièces du dossier, que le recourant était employé à plein temps, de sorte que la condition de fond du travail

très irrégulier d'un employé à temps partiel ou de travail intérimaire n'est *a priori* pas remplie, peu importe que la rémunération était prévue à l'heure (à l'instar de la situation qui prévalait dans l'arrêt TF 4A_561/2017 précité, consid. 3.2). La fin du droit au salaire du recourant sous cet angle-là n'est pas suffisamment établie, contrairement à ce que soutient l'intimée.

cc) Le dossier ne permet pas non plus, en l'état, de trancher la question du respect de l'obligation d'informer de l'employeur s'agissant de la possibilité de prolonger l'assurance-accidents par convention (art. 3 al. 3 LAA). La protection de la bonne foi pouvant commander qu'une couverture d'assurance soit admise même si une convention spéciale pour prolonger l'assurance n'a pas été convenue, cette problématique mériterait d'être investiguée également (ATF 143 V 341 consid. 3.2.2.1 et les références citées). Ce d'autant plus que selon l'intimée, l'accident est survenu quelques jours seulement après la fin de la couverture d'assurance liée à Q. _____ SA.

d) En outre, une autre problématique résultant du dossier permettrait de laisser ouvertes les questions qui précèdent : le statut éventuel de travailleur au sens de la LAA du recourant au moment de l'accident. En effet, 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 (TF 8C_338/2019 du 8 mai 2020 consid. 7.1 et la référence citée). En l'occurrence, plusieurs indices convergent vers une relation de travail, au sens de la LAA, entre le recourant et M. B. _____ au moment de l'accident. L'entreprise individuelle de M. B. _____ étant active dans le domaine des transports, l'intimée serait alors également concernée, en vertu de l'art. 66 al. 1 let. g LAA.

La déclaration de sinistre a été remplie par M. B. _____, en tant qu'employeur du recourant, et il a fourni son numéro AVS, alors qu'il a par la suite nié être l'employeur du recourant et précisé que ce dernier sollicitait des prestations à la suite d'un autre accident de travail (dont on

ne sait par ailleurs rien). Ladite déclaration indique en outre que le recourant était employé comme chauffeur de poids-lourds à temps complet sur la base d'un contrat de durée déterminée, depuis le 20 août 2019, cette date étant vraisemblablement une erreur de plume, ce qui est confirmé par le fait qu'elle est postérieure à la date de la déclaration. Selon le rapport de police de l'accident, le recourant était au volant d'un véhicule de M. B. _____, et transportait des tuyaux en plastique, ce que ce dernier a expliqué, dans un courriel du 13 octobre 2019 à l'intimée, par le fait que le recourant effectuait un « dépannage » de trois jours pour lui. M. B. _____ a écrit que le recourant louait ses services en tant que chauffeur indépendant, avec ses propres assurances sociales, mais il a également affirmé qu'il n'avait pas « dédommagé » le travail effectué durant ces trois jours, pour lesquels le recourant n'avait pas eu de contrat de travail. Pour sa part, le recourant a déclaré à la police qu'il travaillait à raison d'environ 50 % pour M. B. _____, et qu'il effectuait des remplacements pour lui depuis trois ans. Il a dit avoir déjà conduit le véhicule avec lequel il avait eu l'accident, ce qui est cohérent avec une activité régulière, plus étendue que pour trois jours seulement. L'intimée a privilégié la version des faits telle que présentée par M. B. _____, alors que celle-ci n'est pas davantage corroborée par les éléments au dossier que celle du recourant. L'extrait du compte individuel AVS de ce dernier, ainsi que les informations recueillies auprès de l'administration fiscale, ne permettent pas de retenir que le recourant travaillait comme indépendant en l'état, ni d'exclure qu'il y ait éventuellement eu une activité dépendante illicite. Les pièces disponibles à ce stade n'indiquent pas non plus que l'activité du recourant relevait du pur acte de complaisance.

6. a) Pour rendre sa décision, l'intimée s'est fondée d'une part sur le défaut de collaboration du recourant, et d'autre part, au stade de la réponse seulement, sur l'absence d'atteinte à la santé. Ce dernier motif n'ayant pas été inclus dans la décision attaquée, et ne pouvant être admis péremptoirement au vu des carences factuelles du dossier, y compris sur le plan médical, il ne saurait emporter conviction (cf. consid. 2a *supra*). En effet, le Dr R. _____ a attesté que le recourant ne présentait pas, à sa sortie d'hôpital, d'incapacité de travail hormis pour la conduite

automobile, ce qui reste problématique s'agissant d'un assuré qui exerce une activité professionnelle de chauffeur routier.

Le défaut de collaboration du recourant ne saurait non plus, dans le cas d'espèce, justifier la reddition de la décision litigieuse. Il est vrai que le recourant a négligé de répondre aux sollicitations de l'intimée, notamment à son questionnaire du 25 novembre 2019, envoyé par courrier A Plus reçu valablement le jour suivant (cf. suivi des envois *Track&Trace* de la Poste ; sur la notification en courrier A Plus : ATF 142 III 599 consid. 2.4.1 ; TF 8C_754/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.3 et les références citées). L'obligation de mise en demeure écrite a en sus été respectée, le questionnaire indiquant clairement les conséquences juridiques d'un défaut de collaboration, conformément aux principes rappelés ci-avant (cf. consid. 4a *supra*). Toutefois, même à considérer que le comportement du recourant pouvait être sanctionné, l'intimée avait alors deux possibilités, soit se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière (*ibid.*). Or en l'occurrence, l'intimée n'a pas rendu une décision de non-entrée en matière, mais une décision de refus de prestation, de sorte qu'elle s'est prononcée en l'état du dossier. Pourtant, l'état de ce dossier ne permet pas, comme développé ci-avant, d'arriver à la conclusion prise par l'intimée. Il n'est en effet pas admissible pour l'assureur de se baser sur de succinctes déclarations de l'employeur, au demeurant peu convaincantes, plutôt que sur celles de l'assuré, sans motif particulier et en la présence de pièces et explications contradictoires.

Quoi qu'il en soit, pour que le comportement de l'assuré puisse être sanctionné, encore fallait-il que l'assureur ait tout mis en œuvre pour constituer un dossier aussi complet que possible. *In casu*, l'intimée s'est contentée d'une déclaration par courriel de M. B._____, et de la production de quelques pièces par Q._____SA, sans autre interpellation. Elle a certes sollicité l'aide de l'administration cantonale des impôts et de la Caisse cantonale de compensation AVS, mais les renseignements obtenus ne permettaient manifestement pas de considérer que le dossier

était aussi complet que possible, alors qu'il aurait été aisé d'obtenir les renseignements supplémentaires manquants (*ibid.*).

b) Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

Une nouvelle interpellation par écrit, avec des questions spécifiques, s'avère nécessaire, à tout le moins s'agissant de M. B. _____ et de Q. _____ SA. Selon l'issue de ces mesures d'instruction, il s'agira le cas échéant de solliciter à nouveau le recourant avec une nouvelle mise en demeure de collaborer, et pour le cas où l'accident était couvert par l'intimée, d'investiguer le plan médical, notamment en obtenant un rapport du Dr Y. _____, dont l'avis ne figure pas au dossier. L'on relève à ce sujet l'indication de M. B. _____, selon laquelle l'accident du 21 août 2018 aurait causé une interruption de travail dès le 11 décembre 2018 et des blessures au bras gauche et au thorax, éléments sur lesquels il est revenu par la suite, en déclarant que cette interruption de travail était liée à un autre accident. À cet égard, le Dr W. _____ a mentionné que l'assuré avait bénéficié le 11 décembre 2018 de l'ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'avant-bras gauche.

7. Compte tenu de l'issue du litige, les requêtes de mesures d'instruction formulées par le recourant, soit la tenue d'une audience avec audition de témoins et de Q. _____ SA, ainsi que la production de pièces auprès de cette dernière, doivent être rejetées (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). Il en va de même de la réquisition du recourant de pouvoir déposer un mémoire complémentaire, ce alors qu'il n'a pas fait usage de son droit de réplique.

8. a) En définitive, le recours doit être admis en ce sens que la décision entreprise doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Le mandataire n'ayant pas déposé de liste d'opérations, il convient d'arrêter l'équitable indemnité de partie à laquelle il a droit en tenant compte de l'importance et de la complexité du litige ainsi que du temps requis pour le traitement d'une telle affaire. Au regard de ces éléments, il se justifie de fixer forfaitairement l'indemnité à 1'500 fr., débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée (art. 10 et 11 du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 21 avril 2020 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à M._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Charles-Henri de Luze (pour M. M._____),
- 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 :

