

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juillet 2017

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 4 et 61 let. c LPGA; 46 al. 2 LAA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était assuré en sa qualité de chômeur 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.

Selon la déclaration de sinistre LAA pour les chômeurs du 2 juillet 2016 complétée par l'assuré, ce dernier aurait été victime le 10 juin 2016, à 09h.35, au cours d'un programme d'emploi temporaire (cf. le contrat de mission temporaire conclu le 8 juin 2016 avec l'agence V._____ SA à [...], mentionnant un engagement comme nettoyeur de bâtiments à plein temps dès le 9 juin 2016 auprès de l'entreprise W._____ Sàrl, à [...]), d'un événement décrit en ces termes :

“Je prête un couteau à un collègue. Lui me l'a retourné la lame ouverte. Je garde la lame dans le pantalon.”

Touché à l'avant-bras droit (coupure au poignet), l'assuré a, selon ses indications, interrompu le travail à 100 % dès le 11 juin 2016. Les premiers soins ont été prodigués par le médecin de garde le Dr M._____, spécialiste en médecine générale à [...]. La prise en charge l'a ensuite été par le Centre Médical G._____, à [...].

Le 15 juillet 2016, la CNA a enregistré le formulaire d'annonce du cas adressé par l'agence V._____ SA. Il en ressort qu'un collègue avait rendu son couteau (cutter) ouvert à l'assuré, instrument avec lequel ce dernier s'était entaillé à l'avant-bras. Etaient joints :

- un certificat du 16 juin 2016 dans lequel, le Dr M._____ atteste une incapacité de travail de l'assuré à 100 % du 16 au 20 juin 2016 ;
- trois certificats des médecins du Centre Médical G._____, dont il ressort les incapacités de travail de l'assuré suivantes :

- 100 % du 20 juin au 3 juillet 2016 (certificat du 22 juin 2016)
- ;
- 100 % du 11 juin au 3 juillet 2016 (certificat du 4 juillet 2016)
- ;
- 100 % du 5 au 11 juillet 2016, puis 50 % du 12 au 24 juillet 2016 (certificat du 11 juillet 2016).

La « Feuille-accidents LAA », également transmise par l'employeur, atteste, par l'apposition du timbre et de la signature du Dr M. _____, une incapacité de travail de l'assuré dès le 16 juin 2016. Il y figure d'autres inscriptions (mais sans timbre de médecin) en référence à des consultations des 24 juin, 1^{er} et 4 juillet 2016 qui font état d'une incapacité de travail débutée le 11 juin 2016.

Le 20 juillet 2016, V. _____ SA a informé la CNA que selon le cabinet médical du Dr M. _____ des certificats avaient été falsifiés. Sur la base de rapports de travail n° [...] et n° [...] remis, l'assuré avait travaillé en plein les 9 et 10 juin 2016 ainsi que les 13, 14 et 15 juin 2016. Il était à l'arrêt de travail à 100 % dès le 16 juin 2016.

Le 27 juillet 2016, la direction de l'Hôpital [...] a transmis à la CNA des rapports dont il ressort que l'assuré avait été pris en charge le 13 juin 2016 à 18h.43 par les médecins de sa division de chirurgie générale. Le diagnostic de plaie à l'avant-bras droit a été posé. Cette lésion située en face interne, était d'environ cinq centimètres de long, large et superficielle. L'assuré avait déclaré que cette plaie résultait d'une blessure avec un couteau dans la poche de son pantalon quatre jours plutôt et qu'il n'avait pas fait exprès de se scarifier (cf. l'anamnèse du rapport du 13 juin 2016 des Drs A. _____, médecin-adjoint et S. _____, médecin-assistante à l'Hôpital [...] p. 1).

Le Dr M. _____ a confirmé le 29 juillet 2016 à la CNA qu'un certificat de son cabinet du 16 juin 2016, attestant une incapacité de travail de l'assuré à 100 % jusqu'à nouvel avis, avait été falsifié.

Le 9 août 2016, l'assuré a déclaré, dans le questionnaire adressé par la CNA dans l'intervalle, avoir présenté une blessure au bras droit alors qu'il travaillait sur un toit avec un couteau ouvert dans la poche de son pantalon. Il n'y avait personne directement ou indirectement impliqué dans l'« accident ». A l'arrêt à 50 % depuis le 12 juillet 2016, il avait repris le travail en plein dès le 25 juillet 2016.

Par courriel du 19 août 2016, le Centre Médical G._____ a informé la CNA que les certificats récoltés en procédure n'avaient pas été établis par ses médecins et que dans ce contexte, il ne serait plus établi de certificat, ni rapport ni ordonnance en faveur de l'assuré.

B. Entre-temps le 24 juillet 2016, F._____ a adressé à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cause AA 86/16), une écriture datée du 21 juillet 2016 avec plusieurs pièces, par laquelle il déposait plainte contre la CNA et l'agence V._____ SA à [...], en raison du refus de son dossier par son assureur-accidents. Dans le délai imparti par le tribunal pour compléter la motivation de son acte de recours, l'assuré a uniquement produit un écrit du 10 septembre 2016 adressé au Ministère public de l'arrondissement de [...] par lequel il déposait plainte pénale contre inconnu pour documents falsifiés envoyés à la CNA et contre le Centre Médical G._____ pour le courriel du 19 août 2016. Constatant que le recours n'avait pas été motivé ni les conclusions précisées, pas plus que la décision attaquée n'avait été produite dans le délai supplémentaire fixé conformément aux art. 61 let. b LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) et 27 al. 5 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), le recours a été réputé être retiré, la cause étant rayée du rôle, par arrêt du 15 septembre 2016 (cf. CASSO AA 86/16 - 98/2016).

C. Le 22 août 2016, la CNA a fait part à l'assuré de son intention de refuser la prise en charge du cas motif pris qu'il existait des doutes que celui-ci ait été victime d'un accident involontaire. Selon l'assureur, il était très étonnant que l'intéressé ait fait coudre sa plaie après une semaine

seulement. Il considérait les faits déclarés qui ont provoqué la lésion comme invraisemblables et que les renseignements médicaux qu'il avait recueillis avaient démontré que l'assuré avait falsifié volontairement des certificats d'incapacité de travail. La CNA s'estimait fondée à refuser ses prestations dès lors qu'une fausse déclaration lui avait été remise intentionnellement. L'assuré s'est vu accorder la possibilité de formuler d'éventuelles objections ou remarques dans un délai au 14 septembre 2016.

Par décision du 19 septembre 2016 adressée à la protection juridique de l'assuré, la CNA a refusé l'octroi de ses prestations pour les suites de l'événement du 10 juin 2016, se réservant le droit d'examiner d'éventuelles mesures juridiques. Elle a indiqué s'en tenir aux éléments déjà exposés, à savoir que les faits déclarés étaient invraisemblables et que selon les renseignements médicaux récoltés, l'assuré avait volontairement falsifié des certificats d'incapacité de travail et par là-même, s'était rendu coupable de fausses déclarations à l'assurance-accidents.

Par courriels du 25 septembre 2016, confirmés le 24 octobre 2016, l'assuré s'est opposé à la décision de refus de prise en charge précitée.

Le 8 novembre 2016, il a été convoqué dans les locaux de la Suva [...] pour être auditionné en lien avec sa contestation. Selon le rapport établi le même jour, l'assuré a notamment déclaré ce qui suit à l'un des collaborateurs du service externe de la CNA :

“[8.Expliquez-nous le déroulement exact de votre accident du 10.6.2016 !]

L'accident est donc arrivé en travaillant. J'avais mon couteau ouvert dans la poche droite de mon pantalon de travail avec la lame vers le haut (genre du couteau voir photo). J'étais en position agenouillée. En me levant de cette position, j'ai involontairement touché la lame en me coupant à l'avant-bras droit. Je suis droitier. Je pensais que ce n'était pas grave.

[9. Selon les pièces versées au dossier et vos déclarations faites auparavant, nous constatons qu'il y a deux versions des états de fait. Que dites-vous à ce sujet ?]

A ce sujet je peux dire que j'ai donné deux versions possibles à mon employeur. En effet, je n'étais pas trop sûr si je m'étais blessé au couteau qui s'est trouvé dans ma poche (voir réponse à la question 8) ou bien alors si j'ai été blessé lorsque mon collègue m'a rendu le couteau.

La version la plus probable est que je me suis coupé avec le couteau ouvert dans ma poche. Je ne suis pas certain.

[10. Il est étonnant que vous nous donniez deux versions et que vous n'êtes pas sûr comment l'accident s'est vraiment passé.

Comment expliquez-vous ces deux versions ?]

Au travail tout se passe très rapidement. Les deux versions sont donc possibles. Je n'ai pas d'autre explication à ce sujet.

[11. Quelle est la version juste ?]

La version la plus probable est que je me suis blessé avec le couteau dans la poche.

[12. De quel genre de couteau s'agissait-il ?]

Je vous enverrai par e-mail une photo du couteau.

[13. Qui était témoin de l'accident ?]

Mon collègue de travail au moment de l'accident. C'est Monsieur X._____. Il ne travaille plus avec moi car j'ai trouvé un nouvel employeur. Son No de Natel est le [...]. Il n'a pas vu directement l'accident.

[14. Partons de l'idée que la deuxième version donnée est la bonne, qui est-ce qui vous a rendu le couteau ?]

En admettant cette version cela serait M. X._____.

[15. Nous sommes toujours très étonnés que vous nous déclariez deux versions de fait.

Voulez-vous encore une fois vous prononcer à ce sujet ?]

La version la plus probable est la première (blessure lors d'un mouvement avec le couteau dans la poche).

[16. Vous êtes-vous blessé volontairement ?]

Non, certainement pas.

[17. Voulez-vous retirer votre opposition à notre décision du 19.9.2016 ?]

Je confirme mon opposition et j'attends à ce que la Suva prenne en charge mon cas. Il s'agit tout simplement d'un accident professionnel.

[18. Avez-vous encore des objections ou des remarques à faire ?]

Non."

Par décision sur opposition du 11 novembre 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision attaquée. Elle a

constaté l'existence de deux versions différentes du déroulement de l'événement litigieux. L'assuré a d'abord déclaré qu'un collègue de travail lui a retourné le couteau qu'il lui avait prêté sans le fermer. Ensuite, il a prétendu s'être blessé avec le couteau qui était dans la poche de son pantalon. La CNA s'est dite étonnée quant au fait que l'assuré ait fait coudre sa plaie après environ une semaine tout en continuant à travailler. Entendu le 8 novembre 2016, celui-ci a déclaré s'être blessé, le 10 juin 2016 sur un chantier à [...] vers [...], en se levant de la position agenouillée avec son couteau ouvert dans la poche droite de son pantalon avec la lame vers le haut. Il a précisé avoir donné deux versions à son employeur car il ignorait laquelle était la bonne. La plus probable était qu'il s'était blessé avec le couteau ouvert dans sa poche même si les deux versions étaient possibles dès lors qu'au travail tout se passait très rapidement. Le collègue de travail qui était avec lui n'avait pas vu directement l'accident. La CNA a retenu que l'existence d'un accident n'était pas rendue vraisemblable; même si tout se passait très vite au travail, il était inconcevable que l'assuré ne se soit pas rappelé de l'état de fait exact alors que, le 8 novembre 2016, il se souvenait que le prétendu accident avait eu lieu à 09h.30. Il apparaissait également invraisemblable qu'il ait attendu le 13 juin 2016 avant de consulter alors que selon le rapport de l'hôpital de [...], il présentait une plaie d'environ cinq centimètres de long.

D. Par acte déposé le 5 décembre 2016, F._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, concluant à sa réforme en ce sens que la CNA est tenue d'allouer ses prestations pour les suites de l'événement du 10 juin 2016. Sur le fond, il reproche à V._____ SA d'avoir fait preuve de négligence dans le traitement du dossier avec la CNA. Rappelant qu'il présente une blessure avec une grosse cicatrice au bras droit et qu'il dispose de témoins qui n'ont jamais été entendus, il impute à son ex-employeur l'annonce du cas seulement plusieurs jours après sa survenance. Il allègue d'autre part que les certificats qu'il a remis auraient été falsifiés par l'employeur lui-même. Il en veut pour preuve sa plainte du 10 septembre 2016 au Ministère public de l'arrondissement de [...] contre

inconnu pour documents falsifiés envoyés à la CNA par V._____ SA et le Centre Médical G._____. Il concède ensuite sur la base des rapports d'activités au dossier, avoir travaillé les 13, 14 et 15 juin 2016 tout en minimisant sa blessure et les menaces de licenciement de V._____ SA. Il dit avoir subi, le 22 juin 2016, huit points de suture auprès du Centre Médical G._____ et qu'il présente depuis, une blessure et une cicatrice réelles. Il a produit une lettre du 5 décembre 2016 envoyée à la Présidente du Tribunal de prud'hommes de [...] en raison du non-respect par V._____ SA du délai de préavis de licenciement signifié le 16 juin 2016.

Le 19 décembre 2016, l'assuré a produit divers documents qu'il a déposés devant la juridiction prud'homale, à savoir son bulletin de salaire de juin 2016, des attestations (de gain intermédiaire et de l'employeur) du 16 août 2016 ainsi que les rapports de travail n° [...] et n° [...].

Le 6 janvier 2017, il a produit une copie de son dossier constitué dans le cadre de la procédure pénale dirigée contre V._____ SA (dossier [...]). Outre les critiques déjà formulées, le recourant a également dénoncé son ex-employeur auprès du service de l'Inspection du travail de la Ville de [...] en lien avec les circonstances de l'« accident » litigieux.

Il a produit, le 6 mars 2017, les documents suivants de la procédure prud'homale dirigée contre V._____ SA (dossier [...]) :

- une lettre du 20 janvier 2017 au terme de laquelle, F._____ réclamait le paiement par son ancien employeur de deux jours de travail en lien avec le non-respect du préavis de licenciement ainsi que les frais de traitement consécutifs à l'« accident de travail professionnel du 10.06.2016 » sur le chantier de [...];
- une citation à comparaître personnellement à une audience de conciliation du 6 mars 2017 devant le Tribunal de prud'hommes de [...].

Dans sa réponse du 13 mars 2017, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Elle s'en réfère aux considérants de sa décision sur opposition.

Le 2 mai 2017, le recourant a produit les derniers développements de la procédure prud'homale. Il en ressort qu'il a précisé ses conclusions en réclamant uniquement le paiement d'un montant de 448 fr. 02 à V. _____ SA au motif du « non-respect du préavis de congé de deux jours prévu par le contrat (18 heures x CHF 24.89) ». La conciliation du 6 mars 2017 n'ayant pas abouti, F. _____ s'est vu délivrer une autorisation de procéder.

Dans sa réplique du 29 mai 2017, le recourant a précisé ses conclusions en demandant la prise en charge, par l'intimée, des frais médicaux et le versement des indemnités journalières à 100% du 16 juin au 11 juillet 2016, puis à 50% jusqu'au 24 juillet 2016. A titre de mesures d'instruction, il a requis la réalisation d'une expertise médicale de son bras droit, la production de son dossier au Centre Médical G. _____ et le versement en cause du dossier pénal [...] par le tribunal ainsi que son audition, celle de ses médecins et de ses ex-collègues chez V. _____ SA en qualité de témoins. Il maintient avoir été victime d'un « accident involontaire » dont il dit ne pas avoir eu conscience de la gravité jusqu'au 16 juin 2016, date à laquelle le Dr M. _____ a établi un certificat d'arrêt de travail à 100% jusqu'au 20 juin 2016. Il prétend que les certificats ultérieurs, comme les « Feuille-accidents LAA », ont tous été établis et signés par les médecins du Centre Médical G. _____, d'où le dépôt de sa plainte pénale étant précisé qu'il soupçonne son ex-employeur d'avoir falsifié ces pièces. Réitérant ses précédents griefs envers V. _____ SA et prétextant être affecté d'une maladie génétique (hémochromatose) et des effets secondaires de médicaments contre l'anxiété (troubles de la mémoire), le recourant déplore se voir reprocher la poursuite de son travail malgré sa blessure sans avoir été en mesure de décrire en détail le déroulement de l'« accident » du 10 juin 2016. Parmi la liasse de pièces annexées à son écriture, ont notamment été produits :

- un échange de courriels intervenu sur la période du 13 au 16 juin 2016 entre le recourant et V._____ SA en vue de l'établissement du formulaire d'annonce de sinistre à la CNA;
- un accusé de réception du Ministère public de l'arrondissement de [...] en lien avec la plainte du 10 septembre 2016 ainsi qu'un courrier du 5 décembre 2016 où le recourant informait l'autorité d'instruction pénale du dépôt de « plaintes » contre le Centre Médical G._____ en raison du refus de transmettre son dossier à son nouveau médecin de famille, de négligence de la part du Dr E._____ dans le traitement de son bras droit en juin 2016 et d'information fallacieuse envers la CNA (courriel du 19 août 2016) et contre V._____ SA pour avoir informé la CNA qu'il aurait falsifié les certificats transmis;
- un certificat du 4 juillet 2016 à l'intention de l'assurance-chômage, dans lequel un médecin du Centre Médical G._____ (Dr E._____) a attesté une inaptitude au travail du recourant à 100%, du 11 juin au 3 juillet 2016;
- des « Feuille-accidents LAA » portant le timbre et la signature d'un médecin du Centre Médical G._____ (Dr E._____) et qui mentionnent une incapacité de travail totale du recourant débutée le 11 juin 2016;
- une lettre du 17 septembre 2016 à l'intention du Service de la Santé publique dans laquelle, l'assuré se plaignait d'une faute éthique de la part des médecins du Centre Médical G._____ en lien avec leur courriel du 19 août 2016 à la CNA;
- une « plainte » du 19 janvier 2017 adressée par le recourant au Président de la Société vaudoise de médecine, en raison de négligence du Dr E._____ pour le traitement prodigué en juin 2016;
- une attestation établie le 14 février 2017 par le Tribunal d'arrondissement de [...] certifiant le dépôt par le recourant, d'une requête en conciliation le 5 décembre 2016 contre V._____ SA. En annexe à

cette attestation, figure l'autorisation de procéder délivrée le 6 mars 2017 par l'autorité judiciaire en question.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. au vu de la période litigieuse, la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour, statuant en tant que juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment).

2. a) En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects de la prestation litigieuse. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la

décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1).

b) Le litige porte en l'espèce sur le point de savoir si l'intimée est tenue au service de ses prestations d'assurance – à savoir la prise en charge de frais de traitement et le versement d'indemnités journalières à 100 % du 11 juin au 11 juillet 2016, puis à 50 % jusqu'au 24 juillet 2016 – des suites de l'événement du 10 juin 2016. Il importe de déterminer si le cas annoncé est constitutif d'un accident au sens de la loi à la charge de la CNA en sa qualité d'assureur-accidents, celui-ci soutenant que l'assuré a fait de fausses déclarations intentionnellement.

c) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]), ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2).

3. Par accident, on entend 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). Selon la jurisprudence, 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; enfin, 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 et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 230 consid. 1 et les références citées; TF 8C_726/2009 du 30 avril 2010 consid. 3). Il n'y a pas d'accident si l'atteinte à la santé est volontaire. L'intention doit porter sur l'atteinte à la santé et non sur le comportement qui conduit à l'atteinte

dommageable (ATF 115 V 151 consid. 4 et les références citées). La personne doit avoir agi avec conscience et volonté.

4. a) Aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., Berne 1983 ch. 5 p. 278). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; TF 8C_648/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et 8C_641/2012 du 14 janvier 2013 consid. 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; TF 8C_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 3).

b) La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire. D'après ce principe, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les

références; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2 ; TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 2.1).

En particulier celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents doit rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas. S'il y a litige, il appartient au juge de dire si les diverses conditions de l'accident sont réalisées. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable, il constatera l'absence de preuves ou d'indices pertinents et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b et les références).

c) Selon 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.

5. a) En l'occurrence, lors de l'annonce du cas, l'assuré a fourni deux versions différentes du déroulement des circonstances de l'« accident » qu'il dit avoir subi le vendredi 10 juin 2016 vers 09h.30, alors qu'il travaillait sur un toit à [...] – ce que l'intéressé ne conteste pas. Il ressort ainsi de ses premières déclarations qu'il se serait blessé après qu'un collègue de travail, à qui il l'avait prêté, lui a retourné son couteau (cutter) non fermé. Ensuite, l'assuré a affirmé s'être coupé à l'avant-bras droit par contact de ce membre avec le couteau en question ouvert dans la poche de son pantalon. Le 8 novembre 2016, il a précisé sa seconde version des faits en déclarant avoir involontairement touché la lame de son couteau alors qu'il se relevait de sa position agenouillée.

Outre qu'elles sont contradictoires et peu vraisemblables à expliquer la lésion subie, les diverses explications de l'assuré quant au

déroulement des faits litigieux ne permettent pas d'éclaircir pour autant comment celui-ci a pu laisser s'écouler plusieurs jours avant de faire suturer (en huit points) sa plaie d'environ cinq centimètres de long, large et superficielle, le 22 juin 2016. Entaillé comme il l'était au poignet droit, ouvrier droitier, il est en effet difficile à concevoir comment le recourant a été en mesure de poursuivre normalement toute la journée du 10 juin 2016 ainsi que les 13, 14 et 15 juin 2016 un travail aussi exigeant sur le plan physique que son activité de nettoyeur de bâtiments. Il ressort en outre de ses déclarations complémentaires du 8 novembre 2016 à la CNA que le collègue de travail qui était avec lui sur le chantier n'a pas vu directement l'« accident ». Partant, et contrairement à ce qu'il semble laisser entendre, F. _____ ne dispose en réalité d'aucun témoin direct de la scène à même de corroborer le bien-fondé de l'une ou l'autre de ses versions contradictoires.

A ce qui précède, s'ajoute qu'il est établi que certains certificats médicaux produits devant la CNA ont été falsifiés. Il est par conséquent impossible de se référer de manière fiable à ces pièces, qui attestent notamment différentes dates de début d'incapacité de travail de l'assuré. Si certains certificats font mention d'une incapacité de celui-ci à 100% depuis le 11 juin 2016, d'autres attestent un arrêt de travail uniquement dès le 16 juin 2016. Cela étant, les premières déclarations du recourant selon lesquelles il aurait présenté une totale incapacité de travail à compter du lendemain de l'« accident », soit dès le 11 juin 2016 déjà, ne sont pas corroborées par les documents médicaux au dossier. L'intéressé s'est d'ailleurs lui-même rétracté sur ce point dans son acte de recours du 5 décembre 2016, concédant avoir travaillé les 13, 14 et 15 juin 2016 après l'« accident ».

Etant rappelé que la Cour de céans se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (cf. consid. 2a supra), force est de constater que les documents produits par le recourant à l'appui de ses écritures ne lui sont d'aucun secours. La procédure engagée le 5 décembre 2016 devant les prud'hommes, qui porte sur le non-respect par l'ex-employeur du délai de congé, ainsi que la

plainte déposée le 10 septembre 2016 au Ministère public de l'arrondissement de [...] contre inconnu pour documents falsifiés envoyés à la CNA par V._____ SA et le Centre Médical G._____, ne sont pas déterminantes pour l'issue du présent litige. Ces démarches judiciaires s'inscrivent en effet dans le contexte particulier du différend qui oppose l'assuré à V._____ SA depuis son licenciement immédiat le 16 août 2016, soit une semaine seulement après le début de la mission temporaire confiée via cette agence. En tout état de cause, ces deux procédures n'ont aucune portée pour l'appréhension du litige avec la CNA. Quelle qu'en soit l'issue, l'affaire pénale, semble-t-il en cours d'instruction, ne permet de toute manière pas d'établir l'existence juridique de l'accident dont se prévaut le recourant. Un constat identique s'impose s'agissant de la procédure prud'homale entamée, laquelle a d'ailleurs uniquement abouti à ce jour à la délivrance d'une autorisation de procéder en faveur du recourant à hauteur de 448 fr. 02 pour ses prétentions en lien avec le non-respect du préavis de licenciement reproché à V._____ SA. Contrairement à ce que semble penser le recourant, il n'existe aucun motif justifiant d'attendre l'issue des deux procédures précitées pour pouvoir statuer en toute connaissance de cause sur le présent litige. Il convient de relever également que les lettres des 17 septembre 2016 et 19 janvier 2017 au Service de la Santé publique, respectivement au Président de la Société vaudoise de médecine, pour valoir « plaintes » du recourant contre les médecins du Centre Médical G._____ n'ont aucune incidence sur la présente affaire avec son assureur-accidents.

Pour le reste, les explications du recourant d'une atteinte à la santé génétique (hémochromatose) et d'effets secondaires liés à une médication anxiolytique impliquant des troubles de la mémoire susceptibles d'expliquer ses versions contradictoires des faits, comme le grief d'une négligence de V._____ SA dans l'annonce du cas à la CNA, ne convainquent pas non plus. Ces critiques se basent en effet sur les seules allégations de l'intéressé qui ne sont pas étayées par des éléments concrets au dossier.

b) Au vu de l'ensemble des circonstances, de sérieux doutes subsistent quant au déroulement des faits à l'origine de la blessure présentée par le recourant à son avant-bras droit, de sorte que l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable. Partant, constatant l'absence de preuves ou d'indices pertinents et par conséquent l'existence juridique d'un accident, l'événement annoncé en l'espèce ne saurait être à la charge de la CNA. Il appartient par conséquent au recourant de supporter les conséquences de l'absence de preuves des faits dont il entend déduire des droits (cf. consid. 4a supra). En présence de certificats d'incapacité de travail falsifiés qui lui ont été présentés, l'intimée était par ailleurs en droit de se réserver d'examiner l'opportunité d'éventuelles mesures juridiques devant être prises (cf. consid. 4c supra).

6. Le dossier est complet, permettant ainsi à la juge unique de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes d'expertise médicale, d'audition personnelle et de témoins formulées en ce sens par le recourant dans sa réplique du 29 mai 2017 – lequel a d'ailleurs eu largement la possibilité de s'exprimer au cours de ses écritures –, doivent dès lors être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014).

7. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant – au demeurant non assisté des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts – n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 11 novembre 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- F. _____,
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :