

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 novembre 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante,

et

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

Art. 46 al. 2 LAA

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) travaillait en tant que préparatrice de commandes auprès de l'entreprise P. _____ (ci-après : l'employeur) depuis le 5 septembre 2016 et était, à ce titre, assurée auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.

Selon la déclaration de sinistre LAA du 15 février 2017 complétée par l'employeur, l'assurée a fait une chute dans la rue sur le genou droit le 10 janvier 2017.

L'assurée a transmis à l'employeur un certificat d'incapacité de travail pour la période du 10 janvier au 10 février 2017 de la Dresse T. _____, médecin-assistante à la Clinique G. _____, daté du 10 janvier 2017, ainsi qu'un certificat d'arrêt de travail du 10 février au 10 mars 2017 émanant du Dr C. _____ du Centre médical S. _____, daté du 10 février 2017.

Le 14 mars 2017, l'employeur a indiqué à la CNA que le certificat du Dr C. _____ avait été falsifié.

Interpellé par la CNA, P. _____ a précisé, le 17 mars 2017, que le certificat médical en question était un document Word et que la signature du praticien était une image. A cette occasion, l'employeur a également mentionné que le premier certificat de la Clinique G. _____ était « bizarre ».

Le 17 mars 2017 toujours, l'employeur a également fourni à la CNA une attestation du secrétariat du Centre médical S. _____ du 9 mars 2017, indiquant ceci :

« **Concerne :** Q. _____, née le [...] »

Le Dr C. _____ ne connaît pas cette patiente. Elle est suivie par la Dresse X. _____ à [...] qui l'a vue la dernière fois le 16.4.2016. Il n'y a pas de consultation en 2017 à S. _____ (données fournies par le système informatique) ».

Par courrier du 20 mars 2017, la CNA a informé l'assurée qu'en raison de faits nouveaux, elle révoquait sa décision de prise en charge du 20 février 2017.

Suite à l'interpellation de la CNA, la Clinique G. _____ a indiqué, le 20 mars 2018, que le certificat médical du 10 janvier 2017 était un document falsifié, la Dresse T. _____ ne travaillant pas à la Clinique G. _____ à cette époque et l'assurée n'ayant pas consulté cet établissement en janvier 2017.

Par décision du 21 mars 2018, la CNA, par sa Division prestations d'assurance, a refusé de verser les prestations d'assurance à l'assurée au motif que cette dernière avait sciemment fait de fausses déclarations. Compte tenu de la falsification du certificat médical de la Clinique G. _____, la CNA a informé l'assurée qu'elle examinait les éventuelles suites à donner.

L'assurée a formé opposition à la décision de la CNA le 7 avril 2018. A son appui, elle a indiqué que certains documents - dont les certificats d'incapacité de travail transmis à l'employeur - avaient été falsifiés par une jeune fille venue d'Espagne pour garder ses enfants et ce, à son insu, précisant que la jeune fille en question, qu'elle avait accueilli chez elle, était partie en emportant des bijoux et des habits appartenant à sa fille aînée. S'agissant de l'accident, elle a indiqué avoir consulté son médecin traitant, la Dresse X. _____, spécialiste en médecine interne générale, puis s'être fait opérer du genou droit le 9 mars à la Clinique [...].

Par décision sur opposition du 16 avril 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du 21 mars 2018. Elle a en substance souligné que les éléments invoqués par l'assurée n'étaient corroborés par aucun moyen de preuve.

B. Par acte du 30 avril 2018, Q._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation. Elle soutient ne pas avoir déposé plainte contre la jeune fille qu'elle hébergeait car celle-ci séjournait illégalement en Suisse et voulait s'éviter des répercussions de la part des autorités pénales et de cette personne en situation irrégulière.

Dans sa réponse du 12 juin 2018, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. Renvoyant pour l'essentiel aux développements figurant dans ses lignes du 16 avril 2018, elle fait valoir que les documents sont faux, que la recourante ne produit aucun document propre à corroborer la supercherie dont elle a été victime, et qu'elle ne donne aucune explication aux motifs pour lesquels les Drs T._____ et C._____ ont indiqué ne pas avoir établi les certificats médicaux qu'elle a produits.

Répliquant le 23 juillet 2018, la recourante confirme ses conclusions. Elle allègue avoir déposé une plainte pénale contre la jeune fille au [...], son pays d'origine, précisant n'avoir jamais touché d'indemnités de la part de la CNA.

L'intimée ne s'est pas déterminée 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 ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Est litigieuse la question de savoir si la CNA était en droit de refuser d'allouer des prestations d'assurance à la recourante, respectivement de savoir si la CNA a ou non à répondre de l'événement qui lui a été annoncé le 17 février 2017, l'intimée soutenant que la recourante a fait de fausses déclarations intentionnellement.

3. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). 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).

4. a) 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.

Cette dernière disposition vise à réprimer un comportement dolosif tendant à obtenir de l'assurance plus que ce à quoi l'on aurait droit (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* SBVR, Sécurité sociale, 2016, p. 1063 n° 594). Cette sanction présuppose ainsi un dessein de tromperie, qui ne doit néanmoins pas forcément avoir pour but primaire d'obtenir des prestations indues de l'assurance-accidents, la sanction pouvant aussi être prononcée si l'assuré agit de la sorte en vue de bénéficier d'un élément qui lui serait favorable notamment dans le cadre d'une éventuelle procédure pénale, et que la perception par l'assuré

de prestations d'assurance ne constitue qu'une conséquence annexe de ses agissements (JAB 2011 p. 135 ss).

Il s'agit d'une norme potestative. L'assureur dispose certes d'un large pouvoir d'appréciation dans l'application de cette disposition légale, mais il doit toutefois s'en tenir aux principes constitutionnels, en particulier ceux de l'égalité de traitement, de la proportionnalité et de la prohibition de l'arbitraire (TF 8C_388/2017 du 6 février 2018 consid. 2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, p. 1063, n° 595).

b) Conformément à l'art. 45 LAA, 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 (al. 1). Selon l'al. 2 de cette disposition, l'employeur doit aviser sans retard l'assureur dès qu'il apprend qu'un assuré de son entreprise a été victime d'un accident qui nécessite un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 6 LPGA) ou le décès.

L'art. 53 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) précise, s'agissant de la déclaration d'accident précitée, que la victime de l'accident ou ses proches doivent annoncer immédiatement l'accident à l'employeur ou à l'assureur et donner tous renseignements concernant notamment le moment, le lieu, les circonstances et les suites de l'accident (let. a). En cas d'accident non professionnel, l'employeur doit consigner les renseignements fournis par l'assuré dans la déclaration d'accident (art. 53 al. 2 OLAA).

L'assuré doit donner tous les renseignements nécessaires et tenir à disposition les pièces qui servent à déterminer les circonstances et les suites de l'accident et à fixer les prestations d'assurance (art. 55 al. 1 OLAA).

Ces dispositions précisent, dans le domaine de l'assurance-accidents, l'obligation générale prévue à l'art. 29 LPGA, selon laquelle toute personne qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à

l'assureur compétent dans la forme prescrite par la loi (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, p. 1062, n° 589). L'assuré est soumis aux dispositions des articles 28 et 43 LPGA, qui lui imposent de fournir des indications véridiques à l'assureur (TF 9C_258/2014 du 3 septembre 2014 consid. 4.4). C'est ainsi que l'assuré doit remplir complètement et conformément à la vérité sa demande de prestations, en fournissant tous les renseignements susceptibles d'influencer la décision de l'assureur et qu'il a l'obligation de répondre aux questions que l'organe d'exécution lui pose, dans la mesure où ces questions ont une incidence sur la détermination du droit ou l'étendue de celui-ci. Si l'assuré ne se conforme pas à son obligation de renseigner de manière conforme à la vérité, l'assureur peut, après mise en demeure, clore l'instruction et refuser d'entrer en matière (art. 43 al. 3 LPGA ; voir également Boris RUBIN, Commentaire de la loi sur l'assurance-chômage, 2014, n. 51 ss *ad* art. 1 LACI).

c) Il suit de ce qui précède que la notion de « fausse déclaration d'accident » au sens de l'art. 46 al. 2 LAA vise non seulement l'annonce initiale de sinistre, mais également l'ensemble des renseignements fournis par l'assuré servant à déterminer son droit aux prestations et l'étendue de celles-ci.

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables. 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 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées ; TF 8C_922/2011 du 19 juin 2012 consid. 5).

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel 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 citées).

b) 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 citées ; TF 8C_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.2).

c) En droit des assurances sociales, s'applique de manière générale la règle dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; TF 8C_388/2017 du 6 février 2018 consid. 4.2).

6. a) En l'espèce, l'employeur a complété une déclaration de sinistre LAA le 15 février 2017, indiquant que l'assurée avait fait une chute dans la rue sur le genou droit le 10 janvier 2017. L'intimée considère que

les deux certificats médicaux transmis par la recourante à son employeur, puis produits devant la CNA, ont été falsifiés. A cet égard, la CNA se réfère aux déclarations des médecins concernés, respectivement des établissements qui les emploient, selon lesquels l'assurée ne les a pas consultés en février et mars 2017 (cf. attestation du 9 mars 2017 du secrétariat du Centre médical S. _____ et courrier du 20 mars 2017 de la Clinique G. _____). Il convient, au vu des éléments précités, de tenir pour établi que les documents présentés par l'assurée sont falsifiés, ce que la recourante ne conteste pas.

Par conséquent, il y a lieu de considérer que la déclaration LAA du 15 février 2017 selon laquelle la recourante aurait présenté une totale incapacité de travail à compter de « l'accident », soit du 10 janvier 2017, n'est pas corroborée par les documents médicaux au dossier.

b) Dans le cadre de son opposition, puis de son recours, l'intéressée a allégué que les documents avaient été falsifiés par une jeune fille qu'elle hébergeait et qu'elle aurait été victime d'une escroquerie, précisant qu'elle avait déposé une plainte pénale au [...]. Force est toutefois de constater que les explications successives fournies par la recourante ne lui sont d'aucun secours dans la résolution du présent litige, en ce sens qu'elles ne permettent pas de tenir « l'accident » respectivement l'incapacité de travail annoncés pour établi ou du moins vraisemblable. Dans son opposition du 7 avril 2018, la recourante a par ailleurs confirmé avoir consulté la Dresse X. _____ après l'accident, précisant en outre qu'elle « vient de me faire opérer du même genou le 09. Mars passé à la clinique [...] et c'était du a mon accident de travail AVEC P. _____ (sic) ». Outre le fait que cette affirmation ne repose sur aucun document probant, il ressort des informations fournies le 9 mars 2017 par le Centre médical S. _____ que la dernière consultation avec la Dresse X. _____ remontait au 16 avril 2016, soit plusieurs mois avant « l'accident ».

c) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que la recourante avait intentionnellement fait de fausses

déclarations et que dès lors, les conditions d'application de l'art. 46 al. 2 LAA étaient réalisées. Par ailleurs, en l'absence de preuves ou d'indices pertinents permettant de tenir pour établi ou du moins vraisemblable l'événement respectivement l'incapacité de travail annoncés, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge le cas. Il appartient en définitive à la recourante de supporter les conséquences de l'absence de preuves des faits dont elle entend déduire des droits.

7. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 avril 2018 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 présidente :

La greffière :

Du

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

- Q. _____,
- 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 :