

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 novembre 2018

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Berberat et M. Piguet, juges  
Greffier : M. Klay

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1, 46 al. 2 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] et employé de la société Q.\_\_\_\_\_ Sàrl - dont il est associé gérant président -, est assuré à ce titre auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 28 juillet 2017, Q.\_\_\_\_\_ Sàrl a annoncé un accident survenu le 26 avril 2017, lors duquel l'assuré a fait une chute sur le sol mouillé dans sa salle de bains et s'est tapé le dos contre le rebord de la baignoire et le sol.

Dans un questionnaire retourné à la CNA le 29 août 2017, l'intéressé a confirmé l'état de fait décrit dans l'annonce d'accident et précisé qu'il avait consulté le 28 avril 2018 la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant.

Par rapport du 13 septembre 2017 ensuite de radiographies de la colonne cervico-dorso-lombaire face/profil, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a indiqué qu'aux différents étages, les corps vertébraux étaient bien alignés sans fracture-tassement visible, que les murs antérieur et postérieur étaient respectés, que les facettes articulaires postérieures étaient congruentes, que les articulations coxofémorales et sacro-iliaques étaient d'aspect normal et qu'il n'y avait ni fracture visible au niveau des processus transverses ou épineux, ni anomalie visible dans les tissus mous péri-vertébraux, ni cyphose-scoliose.

Aux termes du rapport médical initial LAA établi le 4 octobre 2017, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de cervico-dorso-lombalgie aiguë, précisant qu'il ne ressortait aucune fracture des radiographies. Elle a ajouté que les premiers soins avaient été donnés le 13 juin 2017 et que le patient lui avait relaté l'accident susmentionné.

Questionnée par la CNA sur les raisons du retard dans l'annonce du sinistre, Q. \_\_\_\_\_ Sàrl a expliqué, le 18 octobre 2017 sous la plume de l'assuré, avoir été avertie immédiatement de l'accident et que la tardivité de l'annonce était due aux faits que le médecin avait « voulu attendre pour voir l'évolution » et avait décidé tardivement de faire un bon de physiothérapie.

Interpellée par la CNA, la Dresse X. \_\_\_\_\_ a précisé ce qui suit le 5 février 2018 :

« Suite à votre courrier, voici les renseignements médicaux que je peux vous transmettre en me basant sur mes notes dans le dossier médical du patient.

Je le suis 1x/mois en raison de différents problèmes liés à des accidents antérieurs. Je l'ai vu le 28.04.2017, il m'a parlé alors des malaises habituels sous formes de vertiges et de troubles de l'équilibre, des douleurs dans son avant-bras droit après un effort avec un appareil de Kärcher et de différents rendez-vous avec des spécialistes. Il ne m'a pas mentionné sa chute dans la salle de bain du 26.04.2017 pendant cette consultation.

Lors de la consultation du 24.05.2017, il s'est plaint de maux de dos au niveau lombaire qui auraient été enclenchés par des jeux de foot avec ses enfants, mais le patient n'a pas souhaité d'examen clinique.

Il a consulté ma Collègue, la Doctoresse C. \_\_\_\_\_ pour des douleurs du pied droit le 08.06.2017, mais pas de mention de douleurs de dos ou de chute.

Nouvelle consultation à mon cabinet le 13.06.2017, c'est le moment où M. R. \_\_\_\_\_ a mentionné pour la 1ère fois la chute dans la salle de bains du mois d'avril. L'examen clinique a été effectué à ce moment, avec prescription de physiothérapie et discussion autour du traitement antalgique.

[...] »

Aux termes d'une décision du 11 mai 2018, la CNA a refusé d'octroyer à l'assuré des prestations, considérant que les déclarations de l'intéressé étaient fausses et qu'il n'était pas prouvé avec un degré de vraisemblance prépondérante que celui-ci avait été victime d'un accident le 26 avril 2017.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 5 juin 2018, confirmant ses déclarations et faisant valoir que la Dresse X.\_\_\_\_\_ avait mal relaté les faits, autant sur la date que sur les circonstances du sinistre.

Par décision sur opposition du 8 juin 2018, la CNA a rejeté l'opposition, estimant que le rapport du 5 février 2018 du médecin traitant était clair et ne pouvait pas être mis en cause par les déclarations faites après coup par l'assuré.

**B.** Par acte du 5 juillet 2018, R.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, en concluant implicitement à sa réforme en ce sens que les frais médicaux ensuite de l'accident soient pris en charge et que des indemnités journalières lui soient versées dès le 26 avril 2017. En substance, il a confirmé que l'accident s'était produit dans sa salle de bain le 26 avril 2017, et non pas « en faisant des jeux de foot avec [s]es enfants ». Son état de santé ne lui permettait de toute manière plus de jouer avec ses enfants au football, ainsi que le confirmait le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dans un rapport produit en annexe. L'intéressé indiquait en outre être en litige avec l'intimée pour la prise en charge des suites d'autres accidents antérieurs, de sorte qu'il n'était guère surpris du refus de l'intimée de prester dans la présente affaire. Par rapport du 18 janvier 2018, le Dr P.\_\_\_\_\_ concluait à un syndrome des traumatisés du crâne, caractérisé par un tableau de céphalées, de vertiges et d'état anxieux chronique. Ce médecin expliquait que ce traumatisme crânien était survenu en 2009 et que s'y surajoutaient des traumatismes antérieurs significatifs en 2000 et 2007.

L'intimée a répondu le 3 août 2018 et a confirmé sa position.

### **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. 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)** En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations de la part de l'intimée en raison des faits annoncés dans la déclaration d'accident du 28 juillet 2017.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose en

cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, 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 (ATF 142 V 2109 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

D'après la jurisprudence, il appartient à l'assuré de rendre plausible que les éléments d'un accident, tel qu'il est défini, sont réunis en l'occurrence. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir ces éléments pour établis ou du moins pour vraisemblables – la simple possibilité ne suffit pas – le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b ; TF 8C\_784/2013 du 7 octobre 2014 consid. 4.2).

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

Cette disposition vise à réprimer un comportement dolosif tendant à obtenir de l'assurance plus que ce à quoi l'on aurait droit. L'assureur doit examiner une telle éventualité pour chaque prestation, en particulier en respectant l'interdiction de l'arbitraire, ainsi que les principes de l'égalité de traitement et de proportionnalité. Une condamnation pénale, en particulier pour escroquerie, n'est pas une condition nécessaire pour faire usage de l'art. 46 al. 2 LAA (TF 8C\_388/2017 du 6 février 2018 consid. 2 et réf. cit.).

**4. a)** En l'espèce, l'intimée a considéré notamment qu'il n'était pas prouvé à satisfaction de droit qu'un accident s'était produit le 26 avril 2017, ce que le recourant conteste.

Force est toutefois de constater que les éléments au dossier ne permettent pas de suivre la position du recourant. En effet, l'annonce dudit accident n'a été faite que le 28 juillet 2017, soit après un délai de trois mois. Le recourant a tenté d'expliquer que ce délai était dû à son médecin traitant, qui aurait été informé de l'accident le 28 avril 2018 mais aurait décidé d'en attendre l'évolution (cf. questionnaires des 29 août et 18 octobre 2017 signés par l'intéressé). La Dresse X. \_\_\_\_\_ n'a cependant pas confirmé ces déclarations. Par son rapport du 5 février 2018, elle a en effet indiqué n'avoir été informée de cet événement que lors d'une consultation du 13 juin 2017, alors que le recourant n'en a jamais fait mention lors de ses consultations antérieures des 28 avril 2017 et 24 mai 2017 auprès d'elle-même et du 8 juin 2017 auprès de sa consœur. Pour établir ce rapport du 5 février 2018, la Dresse X. \_\_\_\_\_ a précisé s'être référée à ses notes de consultation. Contrairement à ce que soutient l'intéressé, il paraît peu probable, dans l'hypothèse de l'annonce de l'accident à l'occasion de la consultation du 28 avril 2017, que son médecin traitant ait omis de mentionner ladite annonce à son dossier médical. Cela est d'autant plus invraisemblable que la Dresse X. \_\_\_\_\_ avait noté, lors de cette consultation, des douleurs à l'avant-bras droit après un effort lors de la manipulation d'un appareil Kärcher, ce qui est plutôt significatif d'une tenue méthodique et exhaustive des notes de consultation. Dans la même hypothèse, le médecin traitant aurait certainement procédé à un examen clinique – ainsi qu'elle l'a fait ensuite de l'annonce avérée à la consultation du 13 juin 2017 –, ou à tout le moins aurait proposé cet examen. Or, il ressort du rapport du 5 février 2018 que ses notes ne mentionnaient ni examen, ni proposition d'examen.

La survenance d'un accident en date du 26 avril 2017 est d'autant moins rendue plausible que les radiographies de la colonne cervico-dorso-lombaire face/profil effectuées par le Dr Q. \_\_\_\_\_ n'ont révélé aucune lésion traumatique (cf. rapport du 13 septembre 2017), ce

que le médecin traitant a par ailleurs confirmé dans son rapport du 4 octobre 2017.

Ainsi, sans remettre en cause le diagnostic de cervico-dorso-lombalgie aiguë posé par la Dresse X. \_\_\_\_\_ dans ce même rapport, il y a néanmoins lieu de relever que son origine traumatique n'est pas vraisemblable. A l'exception des seules déclarations de l'intéressé - lesquelles sont contredites par la Dresse X. \_\_\_\_\_ -, aucun élément au dossier ne va dans le sens d'un accident survenu le 26 avril 2017.

Partant, si l'on ne saurait exclure la possibilité qu'un tel accident ne se soit réalisé, force est en revanche de retenir que le recourant échoue à le rendre plausible, de sorte qu'il convient de constater l'inexistence juridique dudit accident (cf. consid. 3a *supra*). L'intimée était dès lors légitimée à rendre la décision sur opposition litigieuse pour refuser d'octroyer à l'intéressé des prestations en raison des faits annoncés dans la déclaration d'accident du 28 juillet 2017.

A toutes fins utiles, l'argumentation développée par le recourant dans son recours, en particulier les références qu'il y fait à un litige avec l'intimée portant sur la prise en charge des suites d'autres accidents ou le fait que l'événement litigieux ne se serait pas produit « en faisant des jeux de foot avec [s]es enfants » - rapport médical à l'appui -, est irrelevante, celle-ci ne tendant en effet pas à rendre plausible l'existence de l'événement litigieux.

**b)** Compte tenu de ce qui précède, la question du refus des prestations pour cause de fausse déclaration d'accident remise intentionnellement peut être laissée ouverte.

**5. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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 le recourant 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 8 juin 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- R. \_\_\_\_\_,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :