

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} avril 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 9 Cst. ; 27 LPGA ; 3 al. 3 LAA ; 8 et 72 OLAA.

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après également : le recourant), né en [...], titulaire d'un CFC d'employé de commerce et d'un diplôme fédéral en assurances, s'est vu résilier son contrat de travail pour le 30 juin 2014. Il s'est inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Office régional de placement de l'[...] (ci-après : l'ORP) et a sollicité le versement des prestations de l'assurance-chômage à compter du 1^{er} juillet 2014. La Caisse cantonale de chômage lui a ouvert un délai-cadre d'indemnisation de 400 indemnités journalières dès cette date.

Le 15 octobre 2015, V._____ a fait parvenir à la société W._____, active dans le domaine du conseil en finance et en assurances, une candidature pour un poste de chef de team. Cette entreprise assurait ses employés pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de Z._____ (ci-après : Z._____).

Le processus d'engagement de W._____ comprenait en principe une formation préalable dispensée par X._____ sur une période de deux semaines, à l'issue de laquelle chaque candidat devait subir un examen. L'engagement du candidat était conditionné à la réussite de cet examen (cf. arrêt du 18 août 2017 de la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal, p. 4). Durant cette période, les candidats n'étaient pas rémunérés.

Après plusieurs contacts avec V._____, le directeur de W._____, B._____, lui a envoyé un courrier électronique le 20 janvier 2016 pour lui confirmer sa participation à la formation du 25 janvier au 5 février 2015 [recte : 2016]. L'examen était prévu pour le 15 février 2016.

Le droit aux prestations de chômage de V._____ a pris fin le 25 janvier 2016, en raison de l'épuisement de ses 400 indemnités journalières.

V._____ a débuté la formation le 25 janvier 2016. Le même jour, B._____ lui a indiqué qu'il signerait la demande d'allocations d'initiation au travail (AIT) qui lui avait été transmise, après l'examen (cf. procès-verbal de l'audition du 13 septembre 2016 de B._____ au Tribunal de prud'hommes de l'arrondissement de [...]).

Dans la nuit du 26 au 27 janvier 2016, V._____ a ressenti de violentes douleurs abdominales. Il a été admis au T._____, où il a appris qu'il avait été victime d'un infarctus du myocarde. Il a subi une intervention chirurgicale. Le 27 janvier 2016, il a averti son conseiller ORP de son absence à l'entretien fixé le jour-même. Le 28 janvier 2016, V._____ a annoncé à B._____ qu'il se trouvait au T._____ et qu'il avait fait un infarctus.

Le 5 février 2016, V._____ a été transféré à la K._____. Il a échangé des SMS avec B._____ les 7, 12, 22, 23 et 29 février, lui demandant notamment de lui envoyer des documents pour l'assurance-maladie perte de gain et son contrat d'engagement.

Par courrier du 11 février 2016, la Caisse de chômage a adressé au domicile de V._____ une décision, l'informant que son droit aux prestations de chômage avait pris fin le 25 janvier 2016, date à laquelle il avait épuisé ses 400 indemnités journalières. Il ne pouvait ainsi plus prétendre aux prestations de l'assurance-chômage dès le 26 janvier 2016. Dans la lettre accompagnant cette décision, la Caisse de chômage a rendu V._____ attentif au fait que sa couverture d'assurance en cas d'accidents expirait 30 jours après la fin du droit à l'indemnité de chômage et que pendant ce délai de 30 jours, il avait la possibilité de faire prolonger cette protection de six mois en concluant une convention d'assurance avec la SUVA (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents ; ci-après : CNA).

Par décision du 22 février 2016, le Service de l'emploi a refusé de donner suite à la demande de prestations d'assurance perte de gain maladie déposée par V._____ le 26 janvier [recte : 19 février] 2016, en

expliquant qu'il avait épuisé son droit aux prestations de l'assurance-chômage au 25 janvier 2016.

Le 29 février 2016, alors qu'il subissait une ponction de liquide dans le coude, V._____ a fait un malaise vagal. Il a chuté de la table d'examen et s'est tapé la tête au sol, ce qui a entraîné un traumatisme crânien, engendrant des vertiges positionnels. Un scanner cérébral réalisé 48 heures après la chute n'a montré aucune anomalie (cf. protocole de soins établi par le personnel soignant de la K._____ du 29 février au 3 mars 2016 et rapport de sortie du 10 mars 2016). V._____ est retourné à son domicile le 3 mars 2016. Son médecin généraliste traitant, le Dr J._____, a attesté une incapacité totale de travail depuis le 27 janvier 2016 (cf. certificat médical du 12 avril 2018).

Par SMS du 2 mars 2016, V._____ a informé B._____ qu'il avait eu un accident à la K._____. Le lendemain, il lui a demandé de lui faire parvenir à son domicile les formulaires de déclaration d'accident. Le 4 mars 2016, après un échange de SMS, B._____ a indiqué que rien n'avait été signé, que les AIT n'étaient validées qu'après la formation, et que V._____ n'avait pas encore commencé à travailler.

Le 18 mars 2016, V._____ a eu un entretien avec X._____, qui lui a annoncé que W._____ était assurée contre la perte de gain et les accidents auprès de la Z._____ et qu'aucune déclaration d'accidents n'avait été complétée (cf. procès-verbal d'audition du 13 septembre 2016 de V._____ auprès du Tribunal de prud'hommes de l'arrondissement de [...]).

Par courrier recommandé du 24 mars 2016 à W._____, V._____ a informé qu'il était toujours en incapacité de travail et qu'il n'avait reçu aucune nouvelle, ni salaire, ni indemnité de W._____, qu'il considérait comme son employeur.

Le 1^{er} avril 2016, B._____ a répondu qu'ils n'avaient pas convenu une embauche définitive et qu'il ne pouvait pas faire intervenir l'assurance perte de gain de W._____.

Le 20 mai 2016, V._____ a ressenti un malaise et a chuté en arrière, subissant un second traumatisme crânien. Les vertiges se sont aggravés (cf. rapport du 30 juin 2016 du Dr H._____, neurologue).

Par jugement du 8 mai 2017, le Tribunal de prud'hommes de l'arrondissement de [...] a rejeté la demande déposée par V._____, tendant au versement par W._____ d'un montant de 30'000 francs. Il a considéré que V._____ n'avait pas apporté la preuve que les parties avaient entendu conclure un contrat de travail. Par arrêt du 18 août 2017, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal a rejeté l'appel formé par V._____ contre ce jugement. Elle a confirmé que la conclusion d'un contrat de travail n'était pas établie. Le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par V._____ contre cet arrêt (TF 4A_503/2017 du 13 février 2018).

Par décision du 8 novembre 2017, confirmée sur opposition le 2 février 2018, la Z._____ a nié le droit de V._____ à des prestations, au motif qu'il ne bénéficiait pas d'une couverture LAA auprès d'elle au moment de l'événement du 29 février 2016. Par arrêt du 1^{er} avril 2019, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours formé par V._____ à l'encontre de cette décision sur opposition, l'a annulée, et a renvoyé la cause à la Z._____ pour instruction et nouvelle décision (CASSO AA 48/18 - 39/2019).

Par courrier du 21 février 2018, V._____ a demandé à la CNA de conclure une couverture d'assurance LAA avec effet rétroactif et, ainsi, de prendre en charge les suites de ses accidents des 29 février et 20 mai 2016. Il a joint de nombreux documents, en particulier :

- des décomptes de la Caisse de chômage pour les mois de juillet 2014 à janvier 2016, lesquels indiquaient, outre le solde du droit aux

indemnités journalières, la mention « Protection accidents : prière d'annoncer la fin ou l'interruption de la période de chômage à la caisse maladie ! (Art. 10 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]) » ;

- un courrier électronique du 21 février 2018 de la Caisse de chômage, ayant pour contenu « selon notre entretien de ce jour. Voici en retour la décision qui vous a été envoyée lorsque vous étiez hospitalisé », avec le courrier du 11 février 2016 en pièce jointe ;
- un « Guide du demandeur d'emploi domicilié dans le canton de Vaud » édité par le Service de l'emploi, dans sa version de janvier 2018.

Le 29 mars 2018, la CNA s'est renseignée auprès de F._____, assureur-maladie de V._____, quant à l'activation du risque accident. La note téléphonique établie le même jour par la CNA faisait état de ce qui suit :

« M. V._____ a écrit en date du 29 février 2018 [recte : 2016] pour l'activation de l'option accident sur la LAMal. Comme la fin du droit au chômage survient le 25.1.2018 [recte : 2016], le F._____ l'a activée dès le 1.1.2018 [recte : 2016]. »

Par décision du 3 avril 2018, la CNA a refusé de prendre en charge les suites des accidents des 29 février et 20 mai 2016. Elle a expliqué que V._____ avait épuisé son droit aux prestations de l'assurance-chômage le 25 janvier 2016. Le Guide du demandeur d'emploi lui avait été remis et expliquait les démarches à effectuer pour prolonger l'assurance-accidents. Le 11 février 2016, la Caisse de chômage l'avait informé de la possibilité de prolonger sa couverture d'assurance en cas d'accidents. Selon les renseignements du F._____, une couverture accidents avait été activée avec effet au 1^{er} janvier 2016. Le devoir d'information de la Caisse de chômage avait été respecté et aucune prolongation de la couverture d'assurance-accidents de la CNA n'avait été demandée. Elle ne produisait ainsi plus d'effet au moment des événements des 29 février et 20 mai 2016.

Par courrier électronique du 13 avril 2018, V. _____ a affirmé qu'il n'avait pas suivi la formation initiale du chômage. Il a notamment annexé une décision du 15 septembre 2014 du Service de l'emploi, Instance juridique chômage, portant sur une sanction au motif d'une remise tardive des recherches d'emploi pour le mois de juillet 2014.

Le 18 avril 2018, F. _____ a formé une opposition provisoire à la décision du 3 avril 2018 de la CNA.

Dans un courrier du même jour, F. _____ a informé V. _____ que si la Z. _____ obtenait gain de cause au Tribunal, il appartiendrait à la CNA de prendre son cas en charge, raison pour laquelle F. _____ avait fait provisoirement opposition à la décision de la CNA (cf. documents transmis par V. _____ à la CNA le 3 mai 2018, pièce 84).

Par courrier du 20 avril 2018, V. _____ a contesté la décision du 3 avril 2018 de la CNA. Il a expliqué qu'il avait été persuadé d'être assuré par la Z. _____, assureur-accidents de W. _____, qui avait toutefois rendu une décision sur opposition le 2 février 2018, refusant toute prestation au motif qu'il n'était pas assuré. Il avait ainsi dû se résoudre à s'adresser à la CNA le 21 février 2018. Par ailleurs, il avait annoncé immédiatement son infarctus et son accident à la Caisse de chômage et à W. _____. Il avait été hospitalisé dès le 27 janvier 2016 et n'avait pas reçu le courrier de la Caisse de chômage l'informant de la possibilité de prolonger l'assurance par convention. Il n'avait pas non plus suivi une quelconque formation d'introduction au début de son chômage. Enfin, ayant été hospitalisé, il était dans l'impossibilité de conclure une quelconque assurance. Il en aurait conclu une s'il en avait eu la possibilité ou s'il en avait été informé.

Les 13 et 20 juin 2018, V. _____ a fait parvenir à la CNA un lot de documents concernant la procédure menée contre la décision sur opposition du 2 février 2018 de la Z. _____.

Par décision sur opposition du 20 juin 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par V. _____ contre sa décision du 3 avril 2018. Elle a relevé qu'il disposait d'un diplôme fédéral en assurances et d'un brevet en assurances sociales, et que son parcours professionnel avait parfois été entrecoupé de période de chômage. Il avait ainsi déjà connaissance des droits et obligations incombant à chaque assuré au bénéfice de prestations de chômage. A chaque inscription auprès de cette institution, était remise une brochure cantonale, laquelle mettait les assurés en garde par rapport aux lacunes d'assurance. Les décomptes de la Caisse de chômage informaient que la fin de la période de chômage devait être annoncée à la caisse-maladie s'agissant de la protection contre les accidents. Le 11 février 2016, la Caisse de chômage avait rendu une décision fixant l'extinction du droit à l'indemnité de chômage au 25 janvier 2016 et informait de la fin de la couverture d'assurance en cas d'accidents 30 jours après, ainsi que de la possibilité de la prolonger. Ce courrier avait été adressé au domicile de l'assuré, où vivaient sa femme et sa fille. Ainsi, V. _____ devait, de par sa formation et son expérience professionnelle, et de par sa qualité de bénéficiaire de prestations de l'assurance-chômage, être en mesure de savoir qu'il devait conclure une assurance par convention pour prolonger la couverture d'assurance. Par ailleurs, après son infarctus, puis sa chute du 29 février 2016, il avait eu des échanges avec son conseiller en placement, B. _____ et X. _____. La conclusion d'une assurance par convention était une démarche administrative simplifiée, la CNA offrant un service en ligne sur sa page internet. L'invocation d'une impossibilité de conclure une assurance au vu de son hospitalisation n'était pas recevable, vu qu'il n'avait pas été dépourvu de la faculté de confier à des tiers la tâche de l'annoncer à l'assurance-accidents LAA. Enfin, il avait adressé sa demande à la CNA le 21 février 2018 seulement.

Par courrier électronique du 27 juin 2018, V. _____ a contesté cette décision sur opposition auprès de la CNA, laquelle a répondu le même jour qu'elle maintenait sa position.

B. Par acte du 10 juillet 2018, V._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation, ainsi qu'à l'annulation de la décision sur opposition de la Z._____, à ce que la Z._____ soit désignée comme assureur compétent pour la couverture d'assurance LAA pour ses deux accidents, et à défaut, la CNA, et que l'assureur compétent soit astreint à lui verser des prestations. Il a répété que dans la mesure où il était hospitalisé, il était dans l'impossibilité d'analyser sa situation d'assurance et de recevoir du courrier. Il s'est prévalu de la protection de sa bonne foi, en affirmant que s'il avait été suffisamment informé par la Caisse de chômage ou par W._____, il aurait très probablement conclu une assurance par convention ou au moins, requis des informations sur les différentes options d'assurance. Par ailleurs, en s'adressant immédiatement à W._____ pour demander les documents d'assurance LAA, il s'était adressé en temps utile à un assureur incompétent au sens de l'art. 39 al. 2 LPGA. W._____ ne lui avait pas offert la possibilité de conclure une assurance par convention. La Z._____ devait dès lors supporter la violation du devoir d'information de cette entreprise, et ainsi, les risques qui s'étaient réalisés pendant la durée au cours de laquelle se serait étendue l'assurance par convention. Il a joint un lot de pièces, dont des échanges de SMS qu'il a eus avec B._____ en février et mars 2016, ainsi que des arrêts du Tribunal fédéral.

Dans sa réponse du 22 octobre 2018, la CNA, désormais représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

Par réplique du 1^{er} novembre 2018, V._____ a répété que ni W._____, ni son conseiller ORP, qu'il avait pourtant informés de son état de santé, ne lui avaient indiqué la possibilité de conclure une assurance-accidents par convention. On ne pouvait ainsi lui faire aucun reproche. Le courrier de la Caisse de chômage daté du 11 février 2016 lui avait été adressé le 21 février 2018, avec l'indication « voici en retour la décision qui vous a été envoyée lorsque vous étiez hospitalisé ». La Caisse de chômage ne pouvait pas prouver l'envoi d'un courrier le 11 février 2016,

ni sa réception par le destinataire. Par ailleurs, il n'était pas au bénéfice d'un brevet en assurances sociales, mais en assurances privées. Il pensait de bonne foi être assuré par l'assurance LAA de W._____. L'arrêt TF 8C_784/2008 était applicable à sa situation. Il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition de la CNA, à ce qu'elle soit désignée en tant qu'assureur compétent pour les deux accidents survenus et à ce qu'elle doive verser les prestations dues en vertu de la LAA. Il a produit un procès-verbal d'audition de X._____, figurant déjà au dossier.

Par duplique du 5 décembre 2018, la CNA a maintenu sa position.

Le 7 mars 2019, V._____ a transmis à la Cour de céans plusieurs documents, dont des arrêts du Tribunal fédéral.

Le 19 mars 2019, Me Olga Collados Andrade a écrit à la Cour de céans qu'elle avait été consultée par le recourant et a requis d'être désignée en qualité d'avocate d'office de ce dernier.

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. 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'espèce, le litige porte sur le point de savoir si la CNA doit prendre en charge les suites des événements des 29 février et 20 mai 2016, singulièrement si le recourant bénéficiait de la couverture d'assurance selon la LAA auprès d'elle à ces moments. Il s'agit en particulier de déterminer si la couverture d'assurance doit être considérée comme prolongée à l'issue de l'expiration du délai de 30 jours dès la fin du droit aux prestations de chômage, quand bien même le recourant n'en a pas fait la demande.

On précisera ici que l'objet de la contestation de la présente procédure judiciaire est circonscrit à la décision sur opposition du 20 juin 2018 de la CNA. Les conclusions du recourant portant sur la décision sur opposition rendue par la Z. _____ le 2 février 2018 ne sont ainsi pas recevables.

3. Les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date des événements des 29 février et 20 mai 2016 (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

4. a) L'ordonnance du 24 janvier 1996 sur l'assurance-accidents des personnes au chômage (OAAC ; RS 837.171) a été abrogée au 1^{er}

janvier 2017, avec l'entrée en vigueur desdites modifications. Selon l'art. 2 aOAAC, les personnes au chômage qui remplissent les conditions de l'art. 8 LACI (loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; RS 837.0) ou qui perçoivent des indemnités conformément à l'art. 29 LACI sont assurées à titre obligatoire contre les accidents auprès de la CNA. L'assurance cesse de produire ses effets à l'expiration du trentième jour qui suit celui où la personne au chômage a rempli les conditions de l'art. 8 LACI ou perçu des indemnités conformément à l'art. 29 LACI pour la dernière fois (art. 3 al. 2 aOAAC). L'assurance-accidents des personnes au chômage se fonde sur les prescriptions de la LPGA, de la LAA et de l'OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), pour autant que les dispositions de l'OAAC ne prévoient pas de réglementation particulière (art. 1 aOAAC).

b) En vertu de l'art. 3 al. 3 LAA, dans sa teneur au 1^{er} janvier 2016, l'assureur doit offrir à l'assuré la possibilité de prolonger l'assurance par convention spéciale pendant 180 jours au plus. Les conventions individuelles ou collectives sur la prolongation de l'assurance contre les accidents non professionnels doivent être conclues avant l'expiration du rapport d'assurance (art. 8 OLAA).

5. En l'espèce, le recourant a perçu des indemnités journalières de l'assurance-chômage jusqu'au 25 janvier 2016. A ce titre, il bénéficiait d'une couverture LAA auprès de la CNA. Celle-ci a toutefois cessé de produire ses effets, de par la loi, 30 jours après la fin du droit à l'indemnité de chômage, soit au 24 février 2016. Le recourant n'a pas demandé à la prolonger avant l'expiration du rapport d'assurance. Partant, au moment des événements des 29 février et 20 mai 2016, il ne bénéficiait plus de la couverture LAA de la CNA.

6. Le recourant se prévaut d'une violation du devoir d'information, en ce sens qu'il n'a pas été informé de la possibilité de prolonger la couverture d'assurance.

a) L'art. 27 LPGA prévoit que les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Par ailleurs, chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations ; sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2).

Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations. Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique ; son contenu dépend de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (ATF 131 V 472 consid. 4.3 ; TF 9C_865/2010 du 8 juin 2011 consid. 5.1).

Dans le domaine spécifique de l'assurance-accidents, l'art. 72 OLAA, dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2016, prévoit que les assureurs veillent à ce que les employeurs soient suffisamment informés sur la pratique de l'assurance-accidents ; les employeurs doivent transmettre ces informations à leur personnel. Cette disposition prescrit un double devoir d'information « en cascade », qui s'inscrit, d'une part, dans les rapports entre les assureurs et les employeurs et, d'autre part, dans les relations de ceux-ci avec leurs travailleurs (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd., Bâle 2016, n. 697 p. 1087).

Dans ce contexte, tant l'assureur que l'employeur sont des organes d'exécution de l'assurance-accidents obligatoire. S'ils jouissent

d'une grande liberté pour mettre en œuvre le devoir d'information, les modalités choisies doivent toutefois garantir que les travailleurs soient informés de façon explicite de leurs droits. Alors que les assureurs disposent de circulaires ou bulletins d'information, les employeurs peuvent afficher les renseignements dans un endroit accessible au personnel ou informer les travailleurs lors de réunions générales. Ainsi, l'employeur satisfait à son obligation s'il pose une affiche informant de la possibilité de conclure une assurance prolongée par convention dans un endroit accessible à tous les salariés (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 699 p. 1087 s).

b) Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 131 V 472 consid. 5).

D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées (a), qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences (b) et que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu (c). Il faut également que celui-ci se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice (d) et que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (e). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il

n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5, 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées ; TF 8C_433/2014 du 16 juillet 2015 consid. 3).

Ainsi, en cas de violation de l'obligation d'informer s'agissant de la possibilité de prolonger l'assurance-accidents par convention, la protection de la bonne foi peut commander qu'une couverture d'assurance soit admise, même si une convention spéciale pour prolonger l'assurance n'a pas été convenue (ATF 143 V 341 consid. 3.2.2.1 et les références citées). Une telle violation de l'obligation d'informer impose, pour autant que toutes les conditions précitées soient remplies, en particulier celle relative aux dispositions prises par l'assuré en raison de l'omission de certains renseignements (causalité, let. d), que l'assureur prenne en charge les accidents non professionnels survenus durant la période de prolongation de la couverture d'assurance (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 703 p. 1088). Dans ce contexte, il existe une présomption naturelle, fondée sur l'expérience générale de la vie, que la personne assurée qui aurait été informée de la possibilité de prolonger la couverture d'assurance aurait conclu une telle assurance, du moins lorsqu'elle envisageait d'interrompre son activité professionnelle pour un certain temps (TF 8C_784/2008 du 11 septembre 2009 consid. 5 ; Frésard/Moser-Szeless, loc. cit.).

Lorsque les circonstances tendent à démontrer que même s'il avait été renseigné correctement, un assuré n'aurait pas adopté un comportement raisonnable lui permettant de toucher des indemnités, l'assuré en question ne pourra pas se prévaloir de la violation de l'obligation de renseigner (Guy Longchamp, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 39 ad art. 27).

c) Si l'assuré est au chômage, le devoir d'informer sur la prolongation de la couverture d'assurance pour les accidents non professionnels après épuisement des indemnités de chômage incombe aux organes de l'assurance-chômage. Ces derniers agissent alors en tant

qu'organes d'exécution de l'assurance-accidents. Le défaut d'information de leur part peut, si les conditions de la protection de la bonne foi sont réalisées, entraîner une obligation de prester de la CNA (ATF 143 V 341 consid. 3.2.2.2 et les références citées ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 704 p. 1088).

7. En l'espèce, il convient d'examiner si le recourant peut se fonder sur une violation du devoir d'information pour se voir octroyer la prise en charge des événements des 29 février et 20 mai 2016 par la CNA.

Le devoir d'informer V._____ quant à la possibilité de prolonger la couverture d'assurance LAA auprès de la CNA incombait aux organes de l'assurance-chômage (cf. consid. 6c supra). Au dossier figure un courrier de la Caisse de chômage daté du 11 février 2016, adressé au domicile du recourant, l'informant que son droit aux prestations de chômage avait pris fin le 25 janvier 2016. Il attirait son attention sur la fin de la couverture d'assurance 30 jours après et sur la possibilité de faire prolonger cette protection. V._____ soutient toutefois ne pas avoir reçu ce courrier en février 2016, dès lors qu'il était hospitalisé. Il sied tout d'abord de relever que son épouse vivait à leur domicile lors de son hospitalisation, et qu'au cours de celle-ci, il avait expressément demandé à B._____ de lui envoyer des documents (cf. SMS du 29 février 2016 du recourant), ce qui tend à démontrer qu'il pouvait prendre connaissance de ses courriers, même s'il était hospitalisé. Contrairement à ce qu'il soutient, le fait qu'une collaboratrice de la Caisse de chômage lui ait fait parvenir ce courrier le 21 février 2018, avec l'indication « voici en retour la décision qui vous a été envoyée lorsque vous étiez hospitalisé », ne permet pas de prouver que ce courrier ne lui a pas été adressé à l'époque. Le message de la collaboratrice de la Caisse de chômage fait uniquement suite à la demande du recourant, formulée le même jour, de lui transmettre ce document (« Selon notre entretien de ce jour »). Cela dit, il est vrai que ni l'envoi, ni la réception du courrier du 11 février 2016 en temps utile ne peuvent être établis.

Cependant, les décomptes d'indemnités journalières envoyés chaque mois par la Caisse de chômage à V._____ mentionnaient, après l'indication du solde du droit aux indemnités journalières, l'information « Protection accidents : prière d'annoncer la fin ou l'interruption de la période de chômage à la caisse maladie ! (Art. 10 LAMal) ». Le recourant était ainsi informé de la fin de ses indemnités journalières et du fait que cela avait une incidence sur la protection contre les accidents. Dans les pièces qu'il a annexées à son courrier du 21 février 2018 à la CNA, il a joint un « Guide du demandeur d'emploi domicilié dans le canton de Vaud », édité par le Service de l'emploi en 2018. Ce document informe expressément les assurés qu'ils ne doivent pas attendre d'être en fin de droit pour prendre contact avec un assureur, afin d'éviter une lacune d'assurance. Il n'est pas établi qu'une brochure avec de telles informations a effectivement été remise à V._____ lors de son inscription au chômage, ou lors d'une inscription précédente - le recourant ayant déjà subi des périodes de chômage (cf. décision du 15 septembre 2014 du Service de l'emploi, consid. 4) - mais celle-ci est aisément accessible sur internet. L'intéressé s'est d'ailleurs procuré lui-même le Guide qu'il a joint en annexe à son courrier. Il n'est en outre pas étranger au domaine des assurances, puisqu'il est titulaire d'un diplôme fédéral en la matière et a travaillé durant de longues années pour des assureurs. Même si ces éléments tendent à démontrer que le recourant disposait des informations nécessaires, cette question peut demeurer ouverte.

8. En effet, le seul fait que les organes de l'assurance-chômage auraient violé leur devoir d'information ne suffit pas pour entraîner une obligation de prester de la CNA. Il faut encore que les conditions pour la protection de la bonne foi selon l'art. 9 Cst. soient remplies, en particulier celle liée au lien de causalité, soit concernant les dispositions prises - ou non - en raison de l'omission de renseignements.

Il sied tout d'abord de relever que V._____ s'est vu activer une couverture d'assurance-accidents par son assurance-maladie, F._____, dès le 1^{er} janvier 2016. Ainsi, il bénéficiait d'une telle

couverture au moment des événements des 29 février et 20 mai 2016. F._____ s'est d'ailleurs opposé à la décision du 3 avril 2018 de la CNA.

S'agissant de la possibilité de prolonger l'assurance auprès de la CNA, l'arrêt TF 8C_784/2008 n'est d'aucun secours au recourant. En effet, le Tribunal fédéral a considéré qu'il existait une présomption naturelle que la personne assurée qui aurait été informée de la possibilité de prolonger la couverture d'assurance aurait conclu une telle assurance, du moins lorsqu'elle envisageait d'interrompre son activité professionnelle pour un certain temps (consid. 5). Tel n'est pas le cas du recourant. En effet, dès le 25 janvier 2016, soit le dernier jour où des indemnités de chômage lui ont été versées, il a débuté un programme de formation auprès de W._____. Il était convaincu qu'il était lié à cette société par des rapports de travail. Après l'événement du 29 février 2016, il a requis de B._____ l'envoi de formulaires de déclaration d'accident. Il a ensuite introduit, en avril 2016, une procédure devant le Tribunal de prud'hommes de l'arrondissement de [...] pour faire reconnaître l'existence d'un contrat de travail. Il a poursuivi la procédure jusqu'au Tribunal fédéral. Dans son courrier du 20 avril 2018 à la CNA, il explique qu'il était persuadé d'être assuré par la Z._____, assureurs-accidents de W._____. Il ajoute que ce n'est que lorsque celle-ci a rendu une décision sur opposition le 2 février 2018, lui refusant toute prestation, qu'il avait dû se résoudre à s'adresser à la CNA. Il a envoyé une demande à la CNA en ce sens le 21 février 2018, soit près de deux ans après les événements des 29 février et 20 mai 2016. Ainsi, comme le recourant le relève lui-même, il était convaincu qu'il disposait d'un contrat de travail avec W._____, et donc d'une couverture LAA auprès de la Z._____. Dans ces conditions, il est peu vraisemblable que V._____ aurait prolongé la couverture d'assurance de la CNA avant l'expiration de celle-ci, soit avant le 24 février 2016 (consid. 5 supra), puisqu'il était alors persuadé d'être déjà assuré auprès de la Z._____. Il a attendu un refus de prester de cette dernière pour solliciter la CNA.

Par ailleurs, le seul fait qu'il ait averti son conseiller ORP de son accident du 29 février 2016 ne permet pas d'aboutir à une conclusion

différente, dès lors qu'à ce moment, il n'aurait quoi qu'il en soit plus eu la possibilité de demander une prolongation de sa couverture d'assurance auprès de la CNA. Il en va de même des démarches qu'il a effectuées auprès de W._____. A cet égard, le recourant ne peut se prévaloir de l'art. 39 al. 2 LPGA, qui prévoit que lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé. Non seulement cette disposition est applicable aux assureurs sociaux et non aux entreprises privées, mais en outre, les démarches effectuées auprès de W._____ étaient postérieures au 24 février 2016, et donc tardives. Quant à l'annonce de l'infarctus au conseiller ORP, l'on peut difficilement reprocher à ce dernier de ne pas avoir à ce moment explicitement renseigné V._____ sur la possibilité de prolonger l'assurance LAA auprès de la CNA, dès lors qu'un infarctus concerne exclusivement l'assurance maladie et non une éventuelle couverture d'assurance-accidents.

Le recourant soutient encore que son hospitalisation rendait pour lui impossible la conclusion d'un quelconque contrat d'assurance. Toutefois, dite hospitalisation ne l'a pas empêché d'envoyer de nombreux messages à B._____, lui demandant notamment de lui faire parvenir des documents qu'il puisse compléter pour l'assureur-maladie perte de gain. En adressant une demande à la CNA le 21 février 2018 seulement, le recourant n'a quoi qu'il en soit pas agi dans le délai de 30 jours à compter de celui où l'empêchement aurait cessé (cf. art. 41 LPGA).

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'admettre une couverture d'assurance auprès de la CNA après l'expiration de cette dernière au 24 février 2016. La CNA était donc fondée à refuser de prendre en charge les suites des événements précités.

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires.

Le 19 mars 2019, Me Collados Andrade a requis d'être désignée en qualité d'avocate d'office du recourant. Dans la présente procédure, ce dernier n'a toutefois déposé aucune demande d'assistance judiciaire avant le courrier de Me Collados Andrade et a eu l'occasion de se déterminer longuement sur la cause, qui est désormais en état d'être jugée. Ainsi, la demande de Me Collados Andrade d'être désignée en tant qu'avocate d'office et, implicitement, la demande d'assistance judiciaire sont rejetées.

Le recourant n'obtenant pas gain de cause, et n'étant au demeurant pas représenté par un mandataire professionnel, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

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

- I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision sur opposition rendue le 20 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.
- IV. La demande d'assistance judiciaire est rejetée.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- V. _____
- Me Didier Elsig (pour la 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 :