

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 août 2020

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Piguet et Mme Durussel, juges  
Greffière : Mme Chapuisat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.** \_\_\_\_\_ **SA SÀRL**, à [...], recourante,  
**Q.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

tous deux représentés par Me Tania Huot, avocate à Lausanne,

et

**O.** \_\_\_\_\_, à [...], intimée, représentée par Me Patrick Moser, avocat à Lausanne.

---

**Art. 6 al. 1 et 46 al. 2 LAA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** N.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : N.\_\_\_\_\_ SA ou la recourante) est une société dont le but est « les conseils et le courtage dans le domaine des assurances, des affaires immobilières (hypothèques) et des placements financiers, y compris les crédits ; opérations fiduciaires de même que toutes activités financières, commerciales, industrielles, mobilières et immobilières en relation directe ou indirecte avec le but social ».

Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, travaille en tant qu'agent d'assurances auprès de N.\_\_\_\_\_ SA et en est également l'unique associé gérant avec signature individuelle depuis juin 2015.

Dès le 1<sup>er</sup> mars 2011, N.\_\_\_\_\_ SA a conclu auprès d'O.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : O.\_\_\_\_\_ ou l'intimée) une police d'assurance de personnes, applicable à l'ensemble du personnel, référencée sous Police n° [...], portant sur l'assurance-accidents obligatoire, l'assurance-accidents pour le chef d'entreprise et à titre complémentaire pour le personnel, ainsi que l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie. Selon la police précitée, le salaire maximal annuel assuré était de 148'200 fr. et les bases du contrat étaient les Conditions générales d'assurances (CGA), édition 07.2010.

**b)** Par déclaration LAA du 19 décembre 2017, N.\_\_\_\_\_ SA a annoncé à O.\_\_\_\_\_ que Q.\_\_\_\_\_ avait chuté le 29 novembre 2017 dans la cage d'escaliers et s'était blessé à l'épaule gauche, ce qui occasionnait une incapacité totale de travail depuis le 19 décembre 2017. Les indications salariales figurant dans la déclaration d'accident étaient les suivantes :

**« Indications salariales (CHF)**

Salaire de base AVS :                   **9000.00 Par mois**

Allocation pour enfants/famille : **500.00 Par mois**  
13e mois : **9000.00 Par mois**  
Bonus / Gratification versés : **0.00 »**

O.\_\_\_\_\_ a pris en charge le cas et versé des indemnités journalières jusqu'au 19 janvier 2018, date de la fin de l'incapacité de travail. Le montant de l'indemnité journalière a été calculé sur la base du salaire annuel maximal assuré, soit 148'200 francs.

**c)** Par déclaration LAA du 11 juin 2018, N.\_\_\_\_\_ SA a annoncé à O.\_\_\_\_\_ que, le 22 mai 2018, l'assuré avait glissé et chuté dans sa baignoire, occasionnant depuis cette date une incapacité totale de travail. Les indications salariales figurant dans la déclaration d'accident étaient les suivantes :

**« Indications salariales (CHF)**  
Salaire de base AVS : **9000.00 Par mois**  
Allocation pour enfants/famille : **500.00 Par mois**  
13e mois : **9000.00 Par mois**  
Bonus / Gratification versés : **0.00 »**

Dans un premier certificat médical LAA, le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin praticien traitant, a posé le diagnostic provisoire de contusion lombaire avec paresthésie L5 droite, occasionnant une incapacité totale de travail depuis le 22 mai 2018 et a indiqué que le premier traitement avait eu lieu le 31 mai 2018.

Dans un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 28 juin 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_ a mis en évidence une déshydratation et pincement du disque et conclu à une discopathie L5-S1 avec discrète protrusion discale médiane sans évidence de conflit discoradiculaire, ni de sténose du canal.

Dans son rapport complémentaire à O.\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2018, le Dr X.\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de contusion lombaire avec paresthésie L5 droite, d'évolution lentement favorable avec prescription de physiothérapie. Le médecin traitant a en outre attesté une incapacité

totale de travail jusqu'au 15 août 2018 (cf. certificats médicaux établis par le Dr X.\_\_\_\_\_).

**d)** Selon l'extrait du compte individuel produit, à la demande d'O.\_\_\_\_\_, le 9 juillet 2018 par la Caisse AVS T.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_ a perçu un salaire annuel de 108'000 fr. pour les années 2015, 2016 et 2017.

Le 15 août 2018, O.\_\_\_\_\_ a demandé à N.\_\_\_\_\_ SA de lui transmettre la copie des fiches de salaires remises à Q.\_\_\_\_\_ pour les années 2017 et 2018, de la preuve des versements des salaires à l'assuré pour les mêmes périodes, ainsi que celle des déclarations de salaire 2017 pour le compte de la société auprès de la Caisse de compensation.

Le 20 août 2018, N.\_\_\_\_\_ SA a transmis à O.\_\_\_\_\_ l'extrait de son compte AVS pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 17 août 2018, s'étonnant de devoir remettre des documents supplémentaires. Elle a précisé le 22 août 2018 ne pas pouvoir fournir les fiches de salaires demandées, en raison des vacances de sa fiduciaire.

Par courriel du 30 août 2018 à N.\_\_\_\_\_ SA, O.\_\_\_\_\_ a justifié sa demande de production de documents, en raison des différences constatées entre les salaires perçus par Q.\_\_\_\_\_ et les informations en sa possession.

Par courriel à O.\_\_\_\_\_ du 4 septembre 2018, N.\_\_\_\_\_ SA a indiqué que l'assuré touchait un salaire mensuel de 9'000 fr., ainsi qu'un treizième salaire de 9'000 fr., et que les mentions figurant dans les déclarations d'accident, concernant un treizième salaire de 9'000 fr. par mois, relevaient manifestement d'une erreur. Les fiches de salaire pour 2017 et 2018 ont été transmises, ainsi que le certificat de salaire 2017 faisant état d'un salaire annuel brut de 108'000 francs.

Par courriel du 7 septembre 2018, O.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué ceci à N.\_\_\_\_\_ SA:

« [...] Avant de vous adresser notre courriel du 30.08.2018 nous avons naturellement pris la peine de consulter vos précédentes déclarations notamment celle en lien avec votre accident du 29.11.2017. Comme vous le relevez à juste titre dans votre dernier message, à l'époque déjà, vous mentionniez un salaire de CHF 222'000.- par an (9'000.- salaire mensuel, 108'000.- 13<sup>ème</sup> salaire et 6000.- d'allocations familiales). Sur la base de vos déclarations nous avons indemnisé la société N.\_\_\_\_\_ SA sur la base du salaire maximum LAA de CHF 148'200.- et non sur CHF 108'000.- déclaré à l'AVS.

Dans votre dernier message, vous mentionnez que vous percevez un salaire de CHF 9'000.- mensuellement ainsi qu'un 13<sup>ème</sup> salaire du même montant. Toutefois, dans votre déclaration de salaire pour l'année 2017 il est fait mention d'un salaire de CHF 108'000.-, comme celui déclaré à l'AVS. Le montant de CHF 108'000.- ne correspond pas à un salaire de 9'000.- \* 13. Pour le surplus, les fiches de salaire font état d'une rémunération de CHF 9'000.- versée à 12 reprises.

Dès lors, au vu de ce qui précède, vous comprendrez qu'il est important pour notre compagnie d'établir le gain à prendre en considération [...] ».

Par courriel du 14 septembre 2018, N.\_\_\_\_\_ SA a indiqué à O.\_\_\_\_\_ qu'il convenait de se baser sur une rémunération annuelle de « 12 x 9'000.-, le 13<sup>ème</sup> fai[sant] partie d'une autre sous société de N.\_\_\_\_\_ SA ».

Par courrier du 5 octobre 2018, O.\_\_\_\_\_ a demandé à N.\_\_\_\_\_ SA et Q.\_\_\_\_\_ de bien vouloir apporter des précisions au sujet des 9'000 fr. de salaire « supplémentaire », singulièrement de savoir si l'assuré avait un deuxième employeur.

Le 19 octobre 2018, N.\_\_\_\_\_ SA a répondu à O.\_\_\_\_\_ qu'elle était le seul employeur de Q.\_\_\_\_\_ et qu'il existait une « sous entité qui comprend la même adresse et le même compte mais se différencie car elle ne fait que du conseil et du service ».

**e)** En parallèle, O.\_\_\_\_\_ a soumis le cas de l'assuré à son médecin-conseil. Ainsi, dans un rapport du 23 octobre 2018, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment exposé ce qui suit :

« Le lien de causalité naturelle entre l'état du rachis de ce patient et l'accident du 22.5.2018 est clairement insuffisant pour les raisons suivantes :

- 1) L'âge du patient où une discopathie lombo-sacrée dégénérative est fréquente et une lésion purement traumatique rare.
- 2) L'action vulnérante (chute de sa hauteur en hyperextension du rachis) est inappropriée pour entraîner une lésion significative de ce disque intervertébral.
- 3) Absence de notion d'impotence fonctionnelle immédiate et de consultation en urgence le jour même.
- 4) Description radiologique de l'IRM lombaire correspondant manifestement à des troubles dégénératifs banals et modestes de la jonction lombo-sacrée.

Dès lors, seul le diagnostic de contusion lombaire peut être retenu pour l'accident du 22.5.2018. Sachant que ce type de contusion guérit sans séquelles dans l'immense majorité des cas en moins d'un mois, il faut considérer que le *statu quo sine* a dû être retrouvé après cette échéance.

Par ailleurs, en l'absence de conflit neurologique objectivable, il est très inhabituel d'observer une incapacité de travail aussi longue. La profession sédentaire exercée par Q.\_\_\_\_\_ aurait dû lui permettre de recouvrer, à la fin du *statu quo sine* une pleine capacité de travailler.

La reprise du travail ainsi fixée au 16.08.18 est trop tardive. L'incapacité de travail telle qu'attestée, pour l'accident survenu le 22.05.18, par le Dr. X.\_\_\_\_\_ au-delà du *statu quo sine* n'est pas justifiée et ce, au regard de l'activité professionnelle exercée par Q.\_\_\_\_\_. La perte de gain maladie ne doit en aucun cas se substituer à l'assurance accident pour le règlement du solde de son incapacité à travailler. Néanmoins, si le service concerné décidant d'ouvrir un sinistre en maladie, O.\_\_\_\_\_ ne devrait pas prester au-delà d'un mois après le *statu quo sine* fixé par mes soins ».

Par courrier du 6 novembre 2018 adressé à N.\_\_\_\_\_ SA et Q.\_\_\_\_\_, O.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle entendait fixer le *statu quo sine* au 19 juin 2018 et qu'à compter du lendemain, le sinistre serait pris en charge par la couverture perte de gain maladie, O.\_\_\_\_\_ renonçant par gain de paix à appliquer le délai de soixante jours indiqué dans la police d'assurance. Elle a mentionné qu'elle prenait donc en charge le cas jusqu'au 15 août 2018 et que le montant cumulé des différentes indemnités journalières s'élevait à 24'559 fr. 70. Il convenait toutefois de déduire de ce montant la somme de 4'625 fr. 85 correspondant au trop-

perçu dans le cadre de l'accident du 29 novembre 2017, dans le cadre duquel O.\_\_\_\_\_ s'était basée sur le salaire déclaré de 216'000 fr., limité à 148'200 fr., en lieu et place du gain réel de 108'000 francs. Le montant versé par O.\_\_\_\_\_ serait ainsi de 19'933 fr. 85.

Le 12 novembre 2018, O.\_\_\_\_\_ a fait parvenir à N.\_\_\_\_\_ SA deux décomptes correctifs pour le montant des indemnités journalières versées en lien avec l'accident du 19 décembre 2017, - l'un relatif à l'assurance-accident obligatoire, l'autre à l'assurance-accident complémentaire -, détaillant le calcul du trop-perçu de 4'625 fr. 85.

**f)** Par décision du 26 novembre 2018, O.\_\_\_\_\_ a statué sur le volet LAA des sinistres des 29 novembre 2017 et 22 mai 2018. Dans ce cadre, elle a arrêté le salaire assuré à 108'000 fr. et, pour le cas annoncé en 2018, fixé le *statu quo sine* au 19 juin 2018. Elle a en outre compensé le montant à restituer pour le trop-perçu en 2017 avec le montant alloué dans le cadre du sinistre de 2018.

Par courrier du même jour, O.\_\_\_\_\_ a informé N.\_\_\_\_\_ SA et Q.\_\_\_\_\_ du montant de la prise en charge de deux sinistres s'agissant de l'assurance-accidents complémentaire et de la perte de gain maladie.

Le 27 décembre 2018, l'assuré et N.\_\_\_\_\_ SA, tous deux représentés par Me Tania Huot, se sont opposés à la décision du 26 novembre 2018. Ils ont contesté le montant des indemnités journalières, ainsi que, s'agissant de l'événement du 22 mai 2018, la cessation des prestations LAA au 19 juin 2018, estimant que dites prestations auraient dû être servies jusqu'au 15 août 2018. Ils ont joint à leur opposition un rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2018, qui a indiqué que l'assuré n'avait jamais été traité dans son cabinet pour un problème de colonne lombaire, que l'ensemble des événements ayant nécessité des consultations et un suivi étaient en relation avec des accidents pour la plupart avec une atteinte des membres inférieurs, que l'arrêt de travail de mai à août 2018 était uniquement en relation avec l'accident du 22 mai 2018 et qu'aucune maladie antérieure ni aucun élément du passé médical

de l'assuré ne laissait suspecter une problématique de dos sous-jacente avant l'accident de mai 2018.

Le 25 janvier 2019, O.\_\_\_\_\_ a informé les opposants qu'elle entendait procéder à une *reformatio in pejus* de la décision du 26 novembre 2018, impliquant le refus des prestations et le remboursement des indemnités journalières payées, compte tenu des fausses déclarations de Q.\_\_\_\_\_. Elle leur octroyait un délai au 15 février 2019 pour indiquer s'ils maintenaient ou retiraient leur opposition.

Par courrier recommandé du 15 février 2019, Me Huot a indiqué que N.\_\_\_\_\_ SA et Q.\_\_\_\_\_ maintenaient leur opposition et s'opposaient à toute *reformatio in pejus* qu'ils jugeaient infondée et abusive.

Par décision sur opposition du 16 mai 2019, O.\_\_\_\_\_ a modifié sa décision du 26 novembre 2018 en ce sens que le cas d'assurance était refusé pour fausse déclaration, les prestations versées devant être remboursées.

**B.** Par acte du 17 juin 2019, Q.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ SA, toujours représentés par Me Huot, ont recouru contre la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en prenant les conclusions suivantes :

« **A titre préalable :**

I. L'effet suspensif est accordé au présent recours.

**Au fond :**

Principalement

La décision rendue le 16 mai 2019 par O.\_\_\_\_\_ est modifiée de la manière suivante :

a) O.\_\_\_\_\_ est condamnée à couvrir par le biais de l'assurance accident LAA et l'assurance accident complémentaire souscrite par N.\_\_\_\_\_ SA auprès d'elle l'entier des conséquences financières du sinistre du 17 novembre 2017 subi par Q.\_\_\_\_\_, à savoir pour la période allant du 29 novembre 2017 au 19 janvier 2018.

- b) O.\_\_\_\_\_ est condamnée à couvrir par le biais de l'assurance accident LAA et l'assurance accident complémentaire souscrite par N.\_\_\_\_\_ SA auprès d'elle l'entier des conséquences financières du sinistre du 22 mai 2018 subi par Q.\_\_\_\_\_, à savoir pour la période allant du 22 mai au 15 décembre [recte : août] 2018 ;
- c) O.\_\_\_\_\_ est condamnée à verser à Q.\_\_\_\_\_, respectivement N.\_\_\_\_\_ SA, la somme de CHF 41'851.20, sous déduction des montants de CHF 13'642.85, CHF 3'410.80, CHF 2'454.10, CHF 613.45 et CHF 16'865.75 déjà perçus, avec intérêts à 5 % l'an dès le 22 mai 2018.
- d) Les montants de CHF 13'642.85, CHF 3'410.80, CHF 2'454.10, CHF 613.45 et CHF 16'865.75 versés par O.\_\_\_\_\_ aux Recourants leurs demeurent acquis.
- e) O.\_\_\_\_\_ est condamnée à recalculer les primes d'accident obligatoire selon la LAA, assurance-accidents complémentaire et perte de gains maladie pour l'année 2017 en se basant sur un salaire annuel estimé de CHF 140'000.- et restituer aux Recourants le montant trop perçu à ce titre, avec intérêts à 5 % l'an dès le 30 janvier 2019.
- f) Les Recourants ne doivent rien rembourser à O.\_\_\_\_\_.

#### Subsidiairement

- I. la décision rendue le 16 mai 2019 par O.\_\_\_\_\_ est annulée ;
- II. la cause est renvoyée à O.\_\_\_\_\_ pour nouvelle décision dans le sens des considérants ».

Les recourants ont fait valoir que la décision sur opposition comprenait de « nombreuses lacunes, erreurs sur les faits et d'appréciation », estimant n'avoir jamais trompé O.\_\_\_\_\_, si bien qu'une *reformatio in pejus* n'était ni justifiée, ni conforme au droit. A leurs yeux, la décision attaquée doit être réformée, subsidiairement annulée, motif pris que le recourant ne connaissait pas sa rémunération définitive pour l'année 2017, ni pour 2018, lors du sinistre du 22 mai 2018. Dans un autre moyen, ils plaident que pour faire application de l'art. 46 al. 2 LAA, une fausse déclaration d'accident doit avoir été remise intentionnellement à l'assureur ; tel n'était pas le cas en l'espèce, le recourant Q.\_\_\_\_\_ n'ayant commis qu'une « simple erreur » dans l'enregistrement de son 13<sup>ème</sup> salaire. A titre de mesures d'instruction, les recourants ont requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par un expert neutre.

Le 21 juin 2019, la juge instructrice a imparti aux parties un délai pour déposer leurs éventuelles déterminations sur la question de la qualité pour agir de N.\_\_\_\_\_ SA.

Le 10 juillet 2019, les recourants ont plaidé avoir tous deux qualité pour recourir contre la décision du 16 mai 2019. L'intimée s'en est quant à elle remise à justice.

Par jugement incident du 5 août 2019, la Cour des assurances sociales a reconnu la qualité de partie à N.\_\_\_\_\_ SA. Par ordonnance du même jour, l'effet suspensif a été accordé au recours.

Dans sa réponse du 28 octobre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours, dans la mesure de sa recevabilité.

En réplique, le 13 janvier 2020, les recourants ont maintenu leurs conclusions. A titre de mesures d'instruction, ils ont requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, ainsi qu'il soit donné ordre à O.\_\_\_\_\_ de produire les pièces 101 à 104 « telles qu'elles figurent au pied du bordereau de pièces du 17 juin 2019 ».

Le 20 avril 2020, l'intimée a une nouvelle fois conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité.

### **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).

En l'occurrence, le recours, 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), est recevable, en tant qu'il a trait à l'assurance-accidents obligatoire.

**b)** En revanche, le contrat d'assurance, Police n° [...], en tant qu'il porte sur une assurance complémentaire à l'assurance-accident et sur l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie, relève du droit privé. En effet, ledit contrat renvoie en préambule aux Conditions générales d'assurances (CGA) Edition 07.2010, dont la disposition A1 prévoit que l'assurance-accidents à titre complémentaire pour le personnel, ainsi que l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie, sont soumis à la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1). S'inscrivant dans un rapport de droit privé, il relève sur le principe du juge civil (cf. aussi art. 85 al. 1 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance ; RS 961.01] et ATF 133 III 439 consid. 2.2.2.2).

La Cour de céans n'est dès lors pas compétente *ratione materiae* pour statuer sur des droits déduits de la LCA s'agissant de la couverture complémentaire à la LAA et des indemnités journalières en cas de maladie souscrite par les recourants. Partant, les conclusions prises en ce sens par les recourants doivent être déclarées irrecevables.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de

l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** Le litige porte sur le droit des recourants aux prestations de l'assurance-accidents LAA au-delà du 19 juin 2018, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité entre les troubles dorsaux de Q.\_\_\_\_\_ à compter de cette date et l'événement du 22 mai 2018, cas échéant sur le montant des prestations d'O.\_\_\_\_\_. Il porte également sur le sort des prestations relatives à l'accident du 29 novembre 2017.

La décision sur opposition du 16 mai 2019 a pour unique objet le droit du recourant Q.\_\_\_\_\_ à des prestations de la LAA. Sont donc uniquement recevables les conclusions du recourant portant sur la question de son droit à dites prestations. La conclusion e) des recourants relative au nouveau calcul des primes d'accident obligatoire selon la LAA en se basant sur un salaire annuel estimé de 140'000 fr. et la restitution du trop-perçu à ce titre, sort de l'objet de la contestation défini par la décision sur opposition et est dès lors irrecevable.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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.

**b)** L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

**c)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

**d)** Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au

stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident en question (*statu quo sine* ; TF 8C\_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et la référence citée). Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 3<sup>e</sup> éd. 2016, p. 930 n. 107).

**4. a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; 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 (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre.

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions

sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**5. a)** En l'occurrence, O.\_\_\_\_\_ s'est fondée sur l'avis de son médecin-conseil du 23 octobre 2018 pour mettre fin au versement de ses prestations dès le 19 juin 2018. Dans cette prise de position, le Dr R.\_\_\_\_\_ constate que la description radiologique de l'IRM du 28 juin 2018 correspond manifestement à des troubles dégénératifs banals et modestes. Il en conclut que cet élément, explicable au vu de l'âge du patient et associé à un type de chute inapproprié pour entraîner une lésion significative du disque intervertébral concerné, ainsi que l'absence de consultation en urgence - la première consultation n'ayant eu lieu que près de dix jours après l'accident - démontrent que les douleurs dont s'est plaint le recourant jusqu'au 15 août 2018 et justifiant une incapacité de travail jusqu'à cette date, ne peuvent plus être mises en relation avec l'accident. Il explique qu'on peut retenir l'existence d'un *statu quo sine* - c'est-à-dire considérer que l'état du rachis lombaire correspond à celui dans lequel il aurait été de toute façon sans l'accident - en date du 19 juin 2018. Il justifie cette date par le fait que la contusion lombaire dont a souffert le recourant à la suite de sa chute se guérit dans l'immense majorité des cas en moins d'un mois. Le Dr R.\_\_\_\_\_ relève encore qu'une incapacité de travail de près de trois mois ne se justifie pas compte tenu de l'activité sédentaire du recourant.

Dans son rapport du 17 décembre 2018, le Dr X.\_\_\_\_\_ constate que le recourant n'avait aucune maladie antérieure ni aucun élément du passé médical qui laissait suspecter une problématique de dos sous-jacente avant l'accident du 22 mai 2018. Selon lui, l'incapacité de travail était uniquement en lien avec la chute. Le médecin traitant

n'explique toutefois pas les raisons pour lesquelles la contusion lombaire qu'il a lui-même diagnostiquée justifierait une incapacité de travail de près de trois mois dans une activité sédentaire, se contentant de préciser que Q. \_\_\_\_\_ n'avait pas, avant l'accident, d'antécédents médicaux laissant suspecter une problématique dorsale. Il ne démontre pas en particulier que ces douleurs n'auraient pas une origine dégénérative. De plus, en constatant que les plaintes ont débuté après le sinistre du mois de mai 2018 et en affirmant que ses problèmes seraient directement liés à son accident, les allégations de l'assuré et du médecin traitant apparaissent exclusivement dictées par le principe « *post hoc ergo propter hoc* », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé, à tout le moins de justifier la continuation de la prise en charge du cas au-delà du 19 juin 2018. On peut en outre s'interroger sur la date de la fin de l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant, dans la mesure où celle-ci coïncide avec le moment où l'intimée entendait mettre en œuvre une expertise afin de clarifier la situation médicale du recourant.

Contrairement à ce que soutiennent les recourants, le fait que le Dr R. \_\_\_\_\_ n'ait pas examiné Q. \_\_\_\_\_ ne justifie pas de s'éloigner des conclusions posées par le médecin-conseil, lesquelles reposent sur un examen de l'anamnèse et du dossier médical de l'assuré et sont convaincantes et bien motivées.

**c)** Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimée a suivi l'avis de son médecin-conseil, en retenant que le seul diagnostic de contusion lombaire pouvait être reconnu comme suite de l'accident, et que l'incapacité de travail en lien avec le sinistre du 22 mai 2018 ne dépassait pas un mois.

**d)** Au demeurant, le calcul du montant des indemnités journalières auquel a procédé l'intimé, en se basant sur un salaire assuré de 108'000 fr., ne prête pas flanc à la critique.

**e)** Pour le surplus, le recourant ne fait valoir aucun moyen en lien avec l'accident du 20 novembre 2017 et sa prise en charge. On relèvera à toutes fins utiles que le montant réclamé en restitution par O.\_\_\_\_\_ relatif aux indemnités journalières versées à la suite de l'accident de 2017 doit être confirmé.

**6.** Il reste encore à déterminer si O.\_\_\_\_\_ était fondée à refuser de prester en raison de fausses déclarations du recourant.

**a)** A titre liminaire, on précisera que ce refus de prestation est intervenu dans le cadre de la décision sur opposition du 16 mai 2019, à la suite d'une *reformation in pejus*, fondée sur les art. 52 al. 2 LPGA et 12 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11) et non sur l'art. 61 let. d LPGA comme le soutient O.\_\_\_\_\_.

Aux termes de l'art. 12 al. 1 OPGA, l'assureur n'est pas lié par les conclusions de l'opposant (cf. art. 52 al. 2 LPGA) ; il peut modifier la décision à l'avantage ou au détriment de celui-ci. Toutefois, en vertu de l'art. 12 al. 2 OPGA, si l'assureur envisage de modifier la décision au détriment de l'opposant, il donne à ce dernier l'occasion de retirer son opposition.

En l'espèce, O.\_\_\_\_\_ a modifié sa position initialement signifiée par décision du 26 novembre 2018, en refusant désormais de prester en raison de fausses déclarations des recourants. Cette modification s'est faite au détriment des recourants, par le biais de la décision sur opposition du 16 mai 2019. Cela étant, O.\_\_\_\_\_ a respecté les exigences posées par l'art. 12 al. 2 OPGA, en informant N.\_\_\_\_\_ SA et Q.\_\_\_\_\_ qu'après examen sommaire du dossier, il ne pouvait être exclu que la décision sur opposition modifie la décision du 26 novembre 2018 en leur défaveur. Par courrier du 25 janvier 2019, elle leur a donné la possibilité de retirer leur opposition, ce qu'ils ont refusé de faire par courrier de leur conseil du 15 février 2019.

Aucun grief ne peut dès lors être formulé sur ce point à l'encontre de l'intimée, laquelle a procédé conformément à l'art. 12 al. 2 OPGA.

**b)** En vertu de l'art. 46 al. 2 phr. 2 LAA, l'assureur 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 (Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n° 594 p. 1063). Un tel dessein de tromperie doit donc être distingué de la négligence, si grave soit-elle. L'établissement de l'intention dolosive est une question d'appréciation des faits, que le juge tranchera le cas échéant. L'assureur n'a pas besoin de rendre vraisemblable que la fausse déclaration a entraîné des complications importantes, ni même qu'un quelconque dommage lui a été causé (André GHÉLEW / Olivier RAMELET / Jean-Baptiste RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA], Lausanne 1992, p. 176 et la référence citée).

N'importe quelle fausse déclaration contenue dans la déclaration d'accident suffit, dès lors qu'elle conduit à l'octroi de prestations d'assurance plus élevées que celles auxquelles la personne assurée aurait droit conformément à la situation effective. Tombe sous le coup de cette disposition la déclaration intentionnelle d'un salaire trop élevé, lorsque cela conduit au versement de prestations en espèces fixées sur la base d'un gain assuré trop élevé. 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 la proportionnalité (ATF 143 V 393 consid. 6.2 ; TF 8C\_68/2017 du 4 septembre 2017 consid. 4.3).

**c)** En l'espèce, en alléguant qu'il percevait un salaire annuel brut permettant une indemnisation basée sur le montant maximal assuré

de 148'200 fr. alors même qu'il percevait en réalité un salaire de 108'000 fr., le recourant s'est fait l'auteur d'une fausse déclaration destinée à obtenir des prestations d'assurances auquel il ne pouvait raisonnablement pas prétendre, justifiant l'application de l'art. 46 al. 2 LAA.

En effet, et contrairement à ce que soutiennent les recourants, les montants annoncés dans la déclaration d'accident, et en particulier celui du treizième salaire, ne peuvent être imputables à une simple erreur. D'une part, le système informatique mis en place par l'intimée permet facilement de choisir si la rémunération introduite est mensuelle ou annuelle. D'autre part, il n'appartenait pas à O.\_\_\_\_\_ de contrôler la justesse de la déclaration d'accident dans la mesure où la dernière déclaration de sinistre remplie par le recourant en 2015 faisait état d'une rémunération annuelle globale de plus de 185'500 fr., de sorte qu'une augmentation annuelle d'environ 30'000 fr. en deux ou trois ans, si substantielle soit-elle, n'apparaissait pas inconcevable.

En outre, il apparaît pour le moins surprenant que le recourant, en tant que professionnel de la branche, n'ait pas été à même de remplir correctement une déclaration LAA, ce d'autant plus qu'il y était parvenu par le passé. En tant que spécialiste en assurance, le recourant aurait manifestement dû se rendre compte que le montant des indemnités journalières perçues durant son incapacité de travail était trop élevé par rapport à ses revenus habituels. Le caractère volontaire des fausses déclarations est en outre renforcé par les variations des versions proposées par l'intéressé s'agissant de sa rémunération et par le fait qu'en réalité, il n'a jamais perçu de treizième salaire, quel qu'en soit le montant, ce que le recourant a fini par admettre après avoir vainement tenté d'apporter des explications pour le moins hasardeuses à ce sujet.

**d)** Il suit de là que la position de l'intimée n'est pas critiquable en tant qu'elle refuse toute prestation d'assurance au recourant pour cause de « *fausses déclarations* ». L'intimée pouvait donc à juste titre dénier son obligation de prester sur la base de l'art. 46 al. 2 phr. 2 LAA.

**7.** Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause, sans qu'il n'y ait lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire ni de requérir la production de pièces supplémentaires. Les réquisitions des recourants dans ce sens sont dès lors rejetées, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**8. a)** Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable.

**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 les recourants n'obtiennent pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 mai 2019 par O.\_\_\_\_\_ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, 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 :

- Me Tania Huot (pour N. \_\_\_\_\_ SA et Q. \_\_\_\_\_),
- Me Patrick Moser (pour O. \_\_\_\_\_ SA),
- 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 :