

# JU\_GERICHTE ASS 2016 92 vom 22. Januar 2019

JU Tribunal cantonal, 2019-01-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ju\\_gerichte\\_ASS\\_2016\\_92](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ju_gerichte_ASS_2016_92)

FR: JU\_GERICHTE ASS 2016 92 du 22 janvier 2019

IT: JU\_GERICHTE ASS 2016 92 del 22 gennaio 2019

## Regeste

Refus de prester de l'assureur confirmé en raison de fausses déclarations. Recours rejeté par le Tribunal fédéral le 22 janvier 2019 (8C\_549/2018) | recours

## Erwägungen

### E. 2

il retient, concernant le genou droit, une probable ancienne lésion ostéochondrale du condyle fémoral externe, une rupture horizontale du ménisque externe au niveau du corps vers la corne postérieure, une suspicion d'une méniscopathie de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, précisant qu'il n'y avait pas de rupture des ligaments croisés ou collatéraux (PJ 2). B.2 Dans le cadre d'une procédure AI, le Dr E., médecin traitant du recourant, retient également le diagnostic de rupture méniscale du genou droit dans son rapport du 25 septembre 2015 (PJ 3). B.3 En raison de l'accident prédécrit (consid. B), le Dr E. a attesté, le 24 août 2015, d'une incapacité partielle de travail (80 %) à compter du 27 juillet 2015 (PJ 4), puis une incapacité totale depuis la même date, selon la "feuille-accident LAA" qu'il a signée le 24 septembre 2015 (PJ 6). Ce dernier document a toutefois été corrigé par la suite, un taux de 80 % d'incapacité étant attesté jusqu'au 23 novembre 2015 et un taux de 100 % depuis le 14 décembre 2015 (PJ 15). Parallèlement à cette incapacité, ce même praticien a reconnu au recourant une incapacité partielle de travail (80 %) pour cause de maladie depuis le 1er juin 2015 (PJ 5). B.4 Dans le "rapport médical initial LAA" du 14 décembre 2015 (PJ 17), le Dr E. retient le diagnostic de polytraumatismes avec contusion lombaire et lésion du ménisque. Il fait état d'une chute avec entorse du genou droit et opposition aux douleurs lombaires (type musculaire?). Il retient une incapacité totale de travail dès le 26 juillet 2015 et indique que les premiers soins ont été dispensés le 26 juillet 2015 en dehors des heures de consultation. B.5 Entendu par l'intimée le 14 décembre 2015 (PJ 20), le recourant explique s'être rendu sur un chantier à U., pour contrôler des travaux, le dimanche 26 juillet 2015, vers 15h30. Il dit être monté sur un escabeau de trois marches pour enlever du scotch en haut d'une fenêtre. En se penchant, il a perdu l'équilibre, l'escabeau a basculé et il est tombé d'une hauteur d'environ 60 cm. Il a pu se retenir avec la main droite pour éviter la chute, mais il a dû faire un mouvement brusque et a ressenti des douleurs au niveau de la jambe droite et au bas du dos. Il ne s'est pas rendu immédiatement chez son médecin, ni à l'hôpital. Il était seul au moment de cet événement. Comme il ressentait toujours des douleurs les jours suivants, il a consulté le service des urgences, à l'Hôpital de V., à deux reprises. Seul salarié de son entreprise, il doit travailler avec d'autres entreprises en sous-traitance. Il souffre de douleurs lombaires avec des irradiations dans la jambe droite depuis plus de dix ans et rencontre des problèmes de genoux. Il a également subi une opération de varices, en raison d'insuffisance veineuse. Il est en incapacité de travail pour des raisons de maladie depuis le mois de novembre 2014 et

ne reçoit plus d'indemnités depuis le mois de juin 2015. Il ne pense pas pouvoir reprendre son activité avant septembre 2016, lorsqu'il aura atteint l'âge de la retraite.

### **E. 3**

B.6 Renseignements pris par l'intimée auprès du service des urgences de l'Hôpital de V. (cf. PJ 20, p. 3), il apparaît que le recourant s'y est rendu les 2 et 6 juillet 2015, en raison de douleurs au membre inférieur droit (PJ 16 et 18). B.7 Il ressort du dossier édité de l'assureur-maladie du recourant, Assurance F., que le recourant, en incapacité de travail depuis le 26 novembre 2014, s'est vu supprimer le versement d'indemnités journalières à compter du 1er mai 2015 (PJ 21, p. 9s). L'assureur-maladie a invité le recourant à déposer une nouvelle annonce pour la période postérieure, dès lors qu'il s'agirait d'un nouveau cas (PJ 21 p. 7s et 42). Entendu par l'inspecteur des sinistres de l'assureur-maladie le 12 novembre 2015 (PJ 21, p. 42ss), le recourant fait état d'allergies, de problèmes de pieds qui le handicapent à la marche, mais aussi de problèmes de dos, en restant toutefois assez vague. L'expert relève avoir l'impression que le recourant joue avec sa mauvaise maîtrise du français pour rester évasif.

B.8 Dans un rapport du 25 février 2016 (PJ 25), le Dr G. indique que le recourant a chuté d'un escabeau, le 26 juillet 2015, sur lequel il était monté pour contrôler un plafond. Il est tombé avec réception sur le membre inférieur droit et surtout sur la cheville droite. Il a immédiatement ressenti des douleurs au niveau du genou droit, de la cheville et du pied droit, ainsi qu'une exacerbation de ses lombalgies. Les lombalgies étaient déjà connues avant l'intervention des varices et surtout avant l'accident. Le genou peut avoir subi un choc de type torsion avec des lésions peu importantes des deux ménisques. La symptomatologie au niveau des deux chevilles et deux pieds ainsi que de la face externe de la cuisse ne semblerait pas être la conséquence directe de l'accident, mais doit être mise en relation directe avec l'état dégénératif de la colonne lombaire, au vu du résultat radiologique. La symptomatologie des membres inférieurs est apparue après l'accident et de manière assez controversée : d'abord à droite, puis aussi, et d'intensité presque plus importante, à gauche. Le recourant se plaignant peu du genou, un geste chirurgical de type méniscectomie n'est pour le moment pas indiqué. C. Par décision du 7 juillet 2016 (PJ 32), l'intimée a refusé d'allouer des prestations d'assurance au recourant, se prévalant de l'article 46 al. 2 LAA au vu des renseignements contradictoires et incohérents, qui ne lui permettent pas de vérifier la vraisemblance de l'existence d'un événement assuré. D. L'intimée a rejeté l'opposition formée par le recourant par décision du 12 août 2016 (PJ 34). Pour fonder sa décision, l'intimée se prévaut de la durée de 4 mois entre la survenue de l'accident et la déclaration d'accident, de l'absence d'indication de l'accident à son assureur-maladie, qui a refusé de prester au-delà du 31 mai 2015, de l'absence de consultation en raison de l'accident consécutivement à celui-ci et de l'absence de lésions accidentelles. L'intimée considère ainsi qu'il est peu vraisemblable que le recourant ait été victime d'un accident le 26 juillet 2015.

### **E. 4**

E. Dans son recours du 16 septembre 2016, le recourant conclut à l'annulation de la décision précitée et à ce que l'accident du 26 juillet 2015 soit pris en charge par l'intimée, sous suite des frais et dépens. Il conteste en substance les conditions d'application de l'article 46 al. 2 et relève que, contrairement à ce que retient l'intimée, de nombreux rapports médicaux font état du déroulement de l'accident et d'une lésion au genou droit. Ainsi, la nature accidentelle ne fait aucun doute et les lésions subies "tombent sous le coup" de l'article 4 LPGA. Il

affirme n'avoir jamais fait de fausses déclarations à l'intimée, de surcroît de manière intentionnelle. A l'appui de son recours, il produit copie du courrier du 14 septembre 2016 du Dr E. (PJ 8 du recourant), aux termes duquel le recourant a subi une rupture du ménisque du genou droit avec persistance d'une symptomatologie de type lombo-sciatalgie post-traumatique. Il renvoie au rapport du Dr G., qui a également examiné son patient. F. L'intimée a conclu au rejet du recours dans son mémoire de réponse du 19 octobre 2016. Elle considère, au vu des contradictions dans les taux d'incapacité de travail attestées par le médecin traitant du recourant, de l'absence de mention de l'accident à l'assureur-maladie, des circonstances temporelles avec les décisions prises par l'assureur-maladie et l'AI, de la contradiction entre le recourant et son médecin traitant quant à sa première consultation, que la survenance d'un accident n'était pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. S'agissant des lésions méniscales ressortant du rapport du Dr D., elles résultent régulièrement de causes malades exclusivement et aucun des médecins consultés ne fait état d'éléments objectifs permettant de les imputer à un accident. Le Dr G. relève au contraire que la symptomatologie est apparue de manière controversée. Le recourant présentait du reste déjà des gonalgies avant l'accident. G. Le recourant a répliqué le 1er décembre 2016, faisant en particulier valoir qu'il n'avait pas fait état de l'accident à son assureur-maladie, dès lors qu'il savait que le cas relevait précisément de l'assurance-accidents. Il estime que la description de l'accident est compatible avec les lésions dont il souffre. H. L'intimée a confirmé sa position le 23 décembre 2016. I. Il sera revenu ci-après, en tant que besoin, sur les autres éléments du dossier. En droit : 1. Déposé en temps utile (art. 60 LPGA) et dans les formes légales (art. 61 let. b LPGA) auprès de l'autorité compétente (art. 57 et 58 LPGA ; art. 169 let. a Cpa) par une personne disposant manifestement de la qualité pour recourir (art. 59 LPGA), le recours est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.

#### **E. 4.1**

Selon l'article 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.

#### **E. 4.2**

Cette dernière disposition vise à réprimer un comportement dolosif tendant à obtenir de l'assurance plus que ce à quoi l'on aurait droit (arrêt du TFA du 30 avril 1996 in RJ 1996 n° 1076 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : SBVR, Sécurité sociale, 2016, p. 1063, n° 594). Cette sanction présuppose ainsi un dessein de tromperie, qui ne doit néanmoins pas forcément avoir pour but primaire d'obtenir des prestations indues de l'assurance-accidents, la sanction pouvant aussi être prononcée si l'assuré agit de la sorte en vue de bénéficier d'un élément qui lui serait favorable notamment dans le cadre d'une éventuelle procédure pénale, et que la perception par l'assuré de prestations d'assurance ne constitue qu'une conséquence annexe de ses agissements (JAB 2011 p. 135ss).

#### **E. 5**

Il s'agit d'une norme potestative. L'assureur dispose certes d'un large pouvoir d'appréciation dans l'application de cette disposition légale, mais il doit toutefois s'en tenir aux principes constitutionnels, en particulier ceux de l'égalité de traitement, de la proportionnalité et de la

prohibition de l'arbitraire (arrêt du TFA du 30 avril 1996 in RJ 1996 n° 1076, TF 8C\_388/2017 du 6 février 2018 consid. 2 ; FRÉSARD/MOSER- SZELESS, op. cit., p. 1063, n° 595).

### **E. 5.1**

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

### **E. 5.2**

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

### **E. 6**

L'article 53 al.1 OLAA précise, s'agissant de la déclaration d'accident précitée, que la victime de l'accident ou ses proches doivent annoncer immédiatement l'accident à l'employeur ou à l'assureur et donner tous renseignements concernant notamment le moment, le lieu, les circonstances et les suites de l'accident (let. a). En cas d'accident non professionnel, l'employeur doit consigner les renseignements fournis par l'assuré dans la déclaration d'accident (art. 53 al. 2 OLAA). L'assuré doit donner tous les renseignements nécessaires et tenir à disposition les pièces qui servent à déterminer les circonstances et les suites de l'accident et à fixer les prestations d'assurance (art. 55 al. 1 OLAA). Ces dispositions précisent, dans le domaine de l'assurance-accidents, l'obligation générale prévue à l'article 29 LPGA, selon laquelle toute personne qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent dans la forme prescrite par la loi (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., p. 1062, n° 589). L'assuré est soumis aux dispositions des articles 28 et 43 LPGA, qui lui imposent de fournir des indications véridiques à l'assureur (TF 9C\_258/2014 du 3 septembre 2014 consid. 4.4). C'est ainsi que l'assuré doit remplir complètement et conformément à la vérité sa demande de prestations, en fournissant tous les renseignements susceptibles d'influencer la décision de l'assureur et qu'il a l'obligation de répondre aux questions que l'organe d'exécution lui pose, dans la mesure où ces questions ont une incidence sur la détermination du droit ou l'étendue de celui-ci. Si l'assuré ne se conforme pas à son obligation de renseigner de manière conforme à la vérité, l'assureur peut, après mise en demeure, clore l'instruction et refuser d'entrer en matière (art. 43 al. 3 LPGA ; RUBIN, Commentaire de la loi sur l'assurance-chômage, 2014, n. 52ss ad art. 1 LACI).

### **E. 6.1**

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne

revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables. Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées ; TF 8C\_922/2011 du 19 juin 2012 consid. 5). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après

#### **E. 6.2**

En particulier, celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents doit rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas. S'il y a litige, il appartient au juge de dire si les diverses conditions de l'accident sont réalisées. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable, il constatera l'absence de preuves ou d'indices pertinents et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b et les références ; TF 8C\_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.2).

#### **E. 6.3**

En droit des assurances sociales, s'applique de manière générale la règle dite des "premières déclarations ou des déclarations de la première heure", selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; TF 8C\_388/2017 du 6 février 2018 consid. 4.2).

#### **E. 6.4**

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves, le juge pouvant ainsi renoncer à accomplir certains actes d'instruction sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu ou une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires (appréciation anticipée des preuves ; TF 9C\_188/2013 du 24 juillet 2013 consid. 2.2 et les références citées).

#### **E. 7**

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

#### **E. 7.1**

En l'espèce, l'intimée a relevé plusieurs éléments troublants dans le dossier du recourant, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, dont la durée de plusieurs mois qui s'est écoulée entre la survenance du cas, le 26 juillet 2015, et son annonce, le 12 novembre 2015. Le recourant soutient que cette durée ne saurait lui être reprochée selon l'article 46 al.

2 LAA, dès lors qu'il pensait que les rapports médicaux du Dr E. des "24" juillet et 25 septembre 2015 étaient suffisants. La durée de plus de trois mois entre la survenance du cas et son annonce n'est toutefois pas le seul élément qui a été retenu par l'intimée pour refuser de prester, mais un indice

#### **E. 7.2**

La date de la première consultation auprès de son médecin traitant est du reste loin d'être claire. Selon les premières attestations d'incapacité de travail du Dr E., la date de la première consultation en lien avec l'accident serait le 24 août 2015 ou le 24 septembre 2015 (consid. B.3). Ces premiers documents correspondent aux premières déclarations du recourant, selon lesquelles il n'a pas consulté immédiatement son médecin. Tant ce médecin que le recourant se contredisent toutefois ensuite, alléguant un rendez-vous le jour-même de l'accident (consid. B.4 et mémoire de recours).

#### **E. 7.3**

Le taux d'incapacité attesté a également varié au gré des certificats, passant ainsi de 80 %, à 100 %, puis à nouveau à 80 % jusqu'au 14 décembre 2015, avant d'augmenter à nouveau à 100 % (consid. B.3), sans qu'aucun élément médical ne justifie cette aggravation de l'état de santé du recourant.

#### **E. 7.4**

Contrairement à ce qui a été allégué par le recourant lors de son audition (consid. B.5), il n'a pas consulté le service des urgences de l'Hôpital du Jura suite à l'accident annoncé. Il s'est effectivement rendu dans ce service à deux reprises, mais avant le 25 juillet 2015 (consid. B.6).

#### **E. 7.5**

Autant d'incohérences et de contradictions quant aux premières consultations et au taux d'incapacité de travail laissent peu de place à une possible erreur de retranscription de date ou à une négligence. Le fait que, parallèlement à l'accident supposé, le recourant s'est vu supprimer ses indemnités journalières pour cause de maladie et que le recourant ait annoncé le cas à l'intimée le même jour que son audition par l'inspecteur des sinistres de l'assureur-maladie interpelle également (consid. B.7), alors que le recourant est à une année de l'âge de la retraite (consid. B.5 in fine). Il est par ailleurs des plus étonnant que le recourant ne fasse pas état de cet accident à son assureur-maladie lors de cet entretien. Contrairement à ce qui est allégué, une telle annonce à l'assureur-maladie revêt une certaine importance sur la prise en charge de son cas, qui relèverait à la fois de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents.

#### **E. 7.6**

La date supposée de l'accident, soit un dimanche, alors que le recourant était en incapacité de travail pour cause de maladie à 80 % selon son médecin traitant (consid. B.3) et qu'il consacre le 20 % restant à des travaux administratifs et de la vérification de chantier (cf. PJ 21 p. 43), laisse également songeur.

#### **E. 7.7**

Il est vrai que des éléments médicaux seraient susceptibles de rendre vraisemblable la survenance d'un accident, en particulier les IRM réalisées en août 2015 à la demande du Dr E., qui mettent en évidence une rupture du ménisque (consid. B.1). L'origine de ce trouble

n'est toutefois pas documentée au dossier et une origine malade, respectivement dégénérative, n'est pas exclue, au contraire, au vu de l'âge du recourant. La symptomatologie décrite par le recourant est du reste apparue de manière assez controversée selon le Dr G. (consid. B.8). 8. Au vu de l'ensemble de ces circonstances, de sérieux doutes subsistent quant au déroulement des faits allégués par le recourant comme étant à l'origine de sa lésion du ménisque et de ses douleurs lombaires, de sorte que l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable, au degré de preuve requis. Partant, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge le cas et il appartient au recourant de supporter les conséquences de l'absence de preuves des faits dont il entend déduire des droits. Au vu des nombreuses incohérences et contradictions relevées ci-dessus, c'est également à juste titre que l'intimée a considéré que le recourant avait intentionnellement fait de fausses déclarations et a considéré que les conditions d'application de l'article 46 al. 2 LAA étaient réalisées. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

#### **E. 8**

parmi d'autres. Ajoutée aux autres contradictions qui ressortent du dossier de l'intimée, force est d'admettre que cette durée interpelle, ce d'autant plus que, contrairement à ce que soutient le recourant dans son recours, il a dans un premier temps affirmé n'avoir pas consulté son médecin traitant après l'accident, mais le service des urgences quelques jours plus tard (cf. consid. B.5) et que le Dr E. n'a pas établi de rapport daté du "24" juillet, respectivement du jour-même de l'accident, le 25 juillet 2015. Un tel rapport n'est en tous les cas pas au dossier. Le recourant, en tant qu'employé de sa propre entreprise, ne pouvait raisonnablement pas estimer qu'une annonce à l'assureur n'était pas nécessaire.

#### **E. 9**

La procédure est gratuite. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant qui succombe, ni à l'intimée (art. 61 litt. a et g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.