

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 14 vom 23. Juni 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-06-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__14

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 14 du 23 juin 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 14 del 23 giugno 2016

Regeste

DEMANDE DE PRESTATION D'ASSURANCE, FAUSSE INDICATION | 46 LAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 23.06.2016 Arrêt / 2016 / 14

DEMANDE DE PRESTATION D'ASSURANCE, FAUSSE INDICATION | 46 LAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 5/15 - 74/2016 ZA15.002339 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 23 juin 2016

_____ Composition : Mme Thalmann , présidente Mmes Férolles et Moyard, assesseures Greffière : Mme Mestre Carvalho ***** Cause pendante entre : W. _____ , à [...] , recourant, représenté par Me Lionel Zeiter, avocat à Prilly, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey. _____ Art. 46 al. 2 LAA. E n f a i t : A. En date du 1 er septembre 2014, une déclaration de sinistre a été établie par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA) sur la base de données électroniques. Il en résultait que W. _____, ressortissant kosovar né en 1980, titulaire d'une autorisation d'établissement et au bénéfice d'un engagement de durée indéterminée en qualité de chef de chantier à 100% depuis le 1 er août 2014 auprès de l'entreprise A. _____ Sàrl, au K. _____, s'était fait mal au genou droit suite à un « glissement » le 22 août 2014 à 09h00, à T. _____, les premiers soins ayant été dispensés par le Dr F. _____, médecin généraliste traitant à S. _____. Il était également précisé que le travail avait été interrompu depuis lors – incapacité qui se prolongera, selon les pièces au dossier, jusqu'au 15 décembre 2014. Après avoir annoncé à l'assuré et à l'employeur A. _____ Sàrl la prise en charge du cas en date du 3 septembre 2014, la Caisse a fait savoir à l'intéressé le 18 septembre 2014 que des faits nouveaux avaient été portés à sa connaissance et l'obligeaient à réexaminer la question de son obligation de prester, la garantie de prise en charge étant révoquée et une enquête complémentaire mise en œuvre. En date du 26 septembre 2014, la CNA a reçu copie du contrat de travail signé le 30 juillet 2014 par l'employeur A. _____ Sàrl et l'employé W. _____, portant sur un engagement à compter du 1 er août 2014 pour une durée indéterminée en tant que chef de chantier mais sans indication du taux d'occupation. La Caisse s'est également vu transmettre le décompte de salaire de l'assuré pour le mois d'août 2014, faisant état d'un revenu mensuel brut de 5'250 fr. correspondant à 150 heures de travail rémunérées à concurrence de 35 fr. de l'heure. A teneur d'un certificat médical non daté, réceptionné par la CNA le 29 septembre 2014, le Dr F. _____ a mentionné que, selon les indications du patient, ce dernier était tombé et s'était tordu le genou droit le 22 août 2014. Il a ajouté que l'assuré se trouvait depuis lors en incapacité de travail et avait été opéré le 18 septembre 2014. Par rapport médical intermédiaire du 29 septembre 2014, le Dr H. _____,

chirurgien orthopédiste ayant pratiqué l'intervention du 18 septembre 2014, a posé le diagnostic de status après ménissectomie interne du genou droit. A ce rapport était annexé le protocole opératoire relatif à l'intervention susdite, réalisée à la Clinique R._____. Le 30 septembre 2014 a été versé en cause un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit du 26 août 2014 adressé au Dr F._____, comportant l'indication suivante « Gonalgies persistantes latéro-internes sans notion de traumatisme ». Ce rapport concluait à une déchirure horizontale de la corne moyenne du ménisque interne avec extension dans la corne postérieure, à une lésion mucoïde de grade II de la corne antérieure du ménisque interne, à un petit kyste poplité de 3,5 x 7 x 12 mm, ainsi qu'à une plica synoviale avec légère Hoffa supra-patellaire et légère bursite pré-patellaire. Le 30 septembre 2014 également, le Dr L._____, chirurgien orthopédiste et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que l'atteinte présentée par l'assuré pouvait être considérée comme une lésion corporelle assimilée à un accident. Par écrit du 1^{er} octobre 2014, la CNA a fait savoir à l'assuré et à son employeur qu'elle prenait en charge les suites de l'accident professionnel du 22 août 2014. A cet égard, la Caisse a précisé que le droit à l'indemnité journalière était ouvert à partir du 25 août 2014, que cette prestation serait versée directement à l'assuré et que les frais médicaux induits par l'accident seraient quant à eux payés directement aux médecins et autres fournisseurs de prestations médicales en cas de traitement en Suisse. Toujours le 1^{er} octobre 2014, la CNA a annoncé à la Clinique R._____ qu'elle assumait les frais d'hospitalisation liés à l'intervention du 18 septembre 2014. Par courrier du 15 octobre 2014, la P._____ Assurances [...] (ci-après : la P._____ Assurances) a informé la CNA que l'assuré travaillait à 100% – 42 heures par semaine – comme gérant de l'entreprise V._____ Sàrl et qu'elle procédait à l'instruction d'un dossier d'assurance-accidents dans ce contexte, conformément à une annonce faite le 29 août 2014 ; or, étant intervenue auprès du Dr H._____ en vue d'obtenir le protocole opératoire, elle avait appris à cette occasion qu'un dossier était également ouvert auprès de la CNA. A ce courrier était jointe l'annonce susmentionnée, émanant de l'entreprise V._____ Sàrl à S._____ et frappée d'un timbre de la P._____ Assurances daté du 1^{er} septembre 2014. Il en résultait que l'assuré, au bénéfice d'un contrat de travail de durée indéterminée et occupant la fonction de gérant depuis le 1^{er} novembre 2012 à un taux de 100% pour un salaire mensuel brut de 4'800 fr., s'était blessé le 22 août 2014 au genou droit. Dite déclaration d'accident précisait encore que l'événement avait eu lieu à « S._____, restaurant » et que les faits s'étaient déroulés de la manière suivante : « Douleur en marchant, m[é]n[i]sq[u]e ». Le 28 octobre 2014, la Caisse a écrit à l'assuré en expliquant que des faits nouveaux avaient été portés à sa connaissance, l'obligeant à réexaminer son obligation de prester. Aussi la garantie de prise en charge (confirmée par lettre du 1^{er} octobre 2010) était-elle révoquée, une enquête complémentaire étant mise en œuvre. Le 29 octobre 2014 a eu lieu un entretien entre l'assuré et un inspecteur de la CNA. Le compte-rendu y relatif avait notamment la teneur suivante : " Art. 112 et 113 LAA, art. 146 CP Activité précédente Activité Faits du 22.08.2014 Preuve Processus de guéri- son [...] Assurances sociales J'ai été rendu attentif aux art. 112 et 113 LAA et 146 CP. Je sais que fournir des renseignements inexacts est punissable. Celui qui a obtenu ou tenté d'obtenir ou incité à obtenir frauduleusement des prestations indues est également poursuivi pénalement. Je sais en outre que toutes prestations peuvent être refusées à l'assuré qui a donné intentionnellement de fausses informations Je suis arrivé en Suisse en 2002 et j'ai un permis C depuis 10 ans. Depuis 2004, je travaille comme coffreur pour différentes entreprises du canton de Vaud. Je n'ai pas de formation certifiée. Le 1.8.2014, j'ai été

engagé à plein temps comme chef d'équipe pour l'entreprise A. _____ Sàrl au K. _____. Je continue toutefois de travailler uniquement sur les chantiers comme coffreur. Je n'ai pas de certificat de chef mais j'ai appris sur le tas. A côté de cela, je travaille aussi au café-restaurant « V. _____ » à S. _____ depuis février 2013, au service et en cuisine. J'y travaille principalement le samedi et le dimanche et plus rarement certains soirs de la semaine. Cela représente entre 80 et 100 heures de travail par mois. J'ai cette activité accessoire afin de faire face à des difficultés financières en raison de mon divorce. Ce jour-là dans l'après-midi, je me trouvais sur un chantier à [...] dont je ne me souviens plus du nom. J'étais en train de me déplacer dans le terrain et j'ai mis mon pied sur un caillou ce qui m'a tordu le genou droit et fait chuter sur ce même genou. Sur le moment, j'ai senti un peu mal mais j'ai continué à travailler. En fin de journée, j'avais de la peine à bouger le genou droit. En effet, je n'arrivais plus à bien à tendre la jambe. Je n'ai pas été blessé à une autre partie du corps. Personne ne m'a vu tomber, j'étais seul lors de ma chute et j'ai pu [me] relever tout seul. Sur le moment je n'ai parlé à personne de cet accident. Le soir après l'accident, je me suis donc rendu chez mon médecin-traitant, le Dr F. _____ à S. _____. Ce médecin m'a dit que c'était mieux de faire une IRM pour voir ce que j'avais à ce genou. J'ai donc passé l'IRM 26.8.2014 et au vu des résultats, j'ai été adressé à un spécialiste, le Dr H. _____ à [...]. Ce médecin m'a rapidement dit qu'il fallait opérer. L'intervention a donc eu lieu le 18.9.2014 à la Clinique R. _____ à [...]. Je suis resté hospitalisé une nuit. 3-4 jours après l'intervention, j'ai commencé le traitement de physiothérapie à raison de 3 séances par semaine. Le prochain contrôle chez le Dr H. _____ est prévu le 4.11.2014. Actuellement, je n'ai pas de douleur et ne prend donc aucun médicament. Par contre, si je me mets à genou, là j'ai des douleurs ou si le genou se tord un peu dans le terrain. Je ne peux pas non plus monter et descendre les escaliers comment avant, je dois aller doucement. Je ne peux pas donc actuellement ni travailler chez A. _____ Sàrl ni pour le restaurant. [...] [...] Je n'ai pas de dossier ouvert dans une [quelconque] autre assurance sociale. J'ai annoncé le même accident à la P. _____ Assurances, assureur LAA du restaurant « V. _____ ». A ce jour, je n'ai rien reçu de cette assurance. [...] Au cours d'un entretien téléphonique du 31 octobre 2014 avec la CNA, l'assuré s'est vu expliquer qu'il n'y aurait pas de versement d'indemnités journalières durant les mesures d'investigation entreprises, l'intéressé estimant pour sa part avoir droit aux prestations d'assurance dès lors qu'il avait toujours payé ses cotisations. En date du 6 novembre 2014 s'est déroulé un entretien entre un inspecteur de la CNA et B. _____, de l'entreprise A. _____ Sàrl. Du rapport établi le jour suivant, il est notamment ressorti ce qui suit : " M. W. _____ Faits du 22.8.2014 M. B. _____ a engagé notre assuré comme chef de chantier, dès le 1.8.2014, pour prendre la responsabilité d'un chantier à terminer à [...] (Immeuble [...]), à la rue [...]. Il lui a été recommandé par une connaissance pour sa grande expérience dans le domaine du coffrage et de plus il avait été lui-même patron de sa propre entreprise. M. B. _____ nous dit aussi avoir engagé M. W. _____ car le travail qu'il avait dans un bar ne lui permettait pas de s'en sortir financièrement. Notre interlocuteur ne peut pas me dire le nom du bar. [...] Notre interlocuteur nous informe qu'il a fait toujours venir les employés au bureau afin de remplir la déclaration d'accident. C'était donc le cas avec notre assuré qui a annoncé ce qui est indiqué sur la déclaration d'accident du 1.9.2014. Il ne peut donc pas nous en dire plus [...]" Aux termes d'un courrier du 7 novembre 2014 rédigé par son conseil, l'assuré a exposé qu'il assumait effectivement deux emplois, d'une part, en travaillant pour la société A. _____ Sàrl en qualité de chef d'équipe sur des chantiers et, d'autre part, en œuvrant certains soirs et les

week-ends comme gérant de la société V._____ Sàrl qui exploitait un café-restaurant. Il a ajouté que les deux emplois étaient régulièrement déclarés, que des cotisations sociales étaient prélevées sur les deux salaires perçus et que, dans ces conditions, il n'y aurait pas matière à surindemnisation si les deux assureurs-accidents prenaient en charge la perte de gain liée à l'incapacité de travail subie depuis le 22 août 2014. En date du 10 novembre 2014, l'assuré a téléphoné à la CNA aux fins de savoir si son dossier était accepté suite à l'enquête, précisant à cette occasion qu'il attendait le cas échéant son « salaire ». Le 17 novembre 2014, la P._____ Assurances a transmis à la CNA un compte-rendu relatif à un entretien téléphonique du 3 novembre précédent entre l'un de ses inspecteurs des sinistres et l'assuré. Il en ressortait notamment ce qui suit : " Je vous appelle ce jour suite à vos précédents messages me demandant de vous rappeler. J'accepte de répondre à vos questions. Vous me rendez attentif à l'obligation de fournir des informations conformément à la vérité. [...] Sur l'accident du 22.08.2014 : Pouvez-vous nous relater les circonstances précises de votre accident ? En fait, je voulais vous dire que je m'étais trompé lorsque je vous ai averti pour ce cas. Je me suis fait mal alors que je travaillais pour la société A._____ Sàrl comme chef de chantier. Cela s'est passé à [...], j'ai glissé et me suis fait mal au genou droit. Avez-vous des témoins de cette glissade ? Il n'y a pas eu de témoins. Quand avez-vous consulté et auprès de quel médecin ? Je me suis rendu au cabinet médical du docteur F._____, sis [...] à S._____. Il a constaté une déchirure au m[é]nisque. Avez-vous effectué vous-même la déclaration de sinistre du 29.08.14 auprès de la P._____ Assurances ? Oui c'est bien moi qui ai effectué cette déclaration, je suis le gérant, c'est donc normal de faire cette déclaration moi-même. Comme je viens de vous le dire, je me suis trompé. Expliquez-nous comment vous avez pu vous tromper de lieu et de circonstances, lors de votre annonce vous aviez indiqué avoir eu une douleur en marchant dans votre restaurant à S._____ ? Je vous l'ai dit je me suis trompé, je n'ai pas à vous donner d'explications. Votre activité auprès du restaurant V._____ Sàrl est de 100%, c'est sur cette base que nous devons vous indemniser, quel est votre taux d'activité auprès de la société A._____ Sàrl ? Il est de 50%, je travaille 100 heures par mois. Je travaille à 50% auprès de mon restaurant. Nous vous faisons remarquer que 100 heures de travail correspond[ent] à un taux d'occupation d'un peu plus de 60%, expliquez-vous ? N'avez-vous pas déclaré à la Suva travailler à 100% ? Je n'ai pas à m'expliquer, je me suis trompé et je n'aurais pas dû annoncer ce cas chez vous. Il n'y a rien d'autres à dire. Si nous n'avions pas eu l'information selon laquelle vous aviez annoncé ce cas auprès de deux assureurs LAA, nous vous aurions indemnisé sur une base 100% depuis le 22.08, vous vous êtes donc également trompé sur votre base horaire, ne trouvez-vous pas que cela fait beaucoup d'erreurs ? C'est une erreur, ça arrive. Si il s'était [agi] d'une erreur, pourquoi en ce cas avoir appelé à de nombreuses reprises notre gestionnaire afin de réclamer des indemnités journalières et même être venu à nos bureaux le 22 octobre afin de remettre vos certificats médicaux, n'avez-vous pas cherché à obtenir des indemnités auprès de notre compagnie et auprès de la Suva ? Non c'est faux, je me suis trompé c'est tout ce qu'il y a à dire. Cela fait une semaine que nous tentons de vous joindre pour effectuer cet entretien et nous remarquons que vous nous appelez ce lundi matin à 8h15 après avoir eu un entretien avec l'inspecteur sinistre de la Suva, est ce que ce n'est pas plutôt à cause de cet entretien que vous indiquez aujourd'hui vous être trompé ? Je n'ai plus rien à vous dire. Mention : L'intéressé raccroche " Par décision du 1 er décembre 2014, la CNA a procédé à l'annulation de la prise en charge du cas « dans le sens d'une reconsidération conformément à l'article 53 alinéa 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales

» et refusé toute prestation d'assurance au motif que l'assuré avait intentionnellement émis de fausses déclarations. Elle a plus particulièrement considéré que les déclarations faites par l'assuré et son employeur A. _____ Sàrl étaient manifestement fausses, dans la mesure où il n'était pas crédible que l'intéressé ait en même temps exercé deux activités professionnelles à 100% et subi au même moment deux accidents professionnels à différents endroits. La Caisse a par ailleurs requis la restitution des prestations déjà versées, à concurrence de 6'453 fr. 60 (soit 5'651 fr. 75 d'indemnités journalières et 801 fr. 85 de frais de traitement), tout en mentionnant la possibilité de demander une remise de l'obligation de restituer. Le 5 décembre 2014, la P. _____ Assurances a rendu une décision de refus de prestations à l'encontre de l'assuré, motifs pris que ce dernier avait voulu faire croire à deux assureurs-accidents qu'il exerçait parallèlement deux activités professionnelles à 100% au cours desquelles il avait subi deux accidents, qui plus est en même temps. Par acte de son conseil du 12 décembre 2014, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision de la CNA du 1^{er} décembre 2014. Reprenant les explications apportées dans son écrit du 7 novembre 2014, il est en outre revenu sur les circonstances de l'événement du 22 août 2014. Il a précisé que ce jour-là, dans le cadre de son travail pour l'entreprise A. _____ Sàrl, il avait glissé et était tombé, se faisant mal au genou droit dans sa chute. Comme son genou était encore chaud, il avait cherché à poursuivre sa journée de travail, y compris au restaurant. C'était dans ce cadre que, durant la soirée, il était à nouveau tombé sur le genou. Pour l'assuré, il apparaissait ainsi qu'il avait effectivement subi le même jour deux accidents professionnels pour le compte de deux employeurs différents. Par décision sur opposition du 18 décembre 2014, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Au préalable, elle a relevé que l'assureur avait la possibilité de révoquer les décisions (formelles ou informelles) qui n'étaient pas entrées en force, sans devoir se fonder sur un motif légal de révocation. Cela dit, elle a en particulier observé qu'après avoir déclaré à la P. _____ Assurances, le 3 novembre 2014, qu'il s'était trompé et qu'il n'aurait jamais dû leur annoncer le cas, l'intéressé s'était ensuite rétracté en prétendant avoir eu deux accidents. Or, il apparaissait invraisemblable qu'après avoir terminé sa journée sur les chantiers et avoir commencé à travailler au restaurant, l'assuré ait pu se rendre chez le Dr F. _____. Conséquemment, la Caisse a considéré que la survenance d'un accident ou d'un événement assimilé à un accident alors que l'assuré travaillait pour l'entreprise A. _____ Sàrl ne pouvait pas être admise au degré de la vraisemblance prépondérante. Partant, elle a estimé être légitimée à refuser d'intervenir pour fausses déclarations et invraisemblance, à défaut de pouvoir se fier aux déclarations de l'assuré qui n'avait pas arrêté de se contredire. B. Agissant par l'entremise de son conseil, W. _____ a recouru le 20 janvier 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation et à l'octroi de pleines indemnités en lien avec l'accident subi le 22 août 2014. En substance, le recourant fait valoir que du point de vue légal, suite à l'accident survenu le 22 août 2014 sur un chantier à [...], il revenait à l'intimée de gérer le dossier. Il ajoute que, n'étant pas au fait des subtilités de la législation, il a annoncé à ses deux employeurs les accidents dont il avait été victime mais qu'il n'avait toutefois aucune volonté d'être surindemnisé, estimant du reste avoir droit à des indemnités perte de gain [sic] couvrant l'ensemble de ses deux revenus. Le recourant fait en outre valoir qu'au vu des rapports médicaux et de l'opération subie, l'existence d'un accident le 22 août 2014 ne fait aucun doute, cet accident ayant d'ailleurs été confirmé par B. _____ lors de son audition par l'intimée. Il estime que l'on ne peut lui reprocher qu'une méconnaissance de certaines

spécificités de l'assurance-accidents – en ce sens qu'il n'aurait dû remplir qu'une seule déclaration de sinistre à l'attention de l'a CNA à charge pour cette dernière de se coordonner avec la P. _____ Assurances – mais que l'on ne peut en revanche retenir aucune tentative de démarche malhonnête dans la mesure où « [i]l apparaît en effet logique, si on a deux employeurs, de remplir deux déclarations d'accident ». Il relève encore qu'il n'y a aucune interdiction faite à un salarié de cumuler deux charges de travail dépassant un horaire de 100% et que, de toute façon, le taux d'activité n'est pas déterminant pour juger du droit à l'indemnisation en cas d'accident professionnel. Dans sa réponse du 19 février 2015, l'intimée, sous la plume de son mandataire, a conclu au rejet du recours. Elle relève qu'aux dires du recourant, ce dernier aurait été victime d'un accident de chantier à T. _____, sans autre précision, qu'il aurait continué à travailler tout en ressentant des douleurs, qu'il aurait ensuite été victime d'un « glissement » dans le cadre de sa seconde activité à S. _____, événement qui ne se trouve pas davantage documenté, et que toujours au cours de la même journée – sans que l'on sache si c'est entre les deux accidents ou après le second – il aurait consulté le Dr F. _____. Elle observe également que l'assuré a tenu chacun des deux assureurs dans l'ignorance, d'une part, de sa double activité professionnelle à plein temps et, d'autre part, de l'intervention d'un autre assureur, que lorsqu'il a été entendu sur cette situation il a tout d'abord prétendu avoir agi par erreur auprès de la P. _____ Assurances – bien qu'ayant auparavant réclamé avec insistance des indemnités journalières de cet assureur, alors que la CNA lui en allouait déjà – et que, une fois représenté par un mandataire professionnel, il a finalement sollicité la double intervention des assureurs-accidents, n'admettant plus s'être trompé. Pour l'intimée, l'ensemble de ces circonstances fait apparaître comme dénuées de toute crédibilité les déclarations successives du recourant, si bien qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, on ne peut admettre que l'intéressé ait été victime d'un accident dont la prise en charge lui incomberait. Elle considère en définitive qu'elle était en droit de revenir sur son obligation de prêter et de demander la restitution des prestations déjà servies. Aux termes de sa réplique du 16 mars 2015, le recourant confirme ses précédents motifs et conclusions. Il allègue en particulier qu'au vu des pièces médicales au dossier, il est absolument certain qu'il a bien été victime d'un accident en date du 22 août 2014 et qu'au final, le seul reproche qui peut lui être fait est celui d'avoir annoncé le sinistre aux assurances de ses deux employeurs, sans les prévenir ; il fait valoir, au demeurant, qu'il était légitimé à procéder à cette double annonce, dès lors qu'il doit être complètement indemnisé pour les conséquences du sinistre subi. Le recourant soutient en outre qu'il serait totalement disproportionné de lui refuser toute prestation pour n'avoir pas signalé la double couverture, étant précisé à cet égard qu'il n'existe aucune rubrique prévue à cet effet dans les formulaires d'annonce. En date du 2 avril 2015, le recourant a versé en cause une liste de questions adressée le 16 mars 2015 par son conseil au Dr F. _____, ainsi que les réponses fournies le 24 mars suivant par ce dernier médecin – considérant avoir ainsi établi la survenance d'un premier accident sur un chantier à T. _____, puis d'une consultation chez le Dr F. _____ suivie d'une reprise d'activité dans son restaurant « V. _____ » se soldant par une nouvelle blessure. Ces documents avaient la teneur suivante : - Questions du recourant : " 1. Pouvez-vous confirmer que W. _____ vous a consulté le 22 août 2014 ? 2. A quelle heure avez-vous rencontré W. _____ le 22 août 2014 ? 3. De quoi souffrait W. _____ ? 4. Est-ce que la lésion que vous avez pu constater provenait d'un accident ou d'une maladie ? 5. Est-ce que l'opération effectuée le 18 septembre 2014 était en lien avec la lésion qui vous a été présentée ? " - Réponses du Dr F. _____ : " 1- Oui 2-

L'accident est survenu à 10h et le patient est venu à ma consultation en fin de journée. 3- Déchirure horizontale de la Corne moyenne du ménisque interne du genou D. 4- Accident 5- Oui. " Par écriture du 7 mai 2015, l'intimée a maintenu sa position. Elle estime que les explications complémentaires fournies par le médecin du recourant ne sont pas convaincantes ou à tout le moins ne sont pas déterminantes pour admettre l'existence des deux accidents déclarés successivement par l'intéressé. En effet, la CNA relève que si le Dr F. _____ fait mention d'un accident survenu à 10h00, ce médecin ne peut toutefois pas se prononcer sur cet événement, dont il n'a de toute évidence pas été le témoin ; de plus, cette affirmation est contraire aux déclarations faites par le recourant le 29 octobre 2014, plaçant l'accident dans l'après-midi du 22 août 2014 à T. _____. S'agissant de la déchirure horizontale de la corne moyenne du ménisque interne du genou droit constatée par le Dr F. _____, l'intimée observe qu'à supposer que la consultation ait eu lieu en fin de journée, on voit mal comment le recourant aurait pu travailler dans son restaurant avec un genou dans un tel état ; dans l'hypothèse où la consultation médicale aurait en revanche eu lieu après l'activité dans le restaurant, la CNA considère qu'il ne serait alors pas possible de rattacher avec suffisamment de certitude les atteintes du genou au seul et éventuel événement survenu à T. _____ plus tôt dans la journée. C. Sur réquisition de la juge instructeur, le dossier de la P. _____ Assurances a été versé en cause le 2 juin 2015, comportant en particulier – outre la déclaration de sinistre du 29 août 2014, le courrier du 15 octobre 2014 à la CNA et la décision de refus de prestations du 5 décembre 2014 – les documents suivants : - un questionnaire de la P. _____ Assurances du 23 septembre 2014 dans lequel, invité à fournir une description détaillée de l'événement annoncé, l'assuré indiquait ressentir plus de douleurs en marchant et « terriblement » dans les montées et les escaliers, précisant en outre, sur requête de l'assureur, qu'il avait ressenti dites douleurs directement après une glissade sur son lieu de travail ; - une note interne établie le 25 septembre 2014, à 16h19, par une collaboratrice de la P. _____ Assurances suite à un entretien téléphonique avec l'assuré, venu aux nouvelles quant au décompte d'indemnités journalières ; - une note interne établie toujours le 25 septembre 2014, à 16h23, dont il ressortait que l'assuré s'était plaint auprès d'une collaboratrice de la P. _____ Assurances (« Dit qu'on n'a rien fait, qu'on traîne ») ; - des copies (fournies le 22 octobre 2014) des décomptes de salaires de l'assuré pour son activité auprès de la société V. _____ Sàrl durant la période de juillet 2013 à juillet 2014, portant sur un salaire brut de 4'800 fr. par mois ; - un courrier de la P. _____ Assurances du 21 janvier 2015, faisant suite à l'opposition formée le 8 janvier 2015 par l'assuré à l'encontre de la décision du 5 décembre 2014, suspendant dite procédure jusqu'à droit connu sur celle concernant la CNA. Dans leurs déterminations respectives toutes deux datées du 29 juin 2015, les parties ont chacune maintenu leur position. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours est déposé en temps utile et satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations

par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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, laquelle détermine l'objet de la contestation (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 130 V 138 consid. 2.1 ; cf. également TF 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2 et 8C_627/2009 du 8 juin 2010 consid. 1.2). Dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Dans le cas particulier, il est vrai que la décision rendue le 1^{er} décembre 2014 par la CNA portait, d'une part, sur le refus de toute prestation d'assurance en lien avec l'événement du 22 août 2014 et, d'autre part, sur la restitution des prestations déjà servies à concurrence d'un montant de 6'453 fr. 60. En revanche, dans sa décision sur opposition du 18 décembre 2014, qui détermine l'objet de la contestation pouvant être déféré en justice par voie de recours (cf. TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1 et les références citées), la Caisse s'est focalisée uniquement sur l'obligation de prester à raison de l'événement annoncé le 1^{er} septembre 2014, la question de la restitution – certes évoquée dans l'exposé des faits (p. 2 let. G) – n'ayant été reprise ni dans les motifs ni dans le dispositif de ladite décision. Dès lors que ce dernier aspect n'a pas été juridiquement réglé dans le cadre de l'objet de la contestation, il s'ensuit que, contrairement à ce que semble penser l'intimée (cf. réponse du 19 février 2015 p. 7), le pouvoir d'examen de la Cour de céans ne s'étend en l'occurrence qu'au point de savoir si la CNA a ou non à répondre de l'événement qui lui a été annoncé le 1^{er} septembre 2014, à l'exclusion de la problématique d'une éventuelle restitution de prestations indues.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle.

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 (cf. RAMA 1996 n° U 250 p. 181 consid. 2b/aa avec les références citées ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e 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 (cf. André Ghélew / Olivier Ramelet / Jean-Baptiste Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA], Lausanne 1992, p. 176 et la référence citée). La raison d'être de ce mécanisme aux conséquences juridiques sévères repose principalement sur l'obtention d'un effet dissuasif. Cette fonction préventive ne peut toutefois être effective que pour autant qu'une sanction nette soit attachée à la remise intentionnelle d'une fausse déclaration d'accident (cf. Adrian Wyss, Meldung und Abklärung des Unfalles nach UVG, Art. 45-47 UVG, thèse, Berne 1985, p. 70). L'art. 46 al. 2 phr. 2 LAA est rédigé en la forme potestative (« Kann-Vorschrift »). Si l'assureur-accidents dispose ainsi d'un large pouvoir d'appréciation dans l'application de cette disposition légale, il ne peut toutefois l'exercer

que dans le respect des principes constitutionnels qui régissent l'activité administrative, en particulier ceux d'égalité de traitement, de proportionnalité et d'interdiction de l'arbitraire (cf. dans ce sens RAMA 1996 précité consid. 2b/cc ; cf. également Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 595 p. 1063). 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). Il appartient en particulier à l'assuré de rendre plausible que les éléments d'un accident, tel qu'il est défini, sont réunis en l'occurrence. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir ces éléments pour établis ou du moins pour vraisemblables (la simple possibilité ne suffit pas), le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (cf. ATF 116 V 136 consid. 4b et la référence ; cf. TF 8C_784/2013 du 7 octobre 2014 consid. 4.2). Ainsi, des déclarations incomplètes, inexactes ou contradictoires au sujet du déroulement de l'accident peuvent conduire à la négation du droit aux prestations de l'assurance-accidents (cf. TFA U 258/04 du 23 novembre 2006 consid. 3.1). b) Selon la jurisprudence dite des premières déclarations ou des déclarations de la première heure, il convient, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, d'accorder la préférence à celle que l'assuré(e) a donnée alors qu'il/elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a et 115 V 143 consid. 8c ; cf. TF 8C_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.2). 5. a) Il est constant que, le 1^{er} septembre 2014, la CNA a été informée de ce que l'assuré s'était blessé au genou droit en date du 22 août 2014, à 9h00, alors qu'il travaillait à T._____ dans le cadre d'un emploi à temps plein exercé pour l'entreprise A._____ Sàrl. En parallèle, le 1^{er} septembre 2014 également, la P._____ Assurances a réceptionné une déclaration de sinistre du 29 août 2014 dont il résultait que l'intéressé avait ressenti des douleurs au niveau du ménisque droit le 22 août 2014, en marchant dans un restaurant sis à S._____ où il occupait la fonction de gérant à 100%. S'en est suivi un entretien avec un inspecteur de la CNA le 29 octobre 2014, dont le procès-verbal a été contresigné par le recourant. A cette occasion, l'assuré a notamment exposé qu'il avait été engagé à plein temps par l'entreprise A._____ Sàrl, et qu'il œuvrait en outre principalement le samedi et le dimanche et plus rarement certains soirs de la semaine au restaurant « V._____ » à S._____, au service comme en cuisine, activité qu'il exerçait à titre accessoire afin de faire face à des difficultés financières liées à son divorce. Concernant les faits du 22 août 2014, l'assuré a déclaré que cet après-midi-là, il se trouvait sur un chantier à T._____ lorsqu'il avait chuté sur le genou droit après se l'être tordu en marchant sur un caillou, qu'il avait ensuite poursuivi son travail bien qu'ayant eu un peu mal et qu'il avait éprouvé de la difficulté à bouger le genou en fin de journée. Il a ajouté qu'aucun témoin n'avait assisté à la scène, qu'il n'en avait parlé à personne sur le moment et qu'il s'était rendu chez le Dr F._____ le soir même. Il a également signalé avoir annoncé « le même accident » à la P._____ Assurances. Par la suite, lors d'un entretien téléphonique du 3 novembre 2014 avec un

collaborateur de la P. _____ Assurances, le recourant a indiqué que c'était par erreur qu'il avait annoncé à cette dernière assurance l'événement du 22 août 2014, au cours duquel il s'était blessé au genou droit alors qu'il travaillait à T. _____ comme chef de chantier pour la société A. _____ Sàrl ; il a encore précisé qu'il travaillait à 50% pour la société A. _____ Sàrl, à raison de cent heures par mois, et à 50% au sein de son restaurant. Aux termes de son opposition du 12 décembre 2014, le recourant est toutefois revenu sur sa position en faisant valoir que, dans la journée du 22 août 2014, il s'était blessé une première fois au genou droit dans l'exercice de son travail pour l'entreprise A. _____ Sàrl, puis que, durant la soirée, il s'était à nouveau fait mal au même genou dans le cadre de son activité au restaurant. Il a ainsi soutenu qu'il avait subi sur un seul jour deux accidents professionnels pour le compte de deux employeurs différents – explications qu'il a maintenues dans ses écritures ultérieures tout en précisant avoir consulté le Dr F. _____ entre les deux accidents subis le 22 août 2014 (cf. déterminations du 2 avril 2015). b) Au regard de ces circonstances, il apparaît, d'une part, que l'existence d'un événement assuré dont la prise en charge incomberait à la CNA n'est pas suffisamment établie au degré de la vraisemblance prépondérante. A ce propos, force est de constater tout d'abord que l'assuré a modifié ses explications quant au dépôt quasi simultané de deux déclarations de sinistre – l'une auprès de la CNA et l'autre auprès de la P. _____ Assurances – portant sur un traumatisme du genou droit subi le 22 août 2014. Ainsi, dans un premier temps, l'assuré a exposé que ses deux annonces visaient le même événement et que celle adressée à la P. _____ Assurances était à mettre sur le compte d'une erreur de sa part. Dans un second temps, il a néanmoins fait volte-face en affirmant avoir effectivement subi deux événements accidentels distincts au niveau du genou droit le 22 août 2014, l'un en exerçant son activité de chef de chantier à T. _____ et l'autre en travaillant dans le restaurant exploité à S. _____. A l'aune de la jurisprudence dite des premières déclarations (cf. consid. 4b supra), on ne peut toutefois que manquer d'être convaincu par le revirement qu'a opéré le recourant dès son opposition du 12 décembre 2014 – soit après avoir réalisé l'impact préjudiciable que pouvaient revêtir les explications initialement fournies. Ce constat s'impose d'autant plus que cette seconde version des faits, selon laquelle l'intéressé aurait été victime de deux accidents successifs le 22 août 2014 dans l'exercice de deux emplois différents, ne repose sur aucun élément concret mais se fonde bien au contraire sur de simples allégations dont on ne peut du reste que souligner le caractère inconstant. En particulier, ce n'est de toute évidence pas cette seconde version des faits que l'assuré a tenue à son médecin traitant, lequel a supervisé la prise en charge médicale depuis le 22 août 2014 et n'a pourtant fait mention que d'un seul événement accidentel (cf. courrier du Dr F. _____ du 24 mars 2015 au conseil de l'assuré). Si du reste rien ne s'oppose en théorie au cumul de deux activités lucratives différentes, il s'avère néanmoins peu vraisemblable que le recourant, après s'être blessé sur un chantier à T. _____, ayant de la peine à bouger son genou en fin de journée (cf. compte-rendu d'entretien du 29 octobre 2014 p. 1) et ayant de ce fait consulté le Dr F. _____ en soirée (cf. ibid. p. 2) voire en fin de journée (cf. courrier de ce médecin le 24 mars 2015 ; cf. également écriture du recourant du 2 avril 2015), ait malgré tout poursuivi sa journée de travail avec une activité en cuisine et en salle au restaurant « V. _____ » à S. _____ pour finir par se blesser – selon les versions – durant cette même soirée du vendredi 22 août 2014 (cf. opposition du 12 décembre 2014 p. 2) ou en fin de journée (cf. mémoire de recours du 20 janvier 2014 p. 3). C'est par ailleurs le lieu de souligner que le recourant reste tout aussi contradictoire en ce qui concerne son taux d'occupation dans ses activités respectives, ayant tout d'abord

indiqué deux emplois à 100% dans les déclarations de sinistre adressées à la CNA et à la P. _____ Assurances, avant d'expliquer être employé à plein temps par A. _____ Sàrl et ne travailler que le samedi et le dimanche dans son restaurant ainsi que plus rarement certains soirs de la semaine (cf. procès-verbal d'entretien avec la CNA du 29 octobre 2014 p. 1), pour finir par affirmer être occupé à 50% pour A. _____ Sàrl – soit entre huitante et cent heures par mois – et à 50% dans son restaurant (cf. procès-verbal d'entretien avec la P. _____ Assurances du 3 novembre 2014), cela alors même que le décompte de salaire établi par A. _____ Sàrl pour le mois d'août 2014 fait état d'un total de cent cinquante heures de travail qui ne peut être réparti qu'entre le début de l'engagement au 1^{er} août 2014 et le début de l'incapacité de travail au 22 août 2014. Au final, la thèse selon laquelle l'assuré aurait été victime de deux accidents successifs le 22 août 2014, l'un sur un chantier à T. _____ et l'autre dans son restaurant à S. _____, n'apparaît dès lors pas crédible. Pour autant, la Cour de céans n'est pas davantage convaincue par les premières déclarations du recourant, selon lesquelles les deux annonces présentées auprès de la CNA et de la P. _____ Assurances concernaient un même événement survenu le 22 août 2014 sur un chantier à T. _____. De fait, si l'assuré a de toute évidence subi une lésion au genou droit ayant entraîné une incapacité de travail et nécessité une intervention chirurgicale le 18 septembre 2014, l'origine – traumatique ou non – de cette atteinte demeure en revanche fortement sujette à caution en l'état du dossier. A cet égard, il faut souligner que la déclaration d'accident établie par la CNA le 1^{er} septembre 2014, complétée sur la base des indications fournies par l'assuré à son employeur A. _____ Sàrl (cf. procès-verbal de l'audition de B. _____ du 6 novembre 2014), fait mention d'un événement survenu le 22 août 2014 à 9h00 à T. _____ lors duquel l'intéressé se serait fait mal au genou droit en glissant. Entendu le 29 octobre 2014 par un inspecteur de la CNA, le recourant n'a plus évoqué de glissade mais a en revanche affirmé s'être blessé le 22 août 2014 dans l'après-midi, s'étant tordu le genou droit en mettant le pied sur un caillou pour ensuite chuter et se réceptionner sur ce même genou. Puis, il s'est finalement contenté d'alléguer avoir glissé et être tombé le 22 août 2014 (cf. opposition du 12 décembre 2014 p. 2 et mémoire de recours du 20 janvier 2014 p. 3). Cela étant, il apparaît que le recourant a été jusqu'ici incapable de s'en tenir à une version claire et univoque des événements qui se seraient déroulés – selon lui, sans témoins (cf. compte-rendu d'entretien du 29 octobre 2014 p. 1 ; cf. mémoire de recours du 20 janvier 2014 p. 3) – le 22 août 2014. On ajoutera qu'en sa qualité de médecin traitant retranscrivant les dires de son patient, le Dr F. _____ a quant à lui indiqué que l'assuré était tombé et s'était tordu le genou droit (cf. certificat médical non daté, réceptionné le 29 septembre 2014) à 10h00 le 22 août 2014 (cf. réponses aux questions du conseil de l'assuré du 24 mars 2015), cette nouvelle séquence d'événements divergeant du point de vue chronologique des explications – déjà contradictoires entre elles – de l'assuré. Contrairement à ce que prétend le recourant (cf. mémoire de recours du 20 janvier 2015 p. 5), on ne peut en outre rien déduire des propos tenus par B. _____ lors de son audition du 6 novembre 2014 devant la CNA, le prénommé ayant indiqué à cette occasion que c'était l'assuré qui avait fourni les indications figurant sur la déclaration d'accident du 1^{er} septembre 2014 et que lui-même ne pouvait rien y ajouter. En l'état, il reste donc que les multiples variations dans la description des événements prétendument survenus le 22 août 2014 à T. _____ conduisent à s'interroger sur la survenance même d'un accident susceptible d'ouvrir le droit à des prestations d'assurance. Dans le même sens, on peut encore s'étonner que le Dr F. _____, bien qu'affirmant avoir été consulté le jour même de l'accident et ayant ultérieurement attesté

une incapacité de travail depuis le 22 août 2014, n'ait pourtant pas émis de certificat dans ce sens avant le jeudi 28 août 2014 selon les pièces au dossier. De même, la Cour de céans ne peut qu'être interpellée par le fait que le rapport consécutif à l'IRM réalisée le 26 août 2014 porte l'indication : « Gonalgies persistantes latéro-internes sans notion de traumatisme ». A l'évidence, de tels éléments incitent d'autant plus à douter de la vraisemblance des allégations du recourant. Dans ces conditions, on ne saurait considérer que l'existence d'un accident assuré ait été suffisamment établie au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 4a supra). Pour ces motifs déjà, on ne saurait imputer une obligation de prester à la CNA. c) Il s'avère, d'autre part, que l'assuré a présenté des déclarations d'accident parallèlement auprès de deux assureurs différents tout en cachant à chacun de ceux-ci la procédure ouverte devant l'autre. A cet égard, force est de relever que le formulaire de déclaration de sinistre de la CNA – comme, du reste, celui de la P. _____ Assurances – comportait sous chiffre 13 « Cas spéciaux » une rubrique « Autre(s) employeur(s) » qui a pourtant été laissée vide dans le cas particulier, faisant croire que l'intéressé n'avait qu'un seul employeur au moment de l'annonce du sinistre et qu'aucune autre couverture d'assurance n'était ainsi susceptible d'entrer en considération. En ce sens, l'intimée s'est donc vu remettre des indications erronées lors de la déclaration d'accident litigieuse. Si rien ne permet en l'état de tenir l'entreprise A. _____ Sàrl pour responsable, la connaissance de l'activité exercée par l'assuré dans un bar lors de son engagement (cf. procès-verbal de l'audition de B. _____ du 6 novembre 2014) ne préjugant pas de celle de la poursuite de cette activité après l'entrée en service, le même constat ne peut en revanche pas être fait s'agissant du recourant. C'est en effet sur la base des indications fournies par ce dernier qu'a été remplie la déclaration d'accident adressée à l'intimée (cf. ibid.). Le recourant ne saurait non plus se retrancher derrière sa méconnaissance de la réglementation spécifique à d'assurance-accidents (cf. lorsqu'un justiciable travaillant pour une pluralité d'employeurs est victime d'un accident assuré : art. 77 LAA et 99 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.102], invoqués par le recourant [cf. mémoire de recours du 20 janvier 2015 p. 4]), dans la mesure où il ne pouvait ignorer son devoir général de collaborer (cf. art. 28 LPGA) au regard duquel il lui incombait de fournir toutes les informations nécessaires au traitement de sa requête – qui plus est, s'agissant de points explicitement abordés dans le formulaire d'annonce. Son comportement est d'autant moins justifiable que l'exercice de deux activités parallèles n'avait dans son cas rien de nouveau (cf. opposition du 12 décembre 2014 p. 1), lui qui avait précédemment déjà travaillé comme employé du bâtiment avant d'être engagé par A. _____ Sàrl le 1^{er} août 2014 (cf. en particulier procès-verbal d'entretien du 29 octobre 2014 p. 1) tout en déployant une activité au sein de la société V. _____ Sàrl depuis le 1^{er} novembre 2012 (cf. déclaration d'accident du 29 août 2014 à la P. _____ Assurances) ou février 2013 (cf. procès-verbal d'audition du 29 octobre 2014 p. 1), étant en tous les cas inscrit au registre du commerce depuis le 8 mars 2013 en tant qu'associé gérant avec signature individuelle de cette dernière société (cf. informations disponibles sur le site internet de l'index central des raisons de commerce www.zefix.ch). L'attitude du recourant ne peut pas davantage être mise sur le compte d'une simple inadvertance, dans la mesure où elle s'inscrit dans un contexte plus général de déclarations fragmentaires et contradictoires (cf. consid. 5b supra) qui, vu leur ampleur, ne sauraient être imputées à un comportement négligent mais doivent bien plutôt être interprétées comme la traduction d'une réelle intention dolosive de la part de l'intéressé. Dans ce sens, il n'est pas anodin de relever que l'assuré a sollicité des indemnités journalières de la P. _____ Assurances à répétées reprises en septembre mais

également en octobre 2014 (cf. procès-verbaux du 25 septembre 2014 et décision du 5 décembre 2014 p. 1 s.) sans jamais évoquer son annonce auprès de la CNA, alors même que cette dernière avait admis sa responsabilité par avis du 1^{er} octobre 2014. Au regard de ces circonstances, on ne peut donc qu'admettre que le recourant a agi dans le dessein d'obtenir des prestations de ces deux assureurs tout en leur cachant leur intervention respective, dans le but, manifestement, d'échapper aux conséquences de cette double annonce sous l'angle du droit aux prestations. A l'examen des pièces du dossier, il n'apparaît en outre pas que la CNA aurait outrepassé son pouvoir d'appréciation en refusant de prester. Notamment, si le recourant invoque à cet égard une violation du principe de proportionnalité (cf. réplique du 16 mars 2015 p. 1), il n'explique ni ne démontre en quoi un tel refus serait disproportionné au regard des circonstances concrètes du cas particulier – étant tout au plus souligné que, contrairement à ce qu'il prétend, les formulaires d'annonce de sinistre contiennent bel et bien une rubrique (sous chiffre 13) permettant de signaler d'autres emplois susceptibles de fonder des couvertures d'assurance supplémentaires. Finalement, il y a lieu souligner que contrairement à la conception défendue par le recourant (cf. notamment procès-verbal d'entretien téléphonique du 11 novembre 2014 et écriture du 29 juin 2015 p. 2), le simple fait que des cotisations aient été versées ne suffit aucunement à fonder une obligation de prester de la part de l'assureur, cela d'autant moins lorsque l'assuré concerné doit être sanctionné pour avoir manqué à ses obligations légales. Sur le vu de ces considérations, l'intimée pouvait donc à juste titre dénier sa responsabilité sur la base de l'art. 46 al. 2 phr. 2 LAA. 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 et invraisemblance » (cf. décision sur opposition du 18 décembre 2014 p. 4). 6. a) En matière d'assurances sociales, la jurisprudence tient pour valable la révocation de décisions sur lesquelles une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée, en cas de découverte de faits ou de moyens de preuve nouveaux (révision procédurale : art. 53 al. 1 LPGA) ou en cas d'inexactitude manifeste (reconsidération : art. 53 al. 2 LPGA). Il n'est cependant pas nécessaire que ces conditions soient remplies lorsque la décision n'est pas formellement entrée en force de chose décidée, c'est-à-dire lorsque le délai de recours n'est pas encore échu au moment où l'administration révoque sa décision (cf. TF 9C_172/2011 du 22 août 2011 consid. 3 avec la jurisprudence citée). S'agissant plus particulièrement de l'assureur-accidents, il a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge des frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation d'une décision entrée en force (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré – selon une appréciation correcte de la situation – n'est jamais survenu (cf. ATF 130 V 380 consid. 2.3.1 ; cf. 8C_92/2010 du 6 octobre 2010 consid. 3.2.1). A contrario, lorsque sont concernées des prestations pour lesquelles l'assureur-accidents a déjà reconnu son obligation de prester par une décision formelle ou informelle (cf. art. 49 et 51 LPGA), ce dernier ne peut pas mettre fin avec effet rétroactif à son obligation de prester si les conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (cf. art. 53 al. 1 et 2 LPGA) ne sont pas remplies. En revanche, l'assurance-accidents conserve la possibilité d'ajuster rétroactivement le droit à des indemnités journalières qu'elle n'a pas encore versées, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel elle n'a pas encore admis son obligation de prester (cf. ATF 133 V 57 ; cf. 8C_376/2007 du 20 juin 2008 consid. 5.2). b) En l'espèce, la CNA a écrit à l'assuré et à l'entreprise A. _____ Sàrl en date du 1^{er} octobre 2014 pour

annoncer la prise en charge du cas d'assurance porté à sa connaissance le 1^{er} septembre précédent. La Caisse est ensuite revenue sur sa position le 28 octobre 2014, eu égard à la mise en lumière de faits nouveaux nécessitant des investigations complémentaires. Puis, aux termes de la décision rendue le 1^{er} décembre 2014, l'intimée a signifié à l'assuré l'annulation de la prise en charge du cas en se fondant sur l'art. 53 al. 1 LPGA. Enfin, à teneur de la décision sur opposition litigieuse, la Caisse a confirmé son refus de prester en invoquant la possibilité pour l'assureur de revenir sur les décisions (formelles ou informelles) avant leur entrée en force sans devoir se fonder sur un motif de révocation au sens de l'art. 53 LPGA (cf. décisions sur opposition du 18 décembre 2014 p. 3). Pour refuser ses prestations, l'intimée s'est donc successivement placée sur le terrain de la révision procédurale d'une décision entrée en force, puis sur celui de la révocation pure et simple d'une décision avant que le délai pour s'y opposer ne soit échu. Or, selon la jurisprudence, l'avis de prise en charge du 1^{er} octobre 2014 ne peut être qualifié que de simple lettre d'information (cf. TF 8C_531/2012 du 4 juin 2013 consid. 4.2), ce qui n'équivaut dès lors pas à une décision. En revanche, il demeure que des indemnités journalières et des frais de traitement ont été payés par l'intimée entre la confirmation de prise en charge du 1^{er} octobre 2014 et l'annulation de celle-ci le 28 octobre suivant, avant d'être réclamés par décision du 1^{er} décembre 2014. Attendu que des prestations pécuniaires ont été versées – sans avoir fait l'objet d'une décision formelle (décision implicite prise dans le cadre d'une procédure simplifiée au sens de l'art. 51 al. 1 LPGA ; cf. ATF 132 V 412 consid. 5) – avant la révocation, se pose la question de savoir si, dans ces conditions, l'intimée ne pouvait revenir sur la prise en charge du cas qu'en vertu d'une révision procédurale ou d'une reconsidération, comme retenu dans le prononcé du 1^{er} décembre 2014, ou si, ayant réagi avant l'entrée en force de l'octroi des prestations valant décision implicite (eu égard au bref laps de temps, de vingt-sept jours, séparant l'avis du 1^{er} octobre 2014 de celui du 28 octobre 2010), la Caisse était au contraire légitimée à révoquer son obligation de prester sans égard aux conditions de l'art. 53 al. 1 ou al. 2 LPGA, tel qu'invoqué dans la décision querellée. Cette question peut toutefois rester indécidée dans le cadre de la présente procédure puisqu'en tout état de cause, le comportement reproché au recourant satisfait aux exigences en matière de révocation au sens de l'art. 53 LPGA, et ce plus particulièrement sous l'angle de la révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA compte tenu des résultats de l'instruction complémentaire diligentée suite à la communication de la P. _____ Assurances du 15 octobre 2014 avertissant l'intimée des procédures ouvertes parallèlement par l'assuré, la CNA étant pour le surplus intervenue largement à l'intérieur des délais légaux pour ce faire (cf. art. 55 al. 1 LPGA en lien avec l'art. 67 al. 1 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021]). 7. a) Mal fondé, le recours doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. N'obtenant pas gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. ATF 127 V 205). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 18 décembre 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Lionel Zeiter (pour W. _____), ■ Me Olivier Derivaz (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 :

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