

VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 426 vom 21. Juni 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-06-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__426

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 426 du 21 juin 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 426 del 21 giugno 2022

Regeste

COUVERTURE D'ASSURANCE, ASSURANCE FACULTATIVE, FIN, ACTIVITÉ LUCRATIVE INDÉPENDANTE, DÉCISION DE RENVOI | 4 al. 1 LAA, 5 al. 1 LAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 21.06.2022 Arrêt / 2022 / 426

COUVERTURE D'ASSURANCE, ASSURANCE FACULTATIVE, FIN, ACTIVITÉ LUCRATIVE INDÉPENDANTE, DÉCISION DE RENVOI | 4 al. 1 LAA, 5 al. 1 LAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 168/21 - 71/2022 ZA21.053224 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 21 juin 2022 _____ Composition : Mme Dessaux , présidente

M. Métral et Mme Durussel, juges Greffière : Mme Chaboudez ***** Cause

pendante entre : N. _____ , à [...] (France), recourant, représenté par Me Marine de Saint Leger, avocate à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à

Lucerne, intimée. _____ Art. 4 al. 1 LAA ; 137 OLAA E n f a i t : A.

N. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, travaillait comme chef d'entreprise dans le domaine de la rénovation. Il donnait également des cours en tant que professeur de sport. Selon la « police pour l'assurance des chefs d'entreprise » établie le 28 février 2018, il était assuré depuis le 7 janvier 2018 pour son activité dans la rénovation contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). La date de fin du contrat était prévue le 31 décembre 2021, avec un renouvellement tacite. Les « Conditions d'assurance des chefs d'entreprise », édition 04.2017, qui faisaient partie intégrante de cette police, prévoyaient notamment ce qui suit : « 1. Bases légales Les prescriptions de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) concernant l'assurance obligatoire sont applicables par analogie à l'assurance facultative des chefs d'entreprise dans la mesure où les présentes conditions et la police ne prévoient pas d'autres dispositions. 2. Eléments du contrat • L'offre et proposition avec le questionnaire d'admission dûment complété • La police d'assurance • Les conditions d'assurance des chefs d'entreprise [...] 4.2 Durée et résiliation La durée de l'assurance figure dans la police d'assurance et est au moins d'un an. Le contrat peut être résilié par la personne assurée ou par la Suva la première fois pour le terme prévu dans la police. Le contrat est automatiquement prolongé d'une année s'il n'est pas résilié. Le préavis est de trois mois. Pour être dans les délais, la résiliation doit parvenir à la Suva ou, le cas échéant, à la personne assurée au plus tard le 30 septembre de l'année en cours. 4.3 Fin L'assurance prend fin • en cas d'annulation par suite de résiliation • lors du passage dans l'assurance obligatoire selon la LAA • à la cessation de l'activité lucrative indépendante ou de la collaboration du membre de la famille; sur demande écrite, l'assurance peut être prolongée de 3 mois au maximum • par suite d'exclusion • en cas de

décès » B. Par déclaration d'accident du 5 novembre 2018, l'assuré a communiqué à la CNA que le 1^{er} novembre 2018, il avait fait une chute après avoir perdu l'équilibre et s'était blessé à la colonne vertébrale cervicale. La CNA a pris en charge les suites de cet accident. Une IRM cervico-dorso-lombaire a été réalisée le 13 novembre 2018, mettant en évidence ce qui suit : « À l'étage cervical , cervicodiscarthrose C5-C6 et C6-C7 avec sténoses foraminales significatives C5-C6 droite et C6-C7 gauche. Absence de rétrécissement canalaire cervical. À l'étage dorsal , mise en évidence d'un tassement du corps vertébral D7 avec une hernie intraspongieuse du plateau inférieur associé à un œdème périphérique compatible avec un tassement récent et intégrité du mur postérieur. Ancien tassement du plateau supérieur du corps vertébral D10 avec intégrité du mur postérieur. L'étage lombaire , ancien tassement du corps vertébral L2, avec intégrité du mur postérieur. Spondylodiscarthrose modérée pluri-étagée avec discopathies protrusives, sans hernie discale ou signe de conflit disco-radulaire. Absence de rétrécissement canalaire lombaire. Absence de sténose foraminale significative. Absence de pathologie intra-canalaire. Intégrité du cordon médullaire. » L'assuré s'est retrouvé en totale incapacité de travail jusqu'en février 2019. Selon ses médecins traitants, sa capacité de travail a ensuite été de 50 % à partir du 15 février 2019, puis de 40 % dès le 1^{er} mars 2019, de 30 % à partir du 5 juillet 2019, de 40 % dès le 6 janvier 2020, de 0 % du 1^{er} avril 2020 au 25 mai 2020, puis à nouveau de 40 % dès le 26 mai 2020. Par décision du 26 novembre 2019, confirmée sur opposition le 26 mars 2020, la CNA a mis fin à ses prestations le jour même, au motif que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident. Le recours interjeté contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a été rejeté par arrêt du 13 juillet 2021 (AA 42/20 – 80/2021). Cet arrêt a été confirmé sur recours par le Tribunal fédéral le 31 mars 2022 (TF 8C_615/2021). C. Entre-temps, par déclaration d'accident du 26 août 2020, l'assuré a annoncé à la CNA avoir fait une nouvelle chute le 7 août 2020. Il a expliqué avoir glissé dans des escaliers extérieurs humides alors qu'il transportait des fournitures et s'être réceptionné sur le dos. A cette date-là, l'assuré était au bénéfice d'un certificat d'incapacité de travail à 60 % en raison du précédent accident, établi par la Dre Q._____, médecin généraliste traitante, pour la période du 3 juillet au 31 août 2020. Dans un rapport du 24 août 2020, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé comme diagnostics des dorsalgies, une fracture fraîche de D5 avec un œdème, un status post fractures de D7, D10 et L2, ainsi que des lombalgies chroniques. Il a indiqué ce qui suit : « J'avais revu M. N._____ le 11.08.2020 pour des nouvelles douleurs dorsales très importantes qui étaient apparues progressivement depuis deux à trois mois. Le patient avait des douleurs dorsales qui irradiaient en ceinture au niveau de ses pectoraux de chaque côté, douleurs augmentant lors des rotations. Je n'avais rien mis en évidence à l'examen clinique et l'IRM réalisée à [...] montre la présence d'une nouvelle fracture de D5 avec un œdème fracturaire. J'ai regardé avec le Dr F._____ et effectivement il s'agit d'une fracture qui, semble-t-il, n'était pas présente sur des radios de 2019. M. N._____ n'a pas fait de chute ni de traumatisme. Il y a eu il y a deux mois, semble-t-il, une densitométrie à Genève qui n'a pas montré d'ostéopénie. » Dans un certificat du 28 août 2020, la Dre Q._____ a indiqué que l'incapacité de travail à 60 % se poursuivait du 1^{er} au 30 septembre 2020, précisant qu'il y avait eu une nouvelle chute le 7 août 2020. Elle a par la suite continué à attester une incapacité de travail à 60 % pour cause d'accident, puis à 40 % dès le 9 novembre 2021. Dans un rapport du 2 septembre 2020, le Dr R._____, spécialiste en radiologie, s'est référé à une IRM réalisée le 17 août 2020, où l'on voyait une fracture impaction, avec

tassement vertébral aigu de la vertèbre D5 et une perte de hauteur de l'ordre de 50 %, ainsi qu'une fracture centrale sur une probable hernie intraspongieuse au niveau de la portion centrale du corps vertébral de D6. On retrouvait les anciennes fractures de D7, D10-D11 et L2. Il y avait également une décompensation congestive zygapophysaire postérieure, prédominant au niveau D4-D5 et D5-D6. Par courrier du 2 septembre 2020, la CNA a informé l'assuré qu'elle allouerait des prestations pour les suites de l'accident du 7 août 2020, dans le cadre de l'assurance facultative des chefs d'entreprise. Le 7 septembre 2020, la CNA a informé l'assuré qu'elle révoquait sa décision de prise en charge du 2 septembre 2020 et procédait à une enquête complémentaire afin d'examiner si elle était tenue d'allouer des prestations. Elle a invité l'assuré à lui transmettre ses fiches de salaire et ses éventuels décomptes d'indemnités journalières d'assurance perte de gain maladie depuis novembre 2019. Par courrier du 15 octobre 2020, l'assuré a communiqué à la CNA que c'était auprès de cette dernière qu'il était assuré pour les accidents et la perte de gain. Son assureur maladie était [...] SA. Par décision du 25 novembre 2020, la CNA a retenu qu'elle ne pouvait pas allouer de prestations au motif que l'assurance à la CNA ne produisait plus d'effets le 7 août 2020. Elle a indiqué que l'assurance cessait de produire ses effets à l'expiration du 31 e jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins et a constaté que l'assuré était toujours en incapacité de travail à 60 % à la suite de l'événement survenu le 1 er novembre 2018, pour lequel elle avait mis fin aux prestations le 26 novembre 2019. Elle en a conclu que lors de la survenance de l'événement du 7 août 2020, il n'était plus assuré puisqu'il touchait uniquement son salaire à 40 % et n'était pas au bénéfice d'indemnités journalières étant donné qu'il n'avait pas conclu d'assurance perte de gain maladie. L'assuré s'est opposé à cette décision le 17 décembre 2020, par l'intermédiaire de son mandataire. Il a fait remarquer qu'il était assuré en tant que travailleur indépendant et n'avait dès lors pas de fiches de salaire, précisant qu'il avait reçu le 7 décembre 2020 la facture pour ses primes de janvier à mars 2021. Il a exposé qu'il n'avait jamais cessé son activité lucrative indépendante et avait toujours maintenu une activité à taux partiel en fonction de son état de santé et des opportunités de travail. Il a par ailleurs précisé que la décision de la CNA de mettre fin à ses prestations le 26 novembre 2019 avait été contestée et qu'une procédure judiciaire était en cours. L'assuré a complété son opposition le 7 janvier 2021. Il a notamment fait valoir que selon la proposition d'assurance qu'il avait signée le 7 janvier 2018, le contrat prenait fin le 31 décembre 2021, puis se prolongeait automatiquement, et que le gain assuré s'élevait à 75'000 francs. Dans la mesure où il n'avait jamais cessé son activité indépendante, il était toujours couvert par l'assurance-accidents facultative des chefs d'entreprise, pour laquelle la CNA continuait à lui facturer des primes. Par acte du 13 octobre 2021, l'assuré a déposé un recours pour déni de justice auprès de la Cour des assurances sociales, au motif que la CNA tardait à statuer sur son opposition et ne lui avait pas donné accès à son dossier concernant la couverture d'assurance facultative pour indépendants. Ce recours a été déclaré sans objet, dans la mesure où il est recevable, par arrêt séparé de ce jour (AA 138/21 – 70/2022). Par décision sur opposition du 17 novembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Se référant aux art. 3 al. 2 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) et 7 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), elle a considéré qu'il ne bénéficiait plus de couverture d'assurance LAA le jour de l'accident, étant donné qu'il ne percevait plus d'indemnités journalières depuis qu'elle avait cessé le versement des indemnités liées au précédent accident le 26 novembre 2019, qu'il ne bénéficiait pas de prestations d'un assureur perte de gain selon les indications données et

qu'il touchait son salaire à 40 %, respectivement n'avait pas droit à un demi-salaire, au vu des certificats d'incapacité de travail. Elle a par ailleurs relevé qu'il avait été explicitement informé, dans la décision du 26 novembre 2019, du fait que l'assurance en vertu de la LAA cessait de produire ses effets à l'expiration du 31 e jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins ou à ce qui en tient lieu, et qu'il lui appartenait de prendre contact avec elle pour clarifier la situation concernant un éventuel problème de couverture pour le futur. Elle a précisé avoir attendu l'issue de la procédure de recours contre la décision du 26 novembre 2019 pour statuer, rappelant que l'assuré s'y référait dans son opposition. Elle a évoqué une éventuelle suspension de la procédure jusqu'à l'issue de celle de recours devant le Tribunal fédéral, mais a finalement rendu sa décision sur opposition compte tenu du recours pour déni de justice déposé par l'assuré le 13 octobre 2021. D. Par acte de son mandataire du 16 décembre 2021, N. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au constat que l'accident du 7 août 2020 est couvert par la CNA. Il s'est prévalu des conditions de l'assurance des chefs d'entreprise de la CNA, singulièrement du ch. 4.3, qui prévoit que l'assurance prend fin à la cessation de l'activité lucrative indépendante, estimant que celui-ci, en tant que clause spéciale, dérogeait à l'art. 3 al. 2 LAA. Il a relevé que la CNA admettait qu'il n'avait jamais cessé entièrement son activité d'indépendant. Il a produit, à titre de moyens de preuve, sa taxation d'impôts pour 2019, ainsi que des factures concernant des prestations fournies entre mars 2020 et avril 2021. Il a par ailleurs reproché à l'intimée d'être de mauvaise foi puisqu'elle niait la couverture d'assurance tout en continuant à facturer les cotisations. Dans sa réponse du 7 février 2022, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que les conditions générales de l'assurance-accidents facultative renvoyaient expressément à la loi sur l'assurance-accidents et que dans sa décision du 26 novembre 2019, elle avait attiré l'attention du recourant sur le fait que l'assurance cessait de produire ses effets à l'expiration du 31 e jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins ou à ce qui en tient lieu, de sorte qu'il ne pouvait se prévaloir de la protection de la bonne foi ou d'un défaut de renseignement. Elle a précisé qu'au vu du nombre de personnes qu'elle assurait, elle ne pouvait pas procéder à des vérifications afin de déterminer, lorsqu'elle envoie des factures pour les cotisations, s'il y avait une couverture d'assurance. Par réplique du 1 er mars 2022, le recourant a maintenu sa position, rappelant qu'il n'était pas salarié mais indépendant. 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). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours (art. 56 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2). b) En l'occurrence, le recourant était domicilié en France à la date du recours, mais avait son précédent domicile dans le canton de Vaud, si bien que la Cour de céans est compétente pour connaître du présent recours (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Déposé en temps utile et

respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant était assuré auprès de la CNA par le biais de l'assurance facultative pour les chefs d'entreprise au moment de l'événement du 7 août 2020. 3. a) Selon l'art. 4 al. 1 LAA, les personnes exerçant une activité lucrative indépendante et domiciliées en Suisse, ainsi que les membres de leur famille qui collaborent à l'entreprise, peuvent s'assurer à titre facultatif, s'ils ne sont pas assurés à titre obligatoire. L'art. 5 LAA prévoit que les dispositions sur l'assurance obligatoire s'appliquent par analogie à l'assurance facultative (al. 1). Il charge en outre le Conseil fédéral d'édicter des prescriptions complémentaires sur l'assurance facultative, et de réglementer notamment l'adhésion, la démission et l'exclusion ainsi que le calcul des primes (al. 2). Il ressort de cette disposition ainsi que des travaux préparatoires que la volonté du législateur n'était pas de mettre systématiquement sur un pied d'égalité les assurés à titre volontaire et ceux assurés de manière obligatoire. Le législateur a ainsi prévu que le Conseil fédéral édicte des prescriptions spéciales pour l'assurance facultative s'il en est besoin (message du Conseil fédéral concernant la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 18 août 1976, FF 1976 III 143, spéc. 188). Selon une interprétation correcte de l'art. 5 LAA, les dispositions de l'assurance obligatoire doivent être appliquées si cela semble judicieux. Cela signifie que des dérogations sont admissibles dans la mesure où elles peuvent être justifiées par le caractère différent des deux branches (TF U 41/05 du 13 juin 2006 consid. 3 et les références citées). Cela étant, l'assurance facultative selon l'art. 5 LAA doit en principe être équivalente à celle de l'assurance obligatoire (TF 8C_701/2021 du 4 mai 2022 consid. 7.1, prévu pour publication). b) Le rapport d'assurance se fonde sur un contrat écrit. Celui-ci fixe notamment le début, la durée minimale et la fin du rapport d'assurance (art. 136 OLAA ; cf. également art. 59 al. 1, première phrase, LAA). Il s'agit d'un contrat d'assurance de droit public qui doit être interprété, dans le cadre des limites fixées par la loi, de la même manière qu'un contrat de droit privé, à savoir selon la réelle et commune intention des parties, respectivement selon le principe de la confiance (TF 8C_200/2017 du 2 mars 2018 consid. 3.2 ; Marco Chevalier in Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Marc Hürzeler/Ueli Kieser [édit.], Berne 2018, ch. 15 ad art. 4). Compte tenu toutefois de la relative densité des dispositions de la LAA et de l'OLAA, la liberté contractuelle des parties se trouve fortement réduite (TF 8C_44/2019 du 19 mai 2020 consid. 3.3). c) Aux termes de l'art. 137 OLAA, le rapport d'assurance prend fin : - à la cessation de l'activité lucrative indépendante ou de la collaboration au titre de membre de la famille, ou dès que l'assuré est soumis au régime de l'assurance obligatoire (al. 1 let. a), - par suite de résiliation ou d'exclusion (al. 1 let. b). Le contrat peut prévoir que l'assurance continuera à produire ses effets pendant trois mois au plus après la cessation de l'activité lucrative (al. 2). L'assuré peut, une fois la durée minimale du contrat écoulée, résilier celui-ci pour la fin d'une année d'assurance, à condition d'observer un délai de préavis qui sera fixé dans le contrat, mais ne dépassera pas trois mois ; l'assureur dispose du même droit. La résiliation doit en pareil cas être motivée et communiquée par écrit (al. 3). L'assureur peut exclure l'assuré qui, malgré sommation écrite, ne paie pas ses primes ou qui a fait de fausses déclarations lors de la conclusion du contrat ou lors d'un accident (al. 4). 4. a) En l'occurrence, le recourant a conclu avec la CNA un contrat d'assurance facultative pour les chefs d'entreprise en date du 7 janvier 2018, valable jusqu'au 31 décembre 2021. Compte tenu de cette date de validité, une résiliation avant l'événement du 7 août 2020 n'était pas possible (art. 137 al. 3 OLAA et ch. 4.2 des conditions d'assurance), et les parties ne prétendent d'ailleurs pas que le contrat

aurait été résilié. Il ressort par ailleurs du dossier produit que le recourant a régulièrement payé les cotisations d'assurance et qu'il n'y a donc pas eu de procédure d'exclusion au sens de l'art. 137 al. 4 OLAA. b) La CNA soutient toutefois que le recourant n'était plus couvert par l'assurance-accidents facultative lors de l'événement du 7 août 2020 du fait qu'il ne travaillait plus qu'à 40 %, ne touchait plus d'indemnités journalières depuis le 26 novembre 2019 et ne percevait donc plus un demi-salaire au moins depuis plus de 31 jours, au sens de l'art. 3 al. 2 LAA. Selon cette disposition, l'assurance cesse de produire ses effets à la fin du 31^e jour qui suit le jour où prend fin le droit au demi-salaire au moins ; pour les personnes au chômage, elle cesse de produire ses effets à la fin du 31^e jour qui suit le jour où elles remplissent pour la dernière fois les conditions visées à l'art. 8 LACI (loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; RS 837.0) ou perçoivent pour la dernière fois des indemnités en vertu de l'art. 29 LACI. L'art. 3 al. 3 LAA prévoit que l'assureur doit offrir à l'assuré la possibilité de prolonger de six mois au plus l'assurance par convention spéciale. 5. La position de la CNA ne saurait être suivie pour les motifs qui suivent. a) Certes, les dispositions de la LAA s'appliquent par analogie à l'assurance facultative selon l'art. 5 al. 1 LAA. Le législateur a cependant introduit une réserve en déléguant au Conseil fédéral la compétence d'édicter des prescriptions complémentaires, notamment en matière de démission et d'exclusion. Sur cette base légale, le Conseil fédéral a édicté l'art. 137 OLAA, qui règle la fin du rapport d'assurance, et dont il ressort déjà que la réduction du taux d'activité, respectivement du revenu, n'est pas prévue au titre de cause de fin d'assurance. b) La loi s'interprète en premier lieu d'après sa lettre (interprétation littérale). Si le texte n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations de celui-ci sont possibles, il convient de rechercher quelle est la véritable portée de la norme, en la dégagant de tous les éléments à considérer, soit de sa relation avec d'autres dispositions légales (interprétation systématique), du but poursuivi, de l'esprit de la règle, des valeurs sur lesquelles elle repose, singulièrement de l'intérêt protégé (interprétation téléologique), ainsi que de la volonté du législateur telle qu'elle ressort notamment des travaux préparatoires (interprétation historique). Le Tribunal fédéral ne privilégie aucune méthode d'interprétation (ATF 147 II 385 consid. 4.3 ; 146 V 87 consid. 7.1). aa) D'un point de vue littéral, il faut constater que l'art. 3 al. 2 LAA fait référence au « salaire ». Le Conseil fédéral a défini ce qu'il fallait entendre par ce terme à l'art. 7 al. 1 OLAA, à savoir en premier lieu (let. a) le salaire déterminant au sens de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10). Aux termes de l'art. 5 al. 1 LAVS, le salaire déterminant correspond au revenu provenant d'une activité dépendante. Celui qui exerce une activité lucrative dépendante est réputé travailleur (art. 1 OLAA ; cf. ATF 144 V 411 consid. 4.2) ou salarié (art. 10 LPGGA). Or, l'activité indépendante s'inscrit précisément en opposition à l'activité dépendante. Ainsi, selon l'art. 12 LPGGA, est considéré comme exerçant une activité lucrative indépendante celui dont le revenu ne provient pas de l'exercice d'une activité en tant que salarié. A noter qu'à l'art. 7 al. 1 let. b OLAA, le Conseil fédéral a également assimilé à un salaire les indemnités journalières qui remplacent un salaire, et non un revenu d'indépendant. Une interprétation littérale de l'art. 3 al. 2 LAA permet donc de constater que cette disposition vise l'exercice d'une activité salariée ou dépendante, et non pas d'une activité indépendante. bb) Une interprétation systématique aboutit au même résultat. L'art. 3 al. 2 LAA se trouve en effet dans le chapitre 1 intitulé « Assurance obligatoire », lequel se distingue du chapitre 2 « Assurance facultative », qui forment à eux deux le titre 1a « Personnes assurées ». La systématique de la loi montre ainsi clairement que la

règlementation de l'art. 3 al. 2 LAA vise, parmi les personnes assurées, celles qui le sont à titre obligatoire et non pas les personnes ayant le statut d'indépendant. cc) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la prolongation de la couverture d'assurance de l'art. 3 al. 2 LAA a pour but d'empêcher qu'une personne ne soit plus couverte pour les accidents non professionnels au terme des rapports de travail si elle ne commence pas immédiatement une activité à ce moment-là. Sitôt une nouvelle couverture d'assurance en vigueur, la nouvelle assurance répond du sinistre même si l'accident survient durant la période d'assurance prolongée, car cette dernière n'est plus nécessaire (TF 8C_338/2019 du 8 mai 2020 consid. 7.1 et les références citées). Une application de l'art. 3 al. 2 LAA aux indépendants n'a pas de sens compte tenu de l'existence de l'art. 137 al. 2 OLAA, qui a le même but. Aux termes de cette disposition, le contrat peut prévoir que l'assurance continuera à produire ses effets pendant trois mois au plus après la cessation de l'activité lucrative indépendante. c) Une application par analogie de l'art. 3 al. 2 LAA à l'assurance facultative est par conséquent exclue. Ainsi, dans le cadre de l'assurance facultative, le fait que la personne assurée réduise son activité lucrative, respectivement ses revenus, de plus de moitié n'a aucune influence sur la couverture d'assurance. 6. a) L'assurance prend en revanche fin en cas de cessation de l'activité indépendante (art. 137 al. 1 let. a OLAA, ch. 4.3 des conditions d'assurance). Il faut entendre par là la cessation de toute activité lucrative (Chevalier, op. cit., ch. 23 ad art. 4). b) Le recourant allègue qu'il n'a jamais mis fin à son activité indépendante, mais qu'il a continué à l'exercer, dans la mesure de sa capacité de travail et des opportunités de travail. Il a produit à cet égard sa décision de taxation pour l'année 2019, dont il ressort qu'il a réalisé un revenu de 17'612 fr. provenant d'une activité indépendante. On ignore toutefois si ce revenu provient de l'activité indépendante dans la rénovation, pour laquelle il est assuré à titre facultatif auprès de la CNA, ou s'il s'agit d'un revenu obtenu grâce à son activité de professeur de sport, qui n'est pas l'objet de l'assurance facultative et ne pourrait d'ailleurs pas être assurée par la CNA, n'étant pas dans son domaine de compétences (cf. art. 66 LAA). Il faut en effet constater que les factures produites par le recourant en vue de démontrer la poursuite d'une activité indépendante ont toutes trait à des prestations de coaching sportif qu'il a effectuées entre septembre 2019 et décembre 2020. Dans son rapport du 2 septembre 2020, le Dr R._____ mentionne que le recourant est professeur de tennis et de ski, et travaille dans le bâtiment en parallèle. Cependant, dans son rapport du 9 novembre 2020, la Dre Q._____, médecin généraliste traitante du recourant, fait uniquement mention du métier de professeur de sport. De même, dans ses questions adressées le 29 septembre 2020 à la Dre J._____, la mandataire du recourant demande s'il existe une incapacité de travail dans « l'activité habituelle de M. N._____ (professeur de sport) ». Les éléments du dossier ne permettent ainsi pas de déterminer si, à la date du 7 août 2020, le recourant exerçait encore une activité indépendante dans la rénovation ou s'il avait alors cessé l'exercice de cette activité, au profit de celle de professeur de sport. c) Dans la mesure où il revient à la CNA d'instruire le dossier (art. 43 al. 1 LPGA), il convient de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle détermine si, en date du 7 août 2020, le recourant exerçait encore une activité indépendante dans le domaine du bâtiment. Dans l'affirmative, il conviendra de reconnaître l'existence d'une couverture d'assurance facultative à cette date et d'examiner si les autres conditions du droit à des prestations d'assurance-accidents sont remplies, en particulier si l'événement du 7 août 2020 remplit les critères constitutifs d'un accident et si la fracture de D5 est en relation de causalité avec cet événement. 7. a) Le recours est par conséquent admis. La décision sur opposition rendue le 17 novembre 2021 par la CNA est

annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction, puis nouvelle décision dans le sens des considérants. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA). Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 17 novembre 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction, puis nouvelle décision dans le sens des considérants. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à N._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Marine de Saint Leger (pour N._____), ■ 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.