

VD_GERICHTE ZA18.003740 vom 23. März 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-03-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA18.003740

FR: VD_GERICHTE ZA18.003740 du 23 mars 2020

IT: VD_GERICHTE ZA18.003740 del 23 marzo 2020

Erwägungen

E. 10

octobre 2015 pour les suites de l'accident du 24 juillet 2014, et que si ce recours est admis, il dispose d'une couverture d'assurance au moment de l'événement du 24 janvier 2016, requérant une obligation de prester de la part de la CNA. Par réponse du 8 mars 2018, la CNA conclut au rejet du recours. Elle conteste que le recourant aurait dû être au bénéfice d'indemnités journalières lors de l'accident du 24 janvier 2016, au motif que, selon elle, le recourant ne présentait plus de troubles en lien avec l'événement du 24 juillet 2014. Par réplique du 12 avril 2018, le recourant maintient les conclusions prises au pied de son mémoire de recours et s'y réfère pour le surplus. Le 4 mai 2018, la CNA informe la Cour de céans qu'elle renonce à déposer formellement une duplique et renvoie à la décision sur opposition du 12 décembre 2017 (n° de sinistre 23.74375.16.7) ainsi qu'au mémoire de réponse du 8 mars 2018. Par ordonnance du 9 décembre 2019, la juge instructrice a invité la CNA à produire tout document informant le recourant de la possibilité de prolonger la couverture d'assurance-accidents conformément à la loi en vigueur au moment des faits. Le 4 février 2020, la CNA a produit auprès de la Cour de céans un exemplaire du contrat-cadre de travail signé le 21 juillet 2014 par le recourant et W._____. On extrait de ce contrat-cadre notamment ce qui suit : « (...) 7.3 Accidents Lors de chaque mission, le collaborateur est assuré auprès de la Suva contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels et de maladies professionnelles ainsi que d'accidents se produisant sur le trajet selon les normes légales en vigueur. Cette couverture s'éteint 30 jours après la fin du droit au demi-salaire (au minimum). Les prestations de la Suva sont versées au collaborateur

- 6 - une fois le délai d'attente de 3 jours passé au lieu du salaire. Une indemnité se montant à 80 % de la perte de gain est versée par W._____ au collaborateur pendant le délai d'attente. Les collaborateurs occupés à temps partiel dont le nombre d'heures de travail hebdomadaires s'élève à moins de 8 heures par semaine, ne sont pas assurés contre les accidents non professionnels. Le collaborateur est tenu de s'assurer par lui-même contre les risques non couverts ou après extinction de la couverture. Il doit informer sa caisse maladie en cas de fin des rapports de travail. Le collaborateur a la possibilité de prolonger sa couverture contre les accidents non professionnels auprès de la Suva jusqu'à 180 jours au-delà de la fin de sa mission. (...) 16. Validité Le présent contrat-cadre entre en vigueur dès son acceptation par le collaborateur. Par sa signature apposée au bas de ce contrat, le collaborateur déclare qu'il a reçu le contrat, qu'il l'a lu entièrement et en a approuvé le contenu. En particulier, l'attention du collaborateur est attirée sur les points suivants : • Délais de congé (chiffre 4.2) • Couverture accident et maladie et mesures importantes en cas de fin de mission (chiffre 7.2 et 7.3) (...) ». Par détermination du 17 février 2020, le recourant maintient les conclusions prises au pied de son mémoire de recours. Il estime en

outre qu'il n'a pas été valablement renseigné s'agissant de la possibilité de prolonger sa couverture d'assurance-accidents, dans la mesure où son employeur ne l'a pas informé de cette possibilité au terme de son contrat de travail. De plus, ayant signé uniquement la dernière page du contrat-cadre de travail, le recourant ignore s'il a réellement eu connaissance du chiffre 7.3 du contrat-cadre. Il n'en a du reste aucun souvenir. E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des

- 7 - assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Dans le cas d'espèce, le litige a pour objet la question de savoir si la CNA était en droit de refuser d'allouer des prestations d'assurance au recourant à la suite de l'événement du 24 janvier 2016, singulièrement si le recourant était au bénéfice d'une couverture d'assurance-accidents auprès d'elle lors de l'accident précité. 3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Si la LAA n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). b) Les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'événement du 24 janvier 2016 (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4375]). c) En vertu de l'art. 3 al. 1 aLAA, dans sa teneur au 1er janvier 2013, l'assurance produit ses effets dès le jour où le travailleur commence ou aurait dû commencer le travail en vertu de l'engagement, mais en tout cas dès le moment où il prend le chemin pour se rendre au travail.

- 8 - L'art. 3 al. 2 aLAA prévoit que l'assurance cesse de produire ses effets à l'expiration du trentième jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins. Sont réputés salaire, au sens de l'art. 3 al. 2 aLAA, le salaire déterminant au sens de la législation fédérale sur l'AVS, les indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance militaire, de l'assurance-invalidité et celles des caisses- maladie et des assurances-maladie et accidents privées, qui sont versées en lieu et place du salaire, les allocations au titre de la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain, de même que les allocations d'une assurance-maternité cantonale (art. 7 al. 1 let. a et b OLAA [Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202]). Aux termes de l'art. 3 al. 3 aLAA, l'assureur doit offrir à l'assuré la possibilité de prolonger l'assurance par convention spéciale pendant 180 jours au plus. Les conventions individuelles ou collectives sur la prolongation de l'assurance contre les accidents non professionnels doivent être conclues avant l'expiration du rapport d'assurance (art. 8 OLAA). d) L'art. 27 LPGA prévoit que les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales

sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Par ailleurs, chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations ; sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2). Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la

- 9 - bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 131 V 472 consid. 5). Ainsi, en cas de violation de l'obligation d'informer s'agissant de la possibilité de prolonger l'assurance-accidents par convention, la protection de la bonne foi peut commander qu'une couverture d'assurance soit admise, même si une convention spéciale pour prolonger l'assurance n'a pas été convenue (ATF 143 V 341 consid. 3.2.2.1 et les références citées). Une telle violation de l'obligation d'informer impose, pour autant que toutes les conditions précitées soient remplies, en particulier celle relative aux dispositions prises par l'assuré en raison de l'omission de certains renseignements, que l'assureur prenne en charge les accidents non professionnels survenus durant la période de prolongation de la couverture d'assurance (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3e édition, Bâle 2016, n° 703 p. 1088). Dans ce contexte, il existe une présomption naturelle, fondée sur l'expérience générale de la vie, que la personne assurée qui aurait été informée de la possibilité de prolonger la couverture d'assurance aurait conclu une telle assurance, du moins lorsqu'elle envisageait d'interrompre son activité professionnelle pour un certain temps (TF 8C_784/2008 du 11 septembre 2009 consid. 5 ; Frésard/Moser-Szeless, loc. cit.). Lorsque les circonstances tendent à démontrer que même s'il avait été renseigné correctement, un assuré n'aurait pas adopté un comportement raisonnable lui permettant de toucher des indemnités, l'assuré en question ne pourra pas se prévaloir de la violation de l'obligation de renseigner (Guy Longchamp, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 39 ad art. 27). Dans le domaine spécifique de l'assurance-accidents, l'art. 72 aOLAA, dans sa teneur en vigueur au 1er janvier 2016, prévoit que les assureurs veillent à ce que les employeurs soient suffisamment informés sur la pratique de l'assurance-accidents ; les employeurs doivent transmettre ces informations à leur personnel. Cette disposition prescrit

- 10 - un double devoir d'information « en cascade », qui s'inscrit, d'une part, dans les rapports entre les assureurs et les employeurs et, d'autre part, dans les relations de ceux-ci avec leurs travailleurs (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3e édition, Bâle 2016, n. 697 p. 1087). Dans ce contexte, tant l'assureur que l'employeur sont des organes d'exécution de l'assurance-accidents obligatoire. S'ils jouissent d'une grande liberté pour mettre en œuvre le devoir d'information, les modalités choisies doivent toutefois garantir que les travailleurs soient informés de façon explicite de leurs droits (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 699 p. 1087 ss). 4. 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 (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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées). 5. En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'événement du 24 janvier 2016 revêt un caractère accidentel. Il n'est pas non plus contesté le fait que le recourant n'était plus sous contrat de travail au moment de l'accident litigieux et qu'il ne bénéficiait d'aucune prestation d'assurance sociale (assurance-chômage, services sociaux ou autres).

- 11 - a) L'intimée estime que le recourant a cessé d'être assuré obligatoirement contre le risque d'accident le 9 novembre 2015, soit à l'expiration du délai de trente jours après la fin du droit au salaire, en l'occurrence du versement de l'indemnité journalière de l'assureur-accidents le 10 octobre 2015. Partant, selon l'intimée, l'assuré ne bénéficie plus d'une couverture d'assurance contre le risque assuré au moment de l'événement litigieux du 24 janvier 2016. Le recourant, quant à lui, argue qu'il doit bénéficier des prestations de la part de l'intimée pour les suites de cet accident, au motif que la prise en charge des séquelles de cet événement est lié au sort du recours pendant auprès de la Cour de céans s'agissant de la fin du versement des prestations au 10 octobre 2015 pour les suites de l'accident du 24 juillet 2014. En effet, selon le recourant, les atteintes à la santé qui subsistent au-delà du 10 octobre 2015 sont en lien de causalité avec l'accident du 24 juillet 2014, de sorte qu'il existe une couverture d'assurance au moment de l'accident litigieux de 2016. Par arrêt du 17 décembre 2019 (CASSO AA 15/18 – 165/2019), la Cour de céans a confirmé la fin du versement des prestations au 10 octobre 2015 par l'intimée, au motif que le recourant ne présente plus de troubles en lien avec l'accident survenu le 24 juillet 2014. On doit donc retenir que le recourant n'est plus couvert par l'intimée depuis le 9 novembre 2015 (trente jours après le dernier versement des indemnités journalières, cf. consid. 3c supra). b) Cela étant, le recourant doit avoir été informé de la possibilité de prolonger l'assurance par convention spéciale pendant 180 jours au plus (cf. consid. 3c et 3d supra). Au vu du dossier de la cause, le recourant a signé le 21 juillet 2014 le contrat-cadre de travail, lequel fait état de la possibilité de prolonger la couverture d'assurance par convention spéciale pendant 180 jours au plus au chiffre 7.3. Il n'apparaît pas que le recourant ait fait usage de cette possibilité et il ne le prétend du reste pas.

- 12 - Le recourant estime qu'il n'a pas été valablement renseigné s'agissant de cette possibilité, dans la mesure où son employeur ne l'a pas informé au terme du contrat de travail et qu'il ne se souvient pas avoir eu connaissance du chiffre 7.3 du contrat-cadre. Le recourant ne saurait être suivi dans son raisonnement. En effet, il a signé la dernière page du contrat-cadre, laquelle indique expressément que par sa signature apposée au bas du contrat, l'employé approuve le contenu du contrat-cadre et que son attention est attirée notamment sur la couverture accident en cas de fin de mission contenue au chiffre 7.3. Le fait que le recourant ne se souvient plus avoir eu connaissance de cette information ne lui est d'aucun secours en l'espèce, ni même le fait qu'il ait reçu cette information bien avant la fin de son contrat de travail. Ainsi, il y a lieu de considérer que le recourant a valablement été renseigné par son employeur de la possibilité de prolonger sa couverture

d'assurance-accidents par convention spéciale pendant 180 jours au plus (cf. consid. 3c supra). c) Par surabondance, on relève que dans la mesure où la prolongation possible de couverture est de 180 jours, que la mission temporaire a pris fin au plus tard au mois d'octobre 2014 et que l'accident litigieux a eu lieu le 24 janvier 2016, la couverture d'assurance prolongée aurait pris fin au milieu de l'année 2015. d) Sur le vu de ce qui précède, l'intimée a, à juste titre, refusé de prendre en charge les suites de l'accident du 24 janvier 2016, motif pris que le recourant n'était plus couvert par l'intimée. 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse du 12 septembre 2017 (n° de sinistre 23.74375.16.7) confirmée.

- 13 - b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA), et que l'intimée n'y a pas droit comme assureur social (ATF 128 V 323). c) Par décision de la juge instructrice du 1er février 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 janvier 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Aba Neeman. Ce dernier a produit sa liste des opérations les 27 août et 13 décembre 2019, qui comprend notamment des débours. Me Aba Neeman a arrêté sa note d'honoraires à un montant de 1'418 fr. 40 hors taxe correspondant à un temps de travail de 7 h 88, auquel il y a lieu d'ajouter la TVA de 7,7 %, soit un montant de 109 fr. 20. A titre de débours, Me Aba Neeman a arrêté un montant de 214 francs. Il convient toutefois sur ce dernier point d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), ce qui donne un montant de 70 fr. 90 à titre de débours. Il y a lieu d'ajouter la TVA de 7,7 %, soit un montant de 5 fr. 45. Au final, le montant de l'indemnité de Me Aba Neeman est arrêté à 1'603 fr. 95, débours et TVA compris. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

- 14 -

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