

VD_GERICHTE ZA23.038569 vom 12. Januar 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-01-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA23.038569

FR: VD_GERICHTE ZA23.038569 du 12 janvier 2026

IT: VD_GERICHTE ZA23.038569 del 12 gennaio 2026

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL ZA23.*** & ZA23.*** 36 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES _____ Arrêt du 12 janvier 2026 Composition : M. NEU, président M. Hichri, juge suppléant, et Mme Glas, assessseure Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre : B. _____, à Q***, recourant, représenté par Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, et entre D. _____ SNC, à S***, recourante, représentée par Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée. Art. 9 et 29 al. 2 Cst. ; 25, 27 et 53 al. 2 LPGA ; 1a, 4 al. 1 et 5 LAA 10J010

- 2 - En fait : A. a) D. _____ SNC (ci-après : la SNC ou la recourante) était inscrite au registre du commerce depuis le 1er mars 2019 et avait pour but l'exploitation d'une station-service, avec magasin. B. _____ (ci-après : l'intéressé ou le recourant) en était l'un des deux associés et disposait d'un droit de signature individuelle. Il en était également le gérant depuis le 1er avril 2019 et exerçait cette activité à 100 %. Dans le cadre de son affiliation auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la Suva ou l'intimée), la SNC avait déclaré dans les formulaires transmis à cette fin et datés du 27 mars 2019 une masse salariale soumise aux primes Suva de 380'000 francs pour l'année 2019. L'intéressé était la personne de contact en cas de questions et l'adresse de paiement pour le remboursement des primes et le versement des indemnités journalières était : « D. _____ SNC (B. _____) ». Par décision du 15 avril 2019 adressée à la SNC, la CNA, Secteur primes et conseil-clientèle, l'a notamment informée du fait que le rapport d'assurance prenait effet au 1er avril 2019 et que sa compétence se limitait à « Toute l'entreprise à l'exception des associés ». Les 16 avril et 3 juin 2019, elle lui a réclamé le paiement des primes provisoires du 1er avril au 30 juin 2019 et du 1er juillet au 31 décembre 2019 dont les montants étaient calculés sur la base d'une masse salariale de 380'000 francs (factures n° a.a _____ et n° b.b. _____). Ayant convenu d'un rendez-vous avec l'intéressé, J. _____, réviseur auprès de la CNA, s'est rendu à la station-service le 5 juin 2019. En l'absence de celui-ci, il lui a téléphoné et a retranscrit le contenu de l'entretien dans la notice du même jour comme suit : « [...] Je me suis rendu dans la station service de Monsieur B. _____, le 5 juin 2019 à 14h00 (nous avons fixé un RDV) 10J010

- 3 - Il n'y était pas mais il y avait son frère qui m'a dit qu'il allait certainement revenir. Il n'est pas revenu... Je l'ai contacté sur son mobile et je lui ai expliqué le problème de son salaire dans la masse salariale des employés. Il me dit qu'il ne le savait pas et me communique son salaire de 78'000,-. Il faut diminuer la masse salariale de la SNC de 78'000,- qui correspond à son salaire. Il souhaite que nous lui remboursions la différence. On peut également compenser pour la prochaine période. Merci » Le 12 juin 2019, la CNA

a envoyé à la SNC une facture rectificative pour les primes provisoires dont le montant était calculé sur la base d'une masse salariale de 302'000 francs (facture n° c.c. _____) avec la mention suivante : « Modification de la masse salariale estimée pour 2019 suite à votre entretien avec Mr. J. _____ ». Par courrier du 10 décembre 2019, la CNA a demandé à la SNC le montant de la masse salariale pour la période correspondante afin de calculer les primes définitives. Dans sa déclaration de salaires datée du 26 février 2020, celle-ci a déclaré un montant de 230'778 fr. 90 qui a servi de base pour l'établissement de la facture finale (facture n° d.d. _____ du 27 février 2020). b) Entre-temps, la CNA, Secteur tarification, a rendu le 17 juillet 2019 à l'attention de la SNC une décision de classement d'entreprise, valable à partir du 1er janvier 2020 pour l'ensemble du personnel, à l'exception des associés, sur la base de la description d'entreprise du 15 avril 2019. Conformément aux déclarations de la SNC, la CNA a tenu compte d'une masse salariale de 400'836 francs pour établir le montant des primes provisoires pour l'année 2020 (facture n° e.e. _____ du 5 décembre 2019 et facture n° f.f. _____ du 2 juin 2020). Le 31 janvier 2021, la SNC a annoncé dans sa déclaration de salaires une masse salariale de 419'875 fr. 65, laquelle incluait le salaire de 10J010

- 4 - l'intéressé à hauteur de 113'811 fr. 75. Les primes définitives ont été calculées par la CNA sur la base de cette masse salariale (facture n° g.g. _____ du 1er février 2021). Durant cette année 2020, la SNC a annoncé un sinistre à la CNA par déclaration du 11 mars 2020. En jouant au football le 10 mars 2020, l'intéressé s'était blessé au genou droit (sinistre n° h.h. _____) provoquant un arrêt de travail depuis le 11 mars 2020 (certificat médical du même jour du Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Après avoir soumis le cas pour appréciation à son médecin d'arrondissement, le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a considéré dans son avis du 21 juillet 2020 que l'événement constituait une rechute d'un accident survenu en 2017 (sinistre n° i.i. _____). La CNA a informé l'intéressé et la SNC par courriers du 23 juillet 2020 de la prise en charge de cette atteinte à ce titre. En parallèle, la CNA a réceptionné durant cette même année à une date indéterminée une « Déclaration d'accord » datée du 17 décembre 2018 et signée par l'intéressé en faveur de N. _____ AG (ci-après : la fiduciaire) dont la teneur était la suivante : « Par la présente, Monsieur B. _____ exploitant du magasin déclare consentir à ce que tous les avis et communications des assurances sociales (AVS, CAF, Suva, etc.) [...] soient envoyés exclusivement à l'adresse suivante : N. _____ AG, [...] T*** / N. _____ AG, [...] K*** [...] N. _____ AG s'engage à recevoir et à transférer le courrier. Les éventuelles questions des services susmentionnés doivent également être adressées à N. _____ AG. De plus, le/la soussigné(e) autorise N. _____ AG à demander tout renseignement jugé opportun aux services susmentionnés. Cette déclaration s'applique sans restriction jusqu'à sa révocation par écrit ». Ainsi, et faisant suite à une demande de cette fiduciaire par courriel du 16 octobre 2020 en vue de boucler les comptes 2019 de la SNC, la CNA lui a envoyé par courriel du 19 octobre 2020 divers documents dont une « copie du contrat actuel de la société » en l'informant qu'il n'existait « 10J010

- 5 - pas de contrat avec la Suva, du fait que selon la loi vous devez vous affilier auprès de la Suva à titre obligatoire ». c) Le 10 août 2020, une décision de classement d'entreprise valable à partir du 1er janvier 2021 pour l'ensemble du personnel, à l'exception des associés, sur la base de la description d'entreprise du 15 avril 2019, a été rendue par la CNA, Secteur tarification, à l'attention de la SNC. Le montant des primes provisoires pour l'année 2021 a

été calculé par la CNA sur la base d'une masse salariale de 419'800 francs, correspondant à celle utilisée pour arrêter le montant des primes définitives pour l'année 2020 (facture n° j.j._____ du 1er février 2021 et facture n° k.k._____ du 2 juin 2021). Cette dernière facture a fait l'objet d'un arrangement de paiement, sur requête de l'intéressé. Dans sa déclaration de salaires du 19 janvier 2022, la SNC a annoncé une masse salariale de 399'110 fr. 35, montant incluant le salaire de l'intéressé à hauteur de 84'500 francs. Par facture n° l.l._____ du 20 janvier 2022, la CNA a déterminé le montant des primes définitives pour l'année 2021 sur la base de la masse salariale déclarée. Au cours de cette année 2021, l'intéressé a été victime d'un nouvel accident en date du 31 août 2021 (sinistre n° m.m._____), entraînant une incapacité totale de travail attestée le même jour par le Dr BB._____, spécialiste en médecine interne générale, et qui a été annoncé le lendemain à la CNA (déclaration d'accident du 1er septembre 2021). Le déroulement de cet événement a été décrit de la manière suivante : « En tirant un rolli de boisson assez, le sols était un peu mouillé. J'ai glisser et suis retomber directement sur le dos. Déjà au moment ou j'ai tirer le chariot de boisson j'ai senti une douleur très forte en bas du dos ». Par courriers du 7 septembre 2021, la CNA a informé l'intéressé et la SNC, par l'intermédiaire de la fiduciaire, de la prise en charge des suites de cet accident. Le 17 décembre 2021, une IRM des articulations sacro-iliaques a été réalisée auprès du Centre BC._____, à R*** Lausanne, qui 10J010

- 6 - n'a mis aucune anomalie notable en évidence. Ayant été sollicité par la CNA pour apprécier le cas, le Dr BD._____, médecin d'arrondissement et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a considéré dans son rapport du 6 janvier 2022 que l'accident avait entraîné une contusion dorsolombaire et vraisemblablement cessé de déployer ses effets quatre mois après sa survenue, soit le 31 décembre 2021, en l'absence d'une atteinte structurelle démontrée sur la base des documents à disposition. Se fondant sur cet avis, la CNA a mis un terme à ses prestations au 16 janvier 2022 par décision du 6 janvier 2022 notifiée à l'intéressé ainsi qu'à la SNC. d) Le 16 août 2021, la CNA, Secteur tarification, a adressé à la fiduciaire une décision de classement d'entreprise valable à partir du 1er janvier 2022 pour l'ensemble du personnel, à l'exception des associés, sur la base de la description d'entreprise du 15 avril 2019. Les primes provisoires pour l'année 2022 ont été calculées sur une masse salariale de 428'000 francs, montant correspondant à celle prise en considération pour la détermination des primes définitives pour l'année 2020, augmentée de 2 % (facture n° n.n._____ du 23 novembre 2021 et facture n° o.o._____ du 2 juin 2022). Ces deux factures ont fait l'objet d'un arrangement de paiement, sur requête de l'intéressé. Le 10 janvier 2023, la SNC a annoncé dans sa déclaration de salaires une masse salariale de 383'855 francs pour l'année 2022, comprenant le salaire de l'intéressé de 84'500 francs. Par facture n° p.p._____ du 11 janvier 2023, la CNA a calculé les primes définitives pour l'année 2022 sur la base de la totalité du montant déclaré. Entre-temps, faisant suite à une requête du 13 octobre 2022 de la SNC, la CNA a transmis le même jour à la fiduciaire une attestation d'assurance dont la teneur était la suivante : « [...] Le personnel de votre entreprise est assuré auprès de la Suva conformément aux dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) depuis le 1er avril 2019 [...] ». 10J010

- 7 - Durant cette année 2022, l'intéressé a été victime de deux accidents qui ont été annoncés à la CNA. Le 9 mars 2022 (sinistre n° q.q._____), alors qu'il se rendait au travail, l'intéressé a été agressé par une personne alcoolisée qui l'a frappé à l'œil droit. Cet

événement n'a entraîné aucune incapacité de travail. Par courriers du 24 mars 2022 adressés à l'intéressé et à la fiduciaire, dont l'un est revenu en retour avec la mention « Le destinataire est introuvable à l'adresse indiquée », la CNA a informé de la non prise en charge de l'événement pour le motif suivant : « [...] Vous êtes propriétaire de l'entreprise D._____ SNC et, aux termes de l'art. 1a al. 1 de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), vous n'êtes donc pas obligé de vous assurer contre les accidents. Nous ne pouvons donc pas vous allouer les prestations d'assurance sollicitées. [...] » ». Le 1er octobre 2022, alors que l'intéressé était en arrêt de travail en raison d'une importante instabilité résiduelle en antéro-post et postéro- latéral de son genou droit (certificat d'arrêt de travail du 23 septembre 2022 du Dr E._____ spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), celui-ci a chuté dans des escaliers (sinistre n° r.r._____). Le déroulement de l'accident a été décrit comme suit (déclaration de sinistre du 11 octobre 2022) : « En descendant les marches d'escaliers, j'ai raté une marche et suis tomber. Au moment ou j'ai rater la marche j'ai senti une sensation bizarre au genou droite comme si il ne tenait pas ou que je ne le contrôlais pas mon genou ». Par courrier du 26 octobre 2022, la CNA a informé l'intéressé et la SNC, par l'intermédiaire de la fiduciaire, prester pour les suites de cet accident. Lors d'un entretien du 10 janvier 2023 avec la CNA, l'intéressé a notamment déclaré avoir déjà été opéré à deux reprises au genou droit. Le 24 janvier suivant, une IRM dudit genou a été réalisée auprès de la Clinique BG._____, du groupe H._____, à R***, qui a mis en évidence une dysfonction de la plastie du LCA avec un tiroir différentiel trop important tant au niveau du compartiment médial qu'au niveau du compartiment 10J010

- 8 - latéral (rapport d'IRM du 25 janvier 2023). Sollicité par la CNA, le Dr E._____, qui avait prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 3 mars 2023 (certificats d'arrêt de travail des 21 octobre et 25 novembre 2022 et 20 janvier et 17 février 2023), a expliqué en substance dans son rapport du 17 mars 2023 que l'état du genou droit justifiait les incapacités de travail attestées ainsi que l'intervention chirurgicale prévue prochainement. Il a également produit divers documents médicaux dont des protocoles opératoires d'arthroscopie des 14 novembre 2017, 28 octobre 2020 et 21 juin 2022 du Dr L._____. La CNA a soumis le cas pour appréciation au Dr BJ._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin au sein de son service médical, en soulevant la problématique suivante : « Merci de bien vouloir prendre connaissance de ce cas pour lequel une opération [et] hospitalisation est prévue le 26 mars 2023. A noter des cas antérieurs, not. le dossier i.i._____ ». Ce médecin a considéré dans sa réponse du 24 mars 2023 que l'accident n'avait pas entraîné, au degré de la vraisemblance prépondérante, de lésions structurelles objectivables mais que celui-ci constituait une rechute de l'accident du 10 mars 2020. Par téléphone du même jour, le cas pouvait selon lui « aussi être pris en charge comme rechute du cas de 2017 » en renvoyant au courrier du 23 juillet 2020 de la CNA quant à la prise en charge de l'accident du 10 mars 2020. Toujours le 24 mars 2023, la CNA a informé l'intéressé et la fiduciaire prendre le cas en charge, au motif que les troubles au genou droit étaient en relation pour le moins probable avec l'accident du 8 octobre 2017. Le 26 mars 2023, l'intéressé a subi une arthroscopie du genou droit auprès de l'Hôpital BK._____ SA, lequel avait préalablement demandé une garantie de prise en charge à la CNA, et a produit le 30 mars suivant un certificat d'arrêt de travail du 3 mars 2023 du Dr E._____ prolongeant l'incapacité de travail jusqu'au 31 mars 2023. 10J010

- 9 - e) Le 16 août 2022, la CNA, Secteur tarification, a adressé à la fiduciaire, une décision de classement d'entreprise valable à partir du 1er janvier 2023 pour l'ensemble du personnel, à l'exception des associés, sur la base de la description d'entreprise du 15 avril 2019. Les 3 décembre 2022 et 2 juin 2023, la CNA a requis de la SNC le paiement des primes provisoires pour l'année 2023 dont les montants étaient calculés sur la base d'une masse salariale de 436'000 francs (facture n° s.s. _____ et facture n° t.t. _____) et qui ont fait l'objet d'un paiement échelonné, sur requête de l'intéressé. Lors d'un échange de courriels du 11 mai 2023, portant sur le montant des indemnités journalières versées à l'intéressé en lien avec l'accident du 1er octobre 2022, entre I. _____, gestionnaire Team prestations courte durée de la CNA, et BL. _____, gestionnaire entreprises de la CNA, ce dernier a répondu ce qui suit : « [...] Après vérification, cet associé n'est pas au bénéfice d'une assurance facultative des chefs d'entreprise. Par conséquent, son dossier aurait dû être refusé pour défaut de couverture. Il s'agit de l'un des associés de la SNC. Il n'est donc pas inclus dans l'assurance obligatoire du personnel. A la suite de votre e-mail, j'ai transmis les renseignements à mon collègue, J. _____ (réviseur) de l'entreprise afin qu'il puisse prendre contact avec le client prochainement et faire le point concernant son salaire et sa couverture d'assurance. [...] » Faisant suite à cet échange, la CNA est revenue sur son obligation de verser des prestations consécutives à l'accident du 31 août 2021 et à celui du 1er octobre 2022 par deux décisions datées du 17 mai 2023 et notifiées à l'intéressé et à la fiduciaire. En se prévalant de l'art. 53 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), elle a reconnu qu'après réexamen du cas, son appréciation de la situation était incorrecte. L'intéressé était propriétaire de la SNC et aux termes de l'art. 1a LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), il n'était pas obligé de s'assurer contre les accidents. Elle a ajouté qu'elle reviendrait vers lui quant 10J010

- 10 - à la restitution des prestations allouées. L'intéressé s'est opposé contre ces deux décisions le 25 mai 2023 en faisant essentiellement valoir avoir annoncé son salaire dans la masse salariale de la SNC. Par décision sur opposition du 6 juillet 2023 notifiée à l'intéressé, la CNA a confirmé ses deux décisions et a retiré l'effet suspensif quant à un éventuel recours. Elle a en substance expliqué qu'il n'était pas assuré obligatoirement contre les accidents en sa qualité d'associé de la SNC, qu'il ne lui avait jamais retourné l'« offre et proposition pour l'assurance des chefs d'entreprise » qu'elle lui avait été envoyée le 5 juin 2019 et que l'inclusion de son salaire dans la masse salariale de la SNC ne suffisait pas à créer un rapport juridique avec elle. Le versement des prestations ensuite des événements du 31 août 2021 et du 10 octobre 2022 (recte : 1er octobre 2022) en dehors de toute relation d'assurance constituait une erreur manifeste. Au vu des indemnités journalières de 23'472 francs et des prestations médicales de 195 fr. 95 perçues pour les suites de l'accident du 31 août 2021 ainsi que des prestations médicales à hauteur de 2'151 fr. 85 en lien avec l'accident du 10 octobre 2022 (recte : 1er octobre 2022) – les indemnités journalières y relatives ayant été versées sous un autre numéro de sinistre (i.i. _____) –, la rectification des décisions apparaissait revêtir une importance notable, de sorte que les conditions de l'art. 53 al. 2 LPGA étaient remplies. Quant aux prestations médicales en lien avec l'atteinte du genou droit (r.r. _____), il lui appartenait encore d'examiner si elles pouvaient être prises en charge à titre de rechute de l'accident du 8 octobre 2017 (i.i. _____), cette question ne faisant néanmoins pas partie de l'objet du litige. Le 10 août 2023, la CNA a réclamé à la SNC le remboursement des indemnités journalières versées à hauteur de 26'472 fr. 40 pour l'accident du 31 août 2021 et de 18'451 fr. 80 pour l'accident du 1er octobre

2022. Le 24 août suivant, la SNC, représentée depuis lors par Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne, a requis l'annulation de la décision sur opposition, à défaut de se l'être vue notifiée alors qu'elle était directement concernée, et de la lui notifier valablement. Elle a également demandé la suspension de la procédure de recouvrement et la transmission du dossier, 10J010

- 11 - lequel lui a été envoyé par courrier du 30 août 2023. Dans ce même courrier, la CNA lui a expliqué qu'une notification de cette décision sur opposition n'avait pas lieu d'être, à défaut de toute opposition à l'encontre de la décision du 6 janvier 2022 (recte : 17 mai 2023). Quoiqu'il en fût, elle avait pu en prendre connaissance par l'intermédiaire de l'intéressé. B. Le 7 septembre 2023, B. _____, représenté par l'avocat prénommé, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois (cause 82/23). Il a conclu préalablement à la restitution de l'effet suspensif, principalement, à la réforme de la décision entreprise en ce sens que la CNA était tenue de couvrir les accidents des 31 août 2021 et 10 octobre 2022 (recte : 1er octobre 2022), et, subsidiairement, au renvoi de la cause pour nouvel examen, le tout sous suite de frais et dépens. Il s'est plaint d'une violation de son droit d'être entendu car, d'une part, le retrait de l'effet suspensif n'avait pas été motivé et, d'autre part, la CNA s'était fondée sur des pièces qui ne se trouvaient que dans le dossier de la SNC pour lui nier sa qualité d'assuré. Il lui a ensuite reproché en substance de l'avoir considéré comme un indépendant, alors qu'il percevait un salaire, que ce dernier était inclus dans la masse salariale de la SNC et qu'il n'avait jamais reçu de proposition d'assurance facultative des chefs d'entreprise. Il s'est également prévalu de la violation de l'art. 53 LPGA d'une part et, d'autre part, du principe de la proportionnalité puisqu'il répondait personnellement des dettes de la SNC dont la faillite était inévitable en cas de restitution des montants. Il a enfin exposé être de bonne foi et que la CNA était tombée dans l'arbitraire en couvrant plusieurs accidents sans émettre de réserve tout en sachant qu'il n'était pas assuré. A l'appui de son recours, il a notamment produit son contrat de travail, ses fiches de salaires et le compte de résultat des mois de mars à juin 2023 de la SNC. Le même jour, la SNC a aussi recouru contre la décision sur opposition par l'entremise de son avocat en formant des conclusions identiques à celles du recourant (cause 83/23). Tout en se prévalant d'un intérêt digne de protection à l'admission du recours et d'une notification 10J010

- 12 - irrégulière de cette décision, elle a soulevé les mêmes griefs et a produit les mêmes pièces que le recourant. Dans sa réponse du 19 octobre 2023, l'intimée a conclu au rejet des deux recours. Sur le plan formel, elle a justifié le retrait de l'effet suspensif, en l'absence de créance calculée et produite permettant de sauvegarder le délai de péremption, et l'absence de notification à la SNC, à défaut pour cette dernière d'avoir formé opposition à l'encontre des décisions du 17 mai 2023. Sur le fond, elle a fait valoir en substance que le litige se limitait au caractère indu des prestations. Le recourant devait être reconnu comme un chef d'entreprise au vu de son statut au sein de la SNC. Il ne pouvait pas non plus ignorer ne pas être assuré lors de la survenance des deux accidents en cause, compte tenu de la teneur de l'entretien téléphonique du 5 juin 2019 avec J. _____ et de l'envoi du même jour par ce dernier de la proposition d'assurance facultative des chefs d'entreprise, document qui n'avait jamais été retourné malgré une relance du 19 juin suivant. En outre, elle ne lui avait jamais donné de renseignement de nature à la lier, de sorte qu'il ne pouvait se prévaloir de sa bonne foi. Les conditions de l'art. 53 LPGA relatives à la reconsidération étaient donc remplies. A l'appui de sa réponse, l'intimée a produit un courriel du 5 juin 2019 et un autre du 19 juin

2019, tous deux émanant de J. _____ et adressés au recourant. Dans le premier courriel, une offre et proposition pour l'assurance des chefs d'entreprise et les conditions de l'assurance des chefs d'entreprise (assurance facultative selon la LAA) étaient annexées. La teneur du deuxième courriel était la suivante : « Bonjour Monsieur B. _____, Je vous ai laissé plusieurs messages sur votre répondeur, mais vous n'y avez pas donné suite. J'ai besoin que vous me confirmiez que vous vous êtes assuré pour le risque accident, car vous ne l'êtes plus par le biais de la SUVA. Pour mémoire, nous vous avons enlevé de la masse des salaires des employés, puisque vous êtes un des patrons de la société en nom collectif D. _____ SNC. Vous pouvez néanmoins bénéficier de la même couverture par le biais de l'assurance des chefs d'entreprise de la SUVA ». Le recourant a répliqué le 14 novembre 2023 en déclarant avoir reçu deux décisions le 18 octobre 2023 de l'intimée portant sur la restitution 10J010

- 13 - des prestations et dont les procédures de recouvrement étaient suspendues. Il a expliqué que l'effet suspensif au recours devait être restitué pour empêcher d'autres incohérences de la part de l'intimée, cette dernière ayant renoncé à réclamer le remboursement à la SNC. Il a pour le surplus soulevé les mêmes arguments que précédemment. Dans sa duplique du 27 novembre 2023, la CNA a maintenu sa position. Pour faire suite au courrier du 4 décembre 2023 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, les parties ont confirmé leur accord quant à une jonction des causes, les recourants ayant précisé qu'il y avait lieu de les traiter comme des personnes juridiquement distinctes (courriers des 13 et 19 décembre 2023). E n d r o i t : 1. a) La LPGA 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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'espèce, les recours ont été interjetés 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 respectent pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'ils sont recevables. c) Il convient de préciser que la SNC dispose de la qualité pour recourir (art. 59 LPGA), même si elle n'a pas elle-même interjeté opposition contre les décisions rendues le 17 mai 2023 par l'intimée (ATF 127 V 107 et 10J010

- 14 - 148 V 2). Dans ces circonstances, le grief portant sur l'absence de notification de la décision litigieuse devient sans objet. 2. Est litigieuse la question de savoir si, au moment de la survenance des événements des 31 août 2021 et 1er octobre 2022, le recourant était assuré contre les accidents au sens de la LAA. 3. Dans un grief de nature formelle, les recourants invoquent une violation du droit d'être entendu, en ce sens que l'intimée a retiré, sans le motiver, l'effet suspensif aux recours et s'était fondée sur des pièces ressortant uniquement du dossier de la SNC pour nier au recourant sa qualité d'employé. a) Spécifiquement prévu aux art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et 42 LPGA, le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 144 II 427 consid. 3.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références). Selon la jurisprudence, la garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de

consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 131 V 35 consid. 4.2; 126 I 7 consid. 2b; 122 I 109 consid. 2b). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans sa décision, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 143 IV 380 consid. 1.1 ; 132 V 387 consid. 3.1). Les parties doivent ainsi être informées lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'elles ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 132 V 387 consid. 6.2 et les références). 10J010

- 15 - Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Cette violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 147 IV 340 consid. 4.11.3; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références). b) En l'occurrence, le recourant a pu accéder au dossier de la SNC en sa qualité d'associé et a eu le loisir de se déterminer sur toutes les pièces, y compris celles produites par l'intimée durant la procédure de recours, pour faire valoir ses griefs devant la Cour de céans disposant d'un plein pouvoir d'examen. Il ne se plaint du reste aucunement d'avoir été empêché de se déterminer sur un quelconque élément. Son droit d'être entendu a par conséquent été respecté. Dans l'hypothèse, non réalisée, où une violation de ce droit devait être admise in casu, il conviendrait de constater qu'un éventuel manquement serait réparé. Quant à la demande de restitution de l'effet suspensif aux recours, le but avoué des recourants était d'éviter toute procédure de poursuite à l'encontre de la SNC qui n'aurait pas pu s'y opposer, faute pour elle de s'être vu notifier la décision sur opposition. En plus du fait que la SNC dispose de la qualité pour recourir contre dite décision (cf. consid. 1c supra), l'intimée a suspendu les procédures de recouvrement comme les 10J010

- 16 - recourants l'affirment dans leur réplique du 14 novembre 2023. La requête étant ainsi devenue sans objet, il n'y a pas lieu d'y donner suite. 4. a) Selon l'art. 1a LAA, les travailleurs occupés en Suisse sont assurés à titre obligatoire contre le risque d'accident. Est réputé travailleur au sens de cette disposition quiconque exerce une activité lucrative dépendante au sens de la législation sur l'AVS (art. 1 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Dans le doute, la qualité de travailleur doit être déterminée de cas en cas (TF 8C_804/2019 du 27 juillet 2020 consid. 3.1 ; 8C_176/2016 du 17 mai 2016). Le point de savoir si l'on a affaire, dans un cas donné, à une activité indépendante ou salariée ne doit pas être tranché d'après la nature juridique du rapport contractuel entre les partenaires. Ce qui est déterminant, bien plutôt, ce sont les circonstances économiques (ATF 140 V 241 consid. 4.2). Les rapports de droit civil peuvent certes fournir éventuellement quelques indices pour la qualification en matière d'AVS, mais

ne sont pas déterminants. D'une manière générale, est réputé salarié celui qui dépend d'un employeur quant à l'organisation du travail et du point de vue de l'économie de l'entreprise, et ne supporte pas le risque encouru par l'entrepreneur. Il faut décider dans chaque cas particulier, si l'on est en présence d'une activité dépendante ou d'une activité indépendante en considérant toutes les circonstances de ce cas (TF 8C_202/2019 du 9 mars 2020 consid. 3.2). Ces principes ne conduisent cependant pas à eux seuls à des solutions uniformes, applicables schématiquement. Les manifestations de la vie économique revêtent en effet des formes si diverses qu'il faut décider dans chaque cas particulier si l'on est en présence d'une activité dépendante ou d'une activité indépendante en considérant toutes les circonstances de ce cas. Souvent, on trouvera des caractéristiques appartenant à ces deux genres d'activité ; pour trancher la question, on se demandera quels éléments sont prédominants dans le cas considéré (TF 8C_202/2019 précité consid. 3.2 et les références citées, notamment ATF 123 V 161 consid. 1 ; 122 V 169 consid. 3a). 10J010

- 17 - b) 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 dernière 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 (TFA 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 (ATF 148 V 286 consid. 7.1). c) 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 10J010

- 18 - 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). 5. a) Ancré à l'art. 9 Cst. et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi exige que l'administration et les administrés se comportent réciproquement de manière loyale. En particulier, l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et elle ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. A certaines

conditions, le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci. De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou espérance légitime (ATF 143 V 341 consid. 5.2.1 ; 131 II 627 consid. 6.1 ; 129 II 361 consid. 7.1). b) Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 141 V 530 consid. 6.2 ; 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Plus largement, le principe de la bonne foi s'applique lorsque l'administration crée une apparence de droit, sur laquelle l'administré se fonde pour adopter un comportement qu'il considère dès lors comme conforme au droit (TF 6B_659/2013 du 4 novembre 2013 consid. 3.1 et la référence citée). 10J010

- 19 - c) En vertu de l'art. 27 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). 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 in limine). Ce devoir de conseil de l'assureur social comprend l'obligation de rendre la personne intéressée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 139 V 524 consid. 2.2 ; 131 V 472 consid. 4.3). Le devoir de conseils s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (TF 9C_1009/2010 du 29 juillet 2011 consid. 3.2 ; TF K 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 3.3, in : SVR 2007 KV n° 14 p. 53 et la référence citée). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (TF 9C_865/2010 du 8 juin 2011 consid. 5.1 et les références citées). 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 (en l'espèce l'assureur) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (ATF 131 V 472 consid. 5). 6. a/aa) Aux termes de l'art. 25 al. 1, première phrase, LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. L'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision dans laquelle l'assureur indique la possibilité d'une remise (art. 3 al. 1 et 2 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]). Les prestations allouées sur la base d'une décision formellement 10J010

- 20 - passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel ne peuvent toutefois être répétées que lorsque les conditions d'une

reconsidération (art. 53 al. 2 LPGGA) ou d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGGA) sont remplies (ATF 142 V 259 consid. 3.2). Ce principe s'applique également lorsque les prestations à restituer n'ont pas été allouées par une décision formelle mais par une décision traitée selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGGA. Après un laps de temps correspondant au délai d'opposition contre une décision formelle, l'administration ne peut demander la restitution des prestations allouées par une décision selon l'art. 51 LPGGA et non contestée qu'aux conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (ATF 129 V 110). bb) Selon l'art. 53 al. 2 LPGGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. La reconsidération est donc soumise à deux conditions ; l'importance notable de la rectification et l'existence d'une erreur manifeste. L'erreur manifeste signifie qu'il n'existe aucun doute raisonnable sur l'irrégularité initiale de la décision, cette conclusion étant la seule envisageable (ATF 148 V 195 consid. 5.3 ; 138 V 324 consid. 3.3). Le vice peut résulter de l'application des mauvaises bases légales, de la non- application ou de la mauvaise application des normes déterminantes (ATF 147 V 167 consid. 4.2; 144 I 103 consid. 2.2 ; 140 V 77 consid. 3.1), ainsi que de l'application erronée de la jurisprudence (Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2e éd., Bâle 2025, n° 72 ad art. 53 LPGGA) ; il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 147 V 167 consid. 4.2 ; 140 V 77 consid. 3.1). La condition de l'importance notable de la rectification est en principe d'emblée réalisée lorsqu'on est en présence d'une prestation 10J010

- 21 - périodique (ATF 119 V 475 consid. 1c ; TF 8C_338/2019 du 8 mai 2020 consid. 5).
b) La procédure de restitution d'une prestation versée à tort implique en principe trois étapes distinctes (Sylvie Pétremand, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2e éd., Bâle 2025, n° 30 ad art. 25 LPGGA). La première décision porte sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération ou d'une révision de la décision par laquelle ces prestations ont été initialement allouées sont réalisées au sens de l'art. 53 LPGGA, respectivement de l'art. 17 LPGGA (ATF 130 V 318 consid. 5.2 ; Pétremand, op. cit., nos 16 et 29 ad art. 25 LPGGA). La deuxième décision concerne la restitution en tant que telle des prestations indûment versées, au sens de l'art. 25 al. 1, première phrase, LPGGA ; elle comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations et indique une somme déterminée. Le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1, deuxième phrase, LPGGA est rendue si une telle demande écrite et motivée a été présentée (cf. art. 4 OPGA). L'autorité administrative est toutefois autorisée à regrouper les deux premières étapes dans une seule décision et statuer sur la question des prestations indues, la reconsidération ou révision d'une décision et ordonner simultanément la restitution de l'indu (TF 9C_564/2009 du 22 janvier 2010 consid. 5.3 confirmé par : TF 9C_23/2015 du 17 juin 2015 consid. 2). c) En vertu de l'art. 25 al. 2, première phrase, LPGGA, le droit de demander la restitution s'éteint trois ans après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Il s'agit de délais (relatif et absolu) de péremption, qui doivent être examinés d'office (ATF 150 V 305 consid. 3.2 ; 148 V 217 consid. 2.1 ; 146 V 217 consid. 2.1 ; 142 V 20 consid. 3.2.2 ; 140 V 521 consid. 2.1 ; Message du Conseil fédéral du 2 mars 2018 concernant la modification de la loi fédérale sur

la partie générale du droit des assurances sociales, FF 2018 1597). 10J010

- 22 - 7. 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1). En matière d'assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (art. 43 et 61 let. c LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2 ; TF 8C_897/2011 du 22 novembre 2012 consid. 5.3). 8. En l'espèce, le recourant (ainsi que la SNC) soutient avoir été employé par la SNC et par conséquent obligatoirement assuré auprès de l'intimée lors de la survenance des deux accidents en question. Il était au bénéfice d'un contrat de travail et percevait un salaire, lequel était inclus dans la masse salariale déclarée à l'intimée pour le calcul des primes d'assurance. Certes existe-t-il un contrat de travail entre le recourant et la SNC, daté et signé du 1er avril 2019, prévoyant un taux d'occupation de 100 10J010

- 23 - % avec un salaire mensuel brut de 6'900 francs pour un temps de travail hebdomadaire de 41 heures. Il n'en demeure pas moins que les salaires versés ont varié d'année en année, passant de 78'000 francs en 2019 à 113'811 fr. 75 en 2020 et à 84'500 francs pour les années 2021 et 2022 alors que le contrat ne prévoyait rien en la matière. Ces montants, lorsqu'ils sont rapportés mensuellement, sont du reste bien plus élevés que celui convenu. Quant aux fiches de salaires produites, elles concernent une période ultérieure (mars à août 2023) à celle où les deux accidents sont survenus, de sorte qu'elles ne sont pas de nature à prouver un statut d'employé de manière rétroactive. Quoi qu'il en soit, le salaire mensuel brut de 7'200 francs en ressortant est également plus élevé que celui prévu contractuellement. Par ailleurs, le recourant était la seule personne de contact en cas de question lors des démarches d'affiliation de la SNC auprès de l'intimée (formulaires du 27 mars 2019) et intervenait systématiquement seul lors des échanges avec la CNA, permettant de douter d'une quelconque participation de son associé quant au fonctionnement et à la prise de décisions de la SNC. Enfin, le recourant admet dans son recours répondre personnellement des dettes de cette dernière. A cet égard, il ressort du bilan au 31 mars 2023 produit dans le cadre du recours que le capital social investi par le recourant était de 45'000 francs alors que celui de son associé n'était que de 5'000 francs. Il n'existe manifestement aucun rapport de subordination avec un quelconque employeur et le recourant supporte principalement le risque encouru par l'entrepreneur (cf. jurisprudence consid. 4a supra). Tous ces éléments sont des indices parlant en faveur d'un statut d'indépendant. Le seul fait que son salaire soit inclus dans la masse salariale de la SNC

depuis 2020 ne permet pas de renverser cette présomption. Au vu de ce qui précède, le recourant ne peut se voir reconnaître le statut d'employé de la SNC. Il convient encore d'examiner la question de savoir s'il était assuré comme indépendant à titre facultatif auprès de l'intimée. 9. a) Les recourants contestent avoir reçu une proposition pour l'assurance des chefs d'entreprise et affirment n'avoir jamais été rendus 10J010

- 24 - attentifs à la possibilité, pour le recourant, de s'assurer à titre facultatif. La teneur de l'entretien téléphonique du 5 juin 2019 avec J. _____ est également remise en question. Le recourant explique à cet égard avoir été étonné du fait que son salaire ait été retiré de la masse salariale de la SNC pour l'année 2019 et l'avoir par conséquent rajouté pour les années suivantes, démontrant ainsi son souhait d'être assuré contre le risque accidents. Il est constant qu'aucune convention écrite n'a été passée entre le recourant et l'intimée (art. 4 al. 1 LAA en lien avec l'art. 136 OLAA). Il y a donc lieu d'examiner si un rapport d'assurance aurait pu naître sur le principe de la bonne foi comme les recourants le soutiennent. b) Lors de l'affiliation de la SNC auprès d'elle, l'intimée a rendu une décision y relative le 15 avril 2019 d'où il ressortait expressément que les associés étaient exclus de la couverture d'assurance. Toutes les décisions successives de classement d'entreprise, envoyées à la SNC puis à la fiduciaire, prévoyaient une telle exception, renvoyant également à la description d'entreprise contenue dans la décision du 15 avril 2019. Aucune décision n'a fait l'objet d'une opposition et les recourants ne nient pas en avoir eu connaissance. Faisant également suite à l'entretien téléphonique du 5 juin 2019 dont le recourant ne nie pas non plus l'existence, l'intimée a envoyé à la SNC le 12 juin suivant une facture rectificative pour les primes provisoires d'assurance pour l'année en cours, la justifiant à teneur dudit entretien. Dans ces circonstances, les recourants ne pouvaient pas ignorer les limites de la couverture d'assurance aux seuls employés. Il est bien entendu malheureux que la CNA ne se soit pas rendue compte du fait que la masse salariale déclarée pour le calcul des primes définitives des années 2020 et suivantes incluait le salaire du recourant. Cela étant, les recourants n'ont jamais contacté l'intimée pour discuter des raisons du retrait du salaire du recourant de la masse salariale déclarée pour l'année 2019, se limitant à l'inclure à nouveau pour les périodes ultérieures. Or il ne leur appartient pas d'imposer leur pratique, en faisant 10J010

- 25 - fi des dispositions légales en la matière, pour conclure un contrat d'assurance avec l'intimée. Par ailleurs, l'on ne saurait reprocher à cette dernière une quelconque violation de son devoir d'information. En effet, celle-ci, par le truchement de J. _____, a envoyé deux courriels au recourant. Le premier daté du 5 juin 2019 contenait une offre et la proposition d'assurance facultative. Le deuxième daté du 19 juin 2019 avait été envoyé en l'absence de réaction du recourant et précisait que ce dernier ne pouvait être assuré sans avoir contracté l'assurance des chefs d'entreprise. Il ressort de plus de ce dernier courriel que J. _____ avait tenté de joindre le recourant à plusieurs reprises par téléphone, sans succès.

L'argument des recourants selon lesquels aucun des courriels ne leur seraient parvenus n'invalide en rien les démarches entreprises par la CNA. Le contenu obscur, selon eux, du courriel du 19 octobre 2020 ne leur est ainsi d'aucune utilité. Au vu de ce qui précède, l'intimée n'a ni manqué à son devoir d'information ni adopté un comportement sur lequel les recourants se seraient fiés pour entreprendre des démarches particulières – au demeurant ils n'expliquent pas lesquelles – leur occasionnant un quelconque préjudice. Ces derniers ne sauraient donc déduire un droit quant à une prétendue violation du principe de la bonne foi de la part de la CNA. Pour les mêmes raisons, l'intimée n'est pas tombée dans l'arbitraire,

contrairement à l'opinion des recourants. 10. Il y a lieu maintenant d'examiner la problématique du caractère indu des prestations au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA dont les recourants invoquent la violation. Compte tenu du fait que les décisions de restitution ont été envoyées au recourant le 18 octobre 2023, il n'y a pas lieu d'examiner les montants soumis à restitution, comme l'intimée le soulève à juste titre, ce d'autant moins que le dossier ne permet pas de les déterminer avec précision. a) Le recourant devant se voir reconnaître le statut d'indépendant et en l'absence d'un rapport contractuel avec l'intimée depuis le 1er avril 2019, les prestations versées pour les suites de l'accident 10J010

- 26 - du 31 août 2021 étaient manifestement indues, à défaut de tout fondement juridique (cf. également consid. 6a/bb supra). b) En ce qui concerne l'accident du 1er octobre 2022, le Dr BJ. _____ avait considéré dans son avis du 24 mars 2023 que l'événement pouvait constituer une rechute de l'accident du 8 octobre 2017 ou une rechute de l'accident du 10 mars 2020, lui-même considéré comme une rechute de celui du 8 octobre 2017. Ces deux derniers accidents avaient été pris en charge par l'intimée, dès lors que le recourant était alors assuré auprès d'elle par le biais d'un autre employeur (cf. courrier du 23 juillet 2020 de la CNA et décision sur opposition du 6 juillet 2023). Le médecin prénommé s'est pour cela fondé sur une IRM du genou droit datant du 24 janvier 2023 qui mettait en évidence une dysfonction de la plastie du LCA avec un tiroir différentiel trop important tant au niveau du compartiment médial qu'au niveau du compartiment latéral. Il avait également à disposition les protocoles opératoires d'arthroscopie des 14 novembre 2017, 28 octobre 2020 et 21 juin 2022 du Dr L. _____ produits par le Dr E. _____ ainsi que sur le rapport étayé du 17 mars 2023 de ce dernier médecin. Selon la jurisprudence, savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1). Or, par courrier du 24 mars 2023, la CNA avait admis que les troubles au genou droit consécutifs à la chute dans les escaliers le 1er octobre 2022 étaient en relation pour le moins probable avec l'accident du 8 octobre 2017. Cette position ne peut être considérée comme ayant été prise sur la base d'une instruction lacunaire au vu de la documentation à disposition. 10J010

- 27 - Par surabondance, l'intimée n'explique pas en quoi résiderait le caractère manifestement erroné de la décision informelle de prise en charge de l'accident du 1er octobre 2022 (courrier du 24 mars 2023). Elle se limite à déclarer que des indemnités journalières ont été versées sous un autre numéro de sinistre (en rapport avec l'accident du 8 octobre 2017). Il en découle que la décision de prise en charge de l'accident du 1er octobre 2022 ne peut être qualifiée de manifestement erronée. Elle n'était dès lors pas sujette à reconsidération. 11. a) En définitive, les recours doivent être partiellement admis et la décision sur opposition attaquée annulée en ce qui concerne le caractère indu des prestations versées pour les suites de l'accident du 1er octobre 2022. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA). c) Vu le sort de leurs conclusions, les recourants ont chacun droit à une indemnité de dépens légèrement réduite à titre de participation aux honoraires de leur conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'000 francs chacun, 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 l'intimée. 10J010

- 28 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Les causes AA 82/23 et AA 83/23 sont jointes. II. Les recours sont partiellement admis. III. Les décisions sur opposition identiques telles que rendues le 6 juillet 2023 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents sont annulées en ce qui concerne les prestations versées pour les suites de l'accident du 1er octobre 2022. Dites décisions sont confirmées s'agissant du caractère indu des prestations allouées pour les suites de l'accident du 31 août 2021. IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. V. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à B._____ ainsi qu'à D._____ SNC une indemnité réduite de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens à chacun d'eux. Le président : Le greffier : 10J010

- 29 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Olivier Subilia, avocat (pour B._____ et D._____ SNC), - 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). Le greffier : 10J010

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