

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 novembre 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourante,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 4, 25 al. 1, 51, 53 al. 1 LPGA ; art. 6 al. 1, 46 al. 2 LAA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré), né en [...], était assuré auprès d'G._____ SA (ci-après : G._____ ou la recourante) pour l'assurance obligatoire des soins depuis le 1^{er} janvier 2018.

Il travaillait en qualité d'aide-couvreur pour la société J._____ SA depuis le 10 avril 2018. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels.

Dans une déclaration de sinistre du 21 novembre 2018, J._____ SA a annoncé à la CNA un accident dont avait été victime l'assuré le 19 novembre 2018 et qui était décrit comme suit :

« En portant du poids (une caisse à outils), il a glissé et est tombé sur le côté et s'est fait mal au dos. A un début d'Hernie discale qui date d'avant l'accident apparemment. »

Par certificat du 19 novembre 2018, le Dr S._____, médecin au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital B._____ à P._____, a attesté une incapacité de travail totale du 19 au 25 novembre 2018. Il a été remis en arrêt de travail du 28 novembre au 29 décembre 2018 par certificat du 28 novembre 2018.

Le 29 novembre 2018, la CNA a indiqué allouer à l'assuré les prestations d'assurance légales pour les suites de son accident professionnel du 19 novembre 2018.

En parallèle, dans un rapport du 19 novembre 2018 reçu le 13 décembre 2018 par la CNA, les Drs K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et S._____, tous médecins au

Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital B._____, ont posé le diagnostic de discopathie L4-L5 et L5-S1. A l'anamnèse, ils ont notamment précisé que l'assuré était venu les voir pour « des lombalgies déficitaires apparues ce matin au travail après avoir porté une charge lourde ». Il avait porté la charge, l'avait posée puis avait ressenti une lombalgie droite d'intensité 8-9/10.

Par rapport du 20 novembre 2018 ensuite d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 19 novembre 2018 et reçu le 13 décembre par la CNA, le Dr W._____, spécialiste en radiologie, a notamment mentionné, sous la rubrique « Renseignements », des lombalgies déficitaires apparues « ce jour ». Il a notamment conclu à une discopathie aux deux derniers niveaux lombaires avec protrusion discale médio-bilatérale en L4-L5 et petite protrusion discale médiane en L5-S1, avec possible irritation radiculaire L4 et L5 des deux côtés à leur entrée dans le récessus latéral.

A teneur d'un rapport de suivi ambulatoire du 27 décembre 2018, le Dr H._____, médecin à la Polyclinique T._____, avait ausculté l'assuré notamment le 26 novembre 2018 et indiqué que celui-ci avait ressenti des douleurs au dos et dans les jambes en faisant un effort au travail une semaine auparavant.

Lors d'un entretien du 8 février 2019 avec un collaborateur de la CNA, l'assuré a indiqué notamment ce qui suit (*sic*) :

« [...] »

Contrairement à ce que laisse penser les rapports médicaux dont j'ai eu connaissance, je confirme avoir été victime d'un accident le 19.11.2018.

En effet, ce jour-là, vers 9h00, sur un chantier à [...], après avoir enfilé une combinaison spéciale pour poser de l'isolation, j'ai saisi un saut avec des outils pour ensuite monter une échelle mais juste avant j'ai glissé sur de la glace et suis parti en arrière et ai chuté sur le côté droit. L'impact s'est produit au niveau du bas du dos, entre son milieu et ma hanche droite. Par terre se trouvaient de nombreux câbles électriques.

Je ne sais pas si mes autres collègues présents m'ont vu tombé mais en tout cas, après ma chute, comme j'ai crié, ils sont se retournés et sont venus m'aider.

Tout de suite après cette chute, j'ai ressenti des douleurs au niveau du bas du dos et de la jambe droite. Je suis resté allongé sur le sol durant 1h30 car le moindre mouvement me provoquait des fortes douleurs.

Comme au bout de ce temps passé au sol, je n'allais toujours pas mieux, j'ai demandé à mes collègues de venir m'aider à quitter le chantier pour aller à l'hôpital.

Un collègue m'a ramené à l'atelier à [...] où j'ai pris ma voiture pour me rendre aux urgences de l'Hôpital de P._____.

Je confirme avoir raconté au médecin exactement ce que je viens de vous expliquer et suis donc surpris que cela ne ressorte pas des rapports médicaux.

Un des collègues qui m'a vu par terre après ma chute et m'a ramené à l'atelier s'appelle X._____ [...]

Avant le 19.11.2018, je n'avais jamais eu de problème au niveau du dos.

[...] »

Directement après cette entretien, le collaborateur de la CNA a téléphoné au dénommé X._____, mentionné par l'assuré. Cette personne a retourné, signée et datée du 28 février 2019, la note d'entretien téléphonique suivante :

« Nous demandons à notre interlocuteur s'il se souvient de M. L._____ et de ce qu'il s'est passé sur un chantier en novembre 2018.

M. X._____ se souvient bien et nous raconte ce que notre assuré lui a expliqué. En effet, il n'a pas été témoin direct d'une éventuelle chute.

Pour notre interlocuteur, M. L._____ était effectivement en train d'enfiler une combinaison et au moment de se pencher en avant pour enfiler les pieds, il se serait bloqué le dos. Il n'a pas entendu parler d'une quelconque chute.

Ensuite, il indique que M. L._____ a dû se reposer un moment mais comme les troubles ne passaient pas, il l'a ramené à l'atelier où M. L._____ a pris sa voiture pour se rendre aux urgences de l'Hôpital de P._____.

[...] »

Interpellé par le CNA, l'assuré a indiqué, le 24 mars 2019, avoir été surpris de découvrir que les rapports médicaux ne correspondaient pas à ce qu'il avait expliqué aux médecins. Il a confirmé avoir glissé, car « c'était encore gelé dû à avoir neigé la nuit précédente ». Il était tombé sur des câbles électriques et s'était blessé au dos.

Aux termes d'une décision du 28 mars 2019, la CNA a révisé son courrier de prise en charge du 29 novembre 2018 dans la mesure où elle ne pouvait pas servir de prestations d'assurance, réclamant par conséquent la restitution des prestations déjà payées. Elle a considéré qu'il convenait d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré n'avait pas été victime d'un accident le 19 novembre 2018 et qu'il avait sciemment fait de fausses déclarations.

Le 26 avril 2019, G. _____ s'est opposée à cette décision.

Par décision sur opposition du 1^{er} mai 2019, la CNA déclaré l'opposition irrecevable au motif qu'G. _____ n'avait aucun intérêt digne de protection, dans la mesure où la restitution des frais de traitement avait été demandée à l'assuré.

B. Par acte du 14 mai 2019, G. _____ SA a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, en concluant à son annulation, à ce que l'intimée soit astreinte à octroyer les prestations légales à l'assuré et à ce que sa demande de restitution soit annulée. En substance, elle a fait valoir qu'elle disposait d'un intérêt à agir dans la mesure où la restitution demandée par l'intimée entraînait un préjudice financier pour elle. Une partie du montant dépassait en effet la franchise de l'assurance-maladie et devrait ainsi être prise en compte par la recourante. S'agissant du fond, elle a expliqué qu'il convenait de se référer à la jurisprudence dite en matière de « premières déclarations ». Il fallait ainsi tenir compte de la déclaration de sinistre du 21 novembre 2018, dont la teneur avait été confirmée par l'assuré à deux reprises les 8 février et 24 mars 2019. L'accident n'avait en outre pas eu de témoin direct. La preuve d'une

fausse déclaration n'était par conséquent nullement apportée. En annexe à son écriture, la recourante a produit notamment une note d'entretien téléphonique avec l'assuré du 9 mai 2019, à teneur de laquelle celui-ci aurait également formé opposition à l'encontre de la décision de l'intimée. Elle a aussi produit un échange de courriels internes du 9 mai 2019, desquels il ressortait que, selon le calcul d'une de ses collaboratrices, elle devrait prendre en charge un montant de 266 fr. 65, compte tenu des factures qui n'étaient plus couvertes par l'intimée du fait de la décision litigieuse.

Le 14 juin 2019, l'intimée a répondu et conclu au rejet du recours. Elle a d'abord reconnu, malgré la faible valeur litigieuse, la qualité pour agir de la recourante s'agissant de la question des frais de traitement. Elle a cependant ensuite estimé que l'assuré n'avait pas droit à des prestations de sa part en raison de l'évènement du 19 novembre 2018. Elle a fait valoir notamment que les « premières déclarations » de l'intéressé étaient celles effectuées aux médecins de l'Hôpital B. _____ le jour même de l'accident. Elle a fait valoir qu'à l'exception des seules déclarations de l'assuré, lesquelles étaient contredites par son collègue, aucun élément au dossier n'allait dans le sens de l'existence d'une chute, laquelle ne paraissait ainsi pas vraisemblable. Elle a en outre précisé que, contrairement à ce qu'avait indiqué la recourante, l'assuré ne s'était pas opposé à la décision du 28 mars 2019.

Le 20 juin 2019, la recourante a pris acte du fait que l'intimée avait finalement reconnu sa qualité pour agir. Elle a estimé que, s'agissant du litige au fond, les deux parties avaient exposé leurs arguments, de sorte qu'elle laissait la Cour de céans trancher.

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 assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (art. 49 al. 4 LPGA). Les termes « touchant l'obligation d'un autre assureur » sont assimilables à l'intérêt digne d'être protégé (à l'annulation ou la modification de la décision attaquée) au sens de l'art. 59 LPGA (ATF 133 V 539 consid. 3 ; 132 V 74 consid. 3.1 et les références ; TF 8C_251/2014 du 11 mars 2015 consid. 3.1).

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. Il convient de préciser que la qualité d'agir de la recourante doit être admise dans la mesure où elle agit au titre d'assureur obligatoire des soins de l'assuré et a expliqué que la décision de l'intimée du 28 mars 2019 entraînait pour elle des frais supplémentaires à prendre en charge. Son intérêt à l'annulation ou à la modification de la décision sur opposition litigieuse doit dès lors être reconnu.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet

et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, l'intimée, par la décision querellée, a déclaré irrecevable l'opposition de la recourante. Le recours du 14 mai 2019 portait ainsi à l'origine sur ce point de recevabilité. Dans sa réponse du 14 juin 2019, l'intimée a cependant reconnu la qualité pour agir de l'intéressée, cela uniquement pour un faible montant s'agissant des frais de traitement, mais non pour le refus d'autres prestations d'assurance. A l'instar de l'intimée, force est de constater que la recevabilité de l'opposition du 26 avril 2019 de la recourante était acquise, la décision du 28 mars 2019 entraînant en effet un préjudice financier pour l'intéressée. Les parties s'accordant sur ce point, cet objet, initialement litigieux, ne l'est désormais plus.

Reste cependant litigieux le fond de l'affaire, soit la question de savoir s'il doit être considéré que l'assuré a été victime d'un accident, dans sa définition légale, le 19 novembre 2018, et si l'intimée doit par conséquent prendre en charges les suites dudit événement. Les deux parties se sont déjà amplement exprimées sur cette problématique (cf. notamment recours du 14 mai 2019 réponse du 14 juin 2019). L'intéressée, après avoir pris acte du fait que sa qualité pour agir était désormais reconnue par la partie adverse, a d'ailleurs indiqué considérer que les deux parties avaient déjà exposé leurs arguments s'agissant du fond du litige, de sorte qu'elle laissait la Cour de Céans trancher.

Il convient en effet de se rallier à cette position. Il y a ainsi lieu de déterminer si l'assuré a été victime d'un accident le 19 novembre 2019. A toutes fins utiles, il est relevé que le droit d'être entendu des parties a été respecté à cet égard, celles-ci ayant pu motiver leur position.

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

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). Par ailleurs, il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Il est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; Stéphanie Perrenoud, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 ad art. 4). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

Dans l'hypothèse d'une lésion consécutive à un effort (déplacement ou soulèvement de charges lourdes, par exemple), le caractère extraordinaire de l'effort doit être apprécié au cas par cas, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de la personne concernée (TF 8C_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). L'effort est extraordinaire lorsqu'il est manifestement excessif. Tel est le cas, par exemple, si une infirmière se blesse alors qu'elle tente d'empêcher un patient corpulent de faire une chute inattendue lors de son transfert du lit à un fauteuil roulant (TFA U 67/93 du 27 septembre 1993 [RAMA 1994 n° U 185 p. 79 ss]) ou lorsqu'une personne en position penchée et pressée par le temps se blesse en déplaçant une charge exceptionnelle (TFA U 109/92 du 10 août 1993 [RAMA 1994 n° U 18 p. 37 ss]). En revanche, le simple transfert d'un patient d'une table d'opération à un lit par un aide-infirmier ne représente pas un effort excessif et ne constitue donc pas un facteur extérieur extraordinaire (ATF 116 V 136 ; pour une casuistique : Perrenoud, op. cit., n° 29 ad art. 4 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 98 p. 924).

En cas de lésions dues à des mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est en principe admise lorsque le déroulement naturel du mouvement est interrompu ou modifié par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoubler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, ou encore lorsque la personne assurée exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour rattraper un objet ou une chute (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 97 p. 923 s.).

b) En vertu de l'art. 46 al. 2 phr. 2 LAA, l'assureur peut refuser la prestation lorsqu'une fausse déclaration d'accident lui a été remise intentionnellement.

Cette disposition vise à réprimer un comportement dolosif tendant à obtenir de l'assurance plus que ce à quoi l'on aurait droit.

L'assureur doit examiner une telle éventualité pour chaque prestation en particulier en respectant l'interdiction de l'arbitraire, ainsi que les principes de l'égalité de traitement et de proportionnalité. Une condamnation pénale, en particulier pour escroquerie, n'est pas une condition nécessaire pour faire usage de l'art. 46 al. 2 LAA (ATF 143 V 393 consid. 6.2 et 7.3 ; TF 8C_388/2017 du 6 février 2018 consid. 2).

4. a) Aux termes de l'art. 25 al. 1 première phrase LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. Les prestations allouées sur la base d'une décision formellement 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 LPGA) ou d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) 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 LPGA. 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 LPGA et non contestée qu'aux conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (ATF 129 V 110).

b) Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA).

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (TF 8C_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 2). Sont

nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 134 III 669 consid. 2.2). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b).

5. 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).

En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou déclarations de la première heure), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

6. a) En l'espèce, il convient de déterminer si l'assuré a été victime d'un accident le 19 novembre 2018.

A cet égard, la recourante invoque la jurisprudence dite des « premières déclarations » pour mettre en avant le fait que, dans la déclaration de sinistre du 21 novembre 2018, l'assuré a immédiatement indiqué avoir subi une chute le 19 novembre 2018. Force est cependant de suivre la position de l'intimée, laquelle a constaté qu'avant l'établissement de cette déclaration de sinistre, l'assuré avait consulté les Drs S._____, K._____, R._____ et W._____ le jour même de l'accident. Ces médecins n'ont pas fait état d'une quelconque atteinte traumatique. Dans leur rapport du 19 novembre 2018, les Drs K._____, R._____ et S._____ ont au contraire précisé que l'assuré était venu les voir pour des lombalgies déficitaires apparues le matin même au travail après avoir porté une charge lourde. Quant au Dr W._____, il a mentionné des « lombalgies déficitaires apparues ce jour » (cf. rapport du 20 novembre 2018 ensuite d'une IRM lombaire du 19 novembre 2018).

Partant, contrairement à ce que soutient l'assuré, ses premières déclarations, rapportées par des médecins, ne font aucunement apparaître de chute.

La version relayée par les médecins précités a encore été confirmée par la suite par le Dr H._____, lequel avait ausculté l'assuré le 26 novembre 2018 et alors indiqué que celui-ci avait ressenti des douleurs au dos et dans les jambes en faisant un effort au travail (cf. rapport du 27 décembre 2018).

En outre, si l'assuré a confirmé sa chute lors de l'entretien du 8 février 2019, son collègue X._____ n'a pas pu en faire autant (cf. note d'entretien téléphonique signée et datée du 28 février 2019). Il a certes précisé ne pas avoir été témoin direct d'une éventuelle chute, mais pour lui et selon ce que l'assuré lui avait expliqué, ce dernier était en train de mettre une combinaison et, au moment de se pencher en avant pour « enfiler les pieds », il se serait bloqué le dos. X._____ n'avait pas entendu parler d'une quelconque chute.

De ce qui précède, on relève qu'à part l'assuré lui-même, personne n'a mentionné une chute. Il serait par ailleurs invraisemblable que tous les médecins susmentionnés, soit les Drs S._____, K._____, R._____, W._____ et H._____, aient mal rapporté les propos de l'intéressé. Enfin, s'il avait chuté comme il le prétend, il paraît également improbable qu'il n'en ait pas parlé à ses collègues. Le fait que X._____ n'ait pas confirmé la version de l'assuré et ait indiqué n'avoir jamais entendu parler d'une chute finit en effet de convaincre de la fausseté des déclarations de l'intéressé.

Partant, il doit être constaté que l'assuré échoue à prouver, au stade de la vraisemblance prépondérante, avoir été victime d'une chute le 19 novembre 2019. Par ailleurs, la question de savoir si ses lombalgies sont apparues ce jour-là alors qu'il portait une charge lourde (cf. rapport du 19 novembre 2018 des Drs K._____, R._____ et S._____) ou lorsqu'il mettait une combinaison (cf. note téléphonique signée le 28 février 2019 par X._____) peut être laissée ouverte. En effet, l'assuré étant aide-couvreur, l'une ou l'autre hypothèse ne saurait être considérée comme un facteur extérieur extraordinaire au sens de la jurisprudence précitée (cf. consid. 3a *supra*). Ainsi, l'intéressé n'a pas été victime d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA le 19 novembre 2018.

En outre, en soutenant avoir chuté à cette date alors que tel n'était pas le cas, l'assuré a fait et maintenu une fausse déclaration à l'intimée au sens de l'art. 46 al. 2 LAA afin d'obtenir des prestations de sa

part. A toutes fins utiles, il sied de relever qu'il ne ressort pas du dossier que l'assuré aurait fait opposition à la décision du 28 mars 2019, par laquelle l'intimée a retenu ce qui précède.

b) Cela étant, il est relevé que, par lettre du 29 novembre 2018, l'intimée avait octroyé à l'intéressé des prestations pour les suites de l'événement du 29 novembre 2018. Cette lettre vaut décision traitée selon la procédure simplifiée prévue à l'art. 51 LPGA. L'intimée a rendu sa décision réclamant la restitution des prestations déjà versées le 28 mars 2019, soit pratiquement quatre mois plus tard, de sorte que la restitution des prestations indûment touchée fondée sur l'art. 25 al. 1 LPGA ne pouvait être opérée que si les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale étaient réunies (cf. consid. 4a *supra*).

A l'instar de l'intimée, force est de constater que les conditions pour une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA de la décision du 29 novembre 2018 sont réunies. En effet, au moment de prendre cette décision, l'intimée n'avait au dossier que de la déclaration de sinistre du 21 novembre 2018, contenant une fausse déclaration d'accident, ainsi que des certificats attestant une incapacité de travail totale. Il n'existait ainsi aucun indice que l'assuré n'aurait pas été victime d'un accident. Les documents permettant de retenir qu'un tel accident n'est en réalité pas survenu (cf. rapport du 19 novembre 2018 des Drs K._____, R._____, et S._____, rapport du 20 novembre 2018 du Dr W._____, rapport de suivi ambulatoire du 27 décembre 2018, note d'entretien téléphonique signée le 28 février 2019 par X._____) ont tous été versés au dossier de l'intimée après cette décision du 29 novembre 2018. Ces documents constituent donc de nouveaux moyens de preuve obtenus subséquemment par l'intimée (cf. art. 53 al. 1 LPGA). Ces nouvelles preuves ont, quant à elles, permis d'établir un nouveau fait déterminant, à savoir que l'assuré avait fait une fausse déclaration en ayant indiqué avoir été victime d'une chute.

c) Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était légitimée à rendre la décision litigieuse révisant sa précédente décision du

29 novembre 2018, réclamant ainsi la restitution des prestations déjà versées.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

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).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 28 mars 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- G. _____,
- 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 :