

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 avril 2020

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffière : Mme Popescu

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Unia Vaud, à Yverdon-les-Bains,

et

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

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

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1994, a travaillé dès le 1^{er} avril 2018 au sein de la société [...] (ci-après : l'entreprise), sise à [...], et était, à ce titre, assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre du 29 août 2018, l'employeur précité a annoncé à la CNA que l'assuré s'était blessé au niveau des vertèbres lombaires (contusion), lors d'une chute, alors qu'il descendait les dernières marches d'un escalier le 13 août 2018 à 9 h 00, se retrouvant seul par terre à essayer de se relever. Selon les certificats médicaux au dossier, l'intéressé a été mis en arrêt de travail dès cette date avec une reprise d'activité le 20 août 2018, suivie d'une nouvelle période d'incapacité de travail dès le 3 septembre 2018 qui prendra fin le 1^{er} novembre 2018. L'assuré a en outre bénéficié d'un traitement conservateur et de séances de physiothérapie.

Par communication du 3 septembre 2018, la CNA a pris en charge le cas (frais de traitement et indemnités journalières).

Par courrier électronique du 22 octobre 2018, se référant à un précédent entretien téléphonique avec la CNA, la société [...] a indiqué à la Caisse qu'elle contestait l'accident prétendument subi par l'assuré le 13 août 2018 dans leurs locaux. Dans ce contexte, elle a notamment souligné que divers certificats d'arrêt de travail avaient initialement signalé une origine malade avant d'être corrigés pour mentionner une origine accidentelle. En annexe, l'entreprise a notamment transmis les pièces suivantes :

- différents certificats d'arrêts de travail pour cause d'accident établis les 4, 7 et 14 septembre 2018 par le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, celui-ci

précisant dans une note manuscrite du 2 octobre 2018 que ces certificats avaient été rectifiés ensuite d'une erreur de sa part ;

- un rapport du 9 octobre 2018 établi sur demande de l'employeur par le Dr J._____, médecin-conseil et spécialiste en médecine interne générale, constatant l'absence d'affection médicale objective malade ou accidentelle susceptible de générer, dès ce jour, un arrêt de travail même partiel dans toute activité professionnelle sans port de lourdes charges ;

- un courrier de l'employeur du 19 octobre 2018, signifiant à l'assuré son licenciement avec effet immédiat ;

- un relevé des annonces d'accès dans les différentes zones des locaux de la société [...], pour la journée du 13 août 2018 ;

- un relevé de pointage montrant que l'assuré avait timbré à 08 h 32 puis à 9 h 15 au cours de la journée du 13 août 2018.

Par rapport médical intermédiaire du 7 novembre 2018, le Dr X._____ a indiqué que des consultations avaient eu lieu entre le 4 septembre et le 7 novembre 2018 en lien avec la chute dans les escaliers. En annexe figurait un rapport d'IRM lombaire du 8 octobre 2018 établi par le Dr B._____, radiologue, constatant l'absence de lésion post-traumatique.

Aux termes d'un rapport médical initial LAA du 15 novembre 2018, le Dr M._____, médecin praticien, a indiqué que, selon les indications du patient, ce dernier avait subi une chute sur les fesses en descendant l'escalier le 13 août 2018. A titre de diagnostic, un blocage traumatique au niveau de l'articulation sacro-iliaque (ASI) gauche était mentionné. Dans un second rapport du 25 novembre 2018, le Dr M._____ a confirmé les éléments susdits.

Invité par la CNA à fournir des précisions sur l'événement du 13 août 2018, l'assuré a exposé, dans un questionnaire complété le 21 novembre 2018, qu'il avait glissé en descendant les escaliers de l'entreprise entre 8 h 30 et 9 h 30 et que le bas de son dos avait tapé contre l'angle de l'escalier.

A l'occasion d'un entretien téléphonique avec la CNA, le 29 novembre 2018, l'employeur Leclanché SA a exposé que les différents terminaux de pointages se trouvaient tous autour de l'escalier dont il était question, qu'il était fréquent que plusieurs personnes passent la même porte et qu'il était donc impossible, compte tenu du nombre de timbrages au moment litigieux, que personne n'ait vu l'assuré tomber - ce d'autant que l'intéressé déclarait être resté un moment au bas des escaliers après la chute. Il était également précisé que le timbrage de 8 h 48 correspondait au moment où l'assuré était entré dans le hall de production, donc après la chute.

En date du 23 janvier 2019, la CNA et deux représentants de la société [...] ont pris part à un entretien dans les locaux de l'entreprise à [...]. Du procès-verbal établi le jour suivant, il est ressorti que, le 13 août 2018, l'assuré était arrivé par la porte arrière de l'entreprise et qu'il avait timbré à la timbreuse se trouvant dans la même pièce que ladite porte. Après s'être changé dans le vestiaire, l'intéressé s'était rendu dans le hall d'entrée par la porte « Locataires Int. Nord », puis avait emprunté l'escalier présent dans ce hall pour se rendre dans le bureau de N._____, responsable des ressources humaines pour [...], afin de solliciter un changement de poste en raison notamment de ses maux de dos, ce qui lui avait été refusé. L'assuré était ensuite reparti, passant la porte « Locataires Int. Nord » à 8 h 48, puis s'était changé et avait eu une discussion animée avec son supérieur D._____. Avant de retourner avec le prénommé dans le bureau de U._____. Après une nouvelle discussion, il avait quitté le bureau en déclarant qu'il allait se rendre chez le médecin pour prouver qu'il avait mal au dos. L'assuré indiquait être alors tombé au bas de l'escalier arrivant dans le hall et être resté un moment au pied de celui-ci. Il avait finalement timbré en partant à 9 h 15 à la timbreuse se

trouvant en face de l'escalier et était sorti par l'entrée principale donnant sur l'extérieur. La CNA a encore noté que quinze timbrages avaient été enregistrés entre 9 h 00 et 9 h 19, sans compter les personnes qui avaient possiblement passé les portes non sécurisées. Dans le cadre de cet entretien, la Caisse s'est notamment vue remettre un courriel de l'assuré à son employeur du 14 août 2018, dans lequel l'intéressé expliquait être tombé dans les escaliers après un entretien avec N._____ et D._____ et s'être trouvé cinq minutes par terre à essayer de se relever seul.

A l'occasion d'un entretien le 12 mars 2019 avec la CNA, l'assuré a été invité à se déterminer sur les doutes soulevés quant à la véracité de la survenance de l'événement du 13 août 2018. Aux termes du procès-verbal y relatif, l'intéressé a notamment exposé qu'il n'avait eu qu'un seul entretien avec N._____ ce jour-là, à la suite d'une discussion avec son supérieur concernant un changement de poste avec une collègue, et que, en sortant du bureau de la prénommée, il avait glissé dans les escaliers et s'était tapé le bas du dos, restant à terre durant une à deux minutes, voire trois au maximum, avant de pouvoir se relever. Il a précisé que les faits s'étaient déroulés avant la pause habituellement prise vers 9 h 00 - 9 h 30, que personne n'était présent, qu'il avait ensuite récupéré ses affaires au vestiaire avant de se rendre à pied à l'hôpital et qu'il marchait au ralenti, par peur de faire un faux mouvement. Il a ajouté qu'il ne se souvenait pas avoir timbré avant de se rendre au vestiaire et qu'il n'avait pas indiqué au Dr X._____ dans quelles circonstances étaient apparues ses douleurs au dos.

Le 1^{er} avril 2019, le recourant, par l'intermédiaire de son mandataire Unia Vaud, a adressé ses remarques à l'égard du procès-verbal susmentionné. Il a notamment précisé être arrivé au travail à 8 h 32 le 13 août 2018, comme l'indiquait la carte de pointage, et ne s'être entretenu qu'à une seule reprise avec la responsable des ressources humaines ce matin-là. Au demeurant, il a ajouté qu'après sa chute, il était revenu au local de production à 8 h 48, comme l'indiquait le relevé de la porte « Entrée locataire Int. Nord » et qu'il s'était ensuite rendu au vestiaire en raison de ses douleurs. Le pointage enregistré à 9 h 15

correspondrait, selon lui, à l'enregistrement automatique de la pause obligatoire prévue entre 9 h 15 et 9 h 30.

Sur interpellation de la CNA, l'employeur a indiqué, par courrier du 23 avril 2018 et courrier électronique du 1^{er} mai 2018, que l'assuré s'était rendu à deux reprises dans le bureau de N._____ le 13 août 2018 - une première fois aux environs de 8 h 40 (en tenue de travail) pour solliciter un changement de poste, puis une seconde fois aux environs de 9 h 00 (en tenue civile) en compagnie de son supérieur ; à l'issue de ce deuxième entretien, l'intéressé avait quitté le bureau en déclarant qu'il partait chez le médecin pour obtenir la preuve que son poste de travail lui faisait mal au dos. Par ailleurs, l'employeur a précisé que le timbrage effectué à 9 h 15 avait été fait directement par l'assuré au moyen de son badge, ce qui était reconnaissable dans le système informatique.

Par décision du 13 mai 2019, la CNA, par la voie de la révision procédurale, est revenue sur la communication du 3 septembre 2018 et a refusé l'octroi de prestations d'assurance au motif que l'assuré n'avait pas été victime d'un accident le 13 août 2018 et avait émis de fausses déclarations. Partant, elle a réclamé la restitution d'un montant de 4'735 fr. 35 correspondant aux prestations déjà servies.

Par acte de son mandataire du 3 juin 2019, l'assuré a fait opposition à la décision précitée. Pour l'essentiel, il a fait valoir que les conditions d'une révision procédurale n'étaient pas données faute d'élément nouveau indiscutable et pertinent justifiant de revenir sur la décision du 3 septembre 2018. En tout état de cause, il a argué que l'absence de témoin lors de sa chute ne pouvait pas constituer une exigence supplémentaire s'ajoutant à la définition légale d'un accident. Il a par ailleurs reproché à la CNA d'avoir arbitrairement écarté l'ensemble des certificats médicaux, dont l'un avait été établi quelques minutes après la chute. En annexe figurait une attestation émise le 20 mai 2019 par la physiothérapeute L._____, certifiant que l'intéressé avait effectué neuf

séances de physiothérapie entre le 21 septembre et le 24 octobre 2018 pour des douleurs lombaires dans le cadre d'une chute au travail.

Par décision sur opposition du 21 juin 2019, la Caisse a rejeté l'opposition formée par l'assuré et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours, à l'exception de la demande de restitution. Elle a notamment considéré que le courrier de l'employeur du 22 octobre 2018 était un fait nouveau justifiant une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Elle a également expliqué que ce n'était pas l'absence de témoin qui permettait d'exclure l'accident, mais le fait que - au regard de la configuration des lieux et des timbrages effectués aux diverses portes - personne n'avait aperçu l'intéressé chuter ou rester au sol. Enfin, elle a estimé qu'il n'était pas vraisemblable que l'assuré n'ait pas indiqué les circonstances à l'origine de ses maux de dos à son médecin.

B. Par acte du 8 juillet 2019, A._____, sous la plume de son conseil, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à ce que la décision sur opposition du 21 juin 2019, respectivement la décision du 13 mai 2019, soient déclarées irrecevables et, subsidiairement, à l'annulation de la décision sur opposition et à ce que l'intimée soit astreinte à lui octroyer les prestations légales pendant sa période d'incapacité de travail consécutive à l'accident du 13 août 2018. En substance, le recourant a repris l'argumentaire développé dans son opposition.

La CNA a conclu au rejet du recours dans sa réponse du 21 août 2019. Elle a notamment relevé que les déclarations successives de l'assuré apparaissaient contradictoires. Elle a également ajouté que les rapports médicaux versés en cause ne faisaient pas état d'hématome ou autre dermabrasion, ce qui lui paraissait curieux au vu de la description de la chute faite par le recourant. La CNA a par ailleurs souligné que le rapport établi le 20 mai 2019 par L._____ ne permettait pas de rendre l'existence d'une chute vraisemblable. Finalement, l'intimée a attiré l'attention sur la chronologie des faits, soit la chute sur le dos juste après

que l'assuré a eu une discussion animée avec ses supérieurs au sujet d'un changement de poste, en raison précisément de douleurs au dos.

Dans sa réplique du 29 août 2019, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a fait état de contradictions s'agissant des périodes d'incapacité de travail retenues par l'intimée. Il a par ailleurs soutenu que les déclarations des représentants de la société [...] devaient être écartées, dans la mesure où il était en litige avec son employeur, dans une autre procédure. Il a en outre fait valoir que ses dires étaient aussi concordants que ce qui pouvait être attendu d'une personne interrogée sept à huit mois après les faits sur un événement n'ayant duré que quelques minutes et ne revêtant pas un degré de gravité extrême. Enfin, il a rappelé se fonder sur des certificats médicaux datés et signés par des médecins, soit des moyens de preuve pertinents et crédibles. En annexe, il a notamment produit divers documents relatifs au litige l'opposant à [...].

Par duplique du 16 septembre 2019, la CNA a maintenu ses conclusions.

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).

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.

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. Le litige porte sur la question de savoir si l'assuré a ou non été victime d'un accident le 13 août 2018 et, partant, si la CNA était fondée à réviser sa décision de prise en charge et à réclamer au recourant la restitution des indemnités journalières versées.

On précisera ici que l'objet de la contestation de la présente procédure judiciaire est circonscrit à la décision sur opposition du 21 juin 2019, celle-ci ayant remplacé la décision du 13 mai 2019 - laquelle n'a dès lors plus d'existence propre et autonome faute d'être entrée en force de chose décidée - et clos la procédure administrative (TF 9C_1078/2009 du 12 juillet 2010 consid. 2.1 et 9C_1015/2009 du 20 mai 2010 consid. 3.1 avec les références citées ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4^e édition, Zurich 2020, n° 74 ad art. 52 LPGA, p. 950). Partant, en tant qu'elles portent sur l'irrecevabilité de la décision du 13 mai 2019, les conclusions du recourant ne sont pas recevables.

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.

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).

c) 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).

L'art. 53 al. 1 LPGA prévoit plus particulièrement que les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision

procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA). A cet égard, 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).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent

raisonnablement en considération (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 particulier, celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents doit rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas. S'il y a litige, il appartient au juge de dire si les diverses conditions de l'accident sont réalisées. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable, il constatera l'absence de preuves ou d'indices pertinents et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b ; TF 8C_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.2 ; 8C_784/2013 du 7 octobre 2014 consid. 4.2 ; TFA U 259/04 du 23 novembre 2006 consid. 3.2).

b) 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).

5. En l'espèce, il convient de déterminer si l'assuré a été victime d'un accident en date du 13 août 2018.

A titre liminaire, il est relevé que, par communication du 3 septembre 2018, l'intimée a octroyé à l'intéressé des prestations pour les suites de l'événement du 13 août 2018. Cette communication ne peut être qualifiée que de simple lettre d'information, de sorte qu'elle ne saurait avoir les effets d'une décision formelle entrée en force (TF

8C_531/2012 du 4 juin 2013 consid. 4.2). En revanche, il demeure que des indemnités journalières et des frais de traitement ont été payés par l'intimée, avant d'être réclamés par décision du 13 mai 2019. Ainsi, la restitution des prestations indûment touchée fondée sur l'art. 25 al. 1 LPGA ne pouvait être opérée qu'aux conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale (cf. consid. 3c *supra*).

a) Au moment de prendre cette décision, l'intimée n'avait au dossier que de la déclaration de sinistre du 29 août 2018, 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 à la date invoquée.

b) Ce n'est que dans un second temps, avec le courrier électronique transmis par l'employeur le 22 octobre 2018, que la CNA a eu connaissance d'éléments susceptibles de remettre en cause la survenance d'un événement accidentel le 13 août 2018. En particulier, la Caisse s'est alors vu transmettre les certificats d'arrêts de travail reformulés en accident par le Dr X._____, le rapport du 9 octobre 2018 du Dr J._____, la carte de pointage de l'assuré, ainsi que le relevé des passages aux différentes portes de l'entreprise le 13 août 2018. Au mois de novembre 2018, il a également reçu le rapport du 8 octobre 2018 du Dr B._____. Par la suite, ayant invité l'intéressé à remplir un formulaire et à se déterminer sur les doutes soulevés quant à la véracité de la survenance de l'événement du 13 août 2018, la CNA a pu mettre en parallèle les réponses fournies dans le cadre du questionnaire du 21 novembre 2018 et lors de l'entretien du 12 mars 2019 avec les déclarations faites antérieurement, ce qui a permis de constater des contradictions. Ces documents constituent donc de nouveaux moyens de preuve obtenus subséquentement par l'intimée (cf. art. 53 al. 1 LPGA).

c) Au vu de l'heure d'arrivée du recourant dans les locaux de l'entreprise à 8 h 32 (ressortant tant du relevé de pointage, que des déclarations de l'intéressé du 1^{er} avril 2019), du déroulement des événements avant qu'il ne s'entretienne avec N._____ et de ses

indications selon lesquelles la chute aurait eu lieu après ladite discussion, une éventuelle chute n'aurait pu survenir que peu avant 9 h 15, heure à laquelle le recourant a timbré à la timbreuse située à côté de l'escalier en cause, et non avant 8 h 48, comme il le prétend. En effet, si l'on se réfère à ses déclarations du 12 mars 2019, avant de se rendre au bureau de la responsable des ressources humaines, l'assuré se serait changé, aurait eu une discussion avec son supérieur hiérarchique au sujet d'un changement de poste, aurait - après s'être mis à son poste de travail - convenu d'échanger sa place de travail avec une collègue, puis travaillé une dizaine de minutes avant d'avoir un nouvel échange animé avec son supérieur hiérarchique. Après cet échange, il se serait rendu au bureau de N._____, avec laquelle il aurait conversé quelques minutes. Par conséquent, on ne peut envisager que ces événements se soient déroulés sur un laps de temps de moins de 16 minutes.

Quant au fait qu'il serait resté à terre, sans voir personne, durant cinq minutes (selon le courrier de l'intéressé adressé à l'employeur le 14 août 2018), respectivement trois minutes (selon les déclarations faites le 12 mars 2019), on constatera, au vu de la liste des passages aux portes sécurisées versée en cause, que cette affirmation est invraisemblable. En effet, entre 9 h 00 et 9 h 19, un passage a été enregistré à la porte « Bureaux Rez Nord Ouest » (à 9 h 10) et 14 passages ont été enregistrés aux portes « Entrée principale Ext-Réception » et « Entrée locataires Int. Nord ». Selon les éléments au dossier, ces portes se trouvent aux abords immédiats de l'escalier sur lequel le recourant soutient avoir chuté. En outre, comme relevé dans le procès-verbal d'entretien du 23 janvier 2019, plusieurs personnes ont également pu passer les portes non sécurisées, telles que la porte « Locataires Int. Nord » qui est uniquement sécurisée pour pénétrer dans la pièce de production depuis le hall et non l'inverse. A cet égard, le recourant ne remet en cause ni l'enregistrement des ouvertures des portes remis par l'entreprise, ni le fait que les portes en cause sont situées aux abords immédiats de l'escalier, depuis lesquelles ce dernier est visible. Comme mentionné dans la décision querellée, ce n'est pas l'absence de témoin qui rend peu vraisemblable l'existence de l'accident

relaté, mais le fait qu'au regard du nombre de passages aux portes sécurisées et de la configuration des lieux, il n'apparaît pas vraisemblable qu'aucun employé ne l'ait vu chuter ou rester au sol.

La situation serait la même si l'on retenait la version selon laquelle il aurait chuté peu avant 8 h 48, heure à laquelle il a passé la porte « Entrée locataire Int. Nord ». En effet, il ressort de l'enregistrement de l'ouverture des portes sécurisées qu'entre 8 h 38 et 8 h 47, deux passages ont été enregistrés à la porte « Bureaux Rez Nord Ouest » (8 h 41 ; 8 h 42) et 4 passages ont été enregistrés aux portes « Entrée Principale Ext. Réception » et « Entrée Locataires Int. Nord » (8 h 38 ; 8 h 40 ; 8 h 45 ; 8 h 47). A nouveau, il n'apparaît pas vraisemblable que le recourant ait pu chuter et rester à terre quelques minutes, avant de se relever difficilement, sans être aperçu par autre employé, qui aurait du reste pu lui venir en aide. De plus, il apparaît étonnant qu'aucun collaborateur ne l'ait aperçu, alors qu'il prétend avoir marché « au ralenti » suite à sa chute. Contrairement à ce que semble croire l'intéressé, les incohérences ressortant de ses déclarations successives excèdent largement les quelques imprécisions raisonnablement admissibles de la part d'une personne appelée à revenir a posteriori sur des événements survenus quelques mois plus tôt.

C'est par ailleurs à tort que le recourant se prévaut des avis médicaux au dossier. Le Dr M. _____ s'est en effet contenté de reprendre les indications du patient relatives au déroulement de l'accident, soit une « chute sur les fesses en descendant de l'escalier », diagnostiquant à cet égard un blocage traumatique. Cependant, selon les indications fournies par le recourant à la Caisse en date du 21 novembre 2018, c'est avec le bas du dos, et non avec les fesses, qu'il aurait tapé contre l'angle de l'escalier ; cette affirmation a encore été confirmée lors de l'entretien du 12 mars 2019. Par ailleurs, le Dr M. _____ comme le Dr J. _____ n'ont fait état d'aucun hématome ou autre dermabrasion, ce qui cadre mal avec la chute telle que décrite par le recourant. Dans le même sens, on relèvera que le bilan radiologique du 8 octobre 2018 n'a pas mis en évidence de

lésion post-traumatique. Partant, force est d'admettre que les avis médicaux au dossier ne sont d'aucun secours au recourant.

En ce qui concerne les certificats d'incapacité de travail corrigés par le Dr Carlantonio, celui-ci a indiqué les avoir rectifié ensuite d'une erreur de sa part. On voit toutefois mal que le praticien ait pu se méprendre sur l'origine malade ou accidentelle de l'incapacité de travail attestée. A cet égard, les indications du recourant selon lesquelles il n'aurait, dans un premier temps, pas rapporté la survenance d'une chute sont peu convaincantes. Dès lors, les corrections apportées *a posteriori* par le Dr X._____ apparaissent sujettes à caution.

En outre, le rapport établi le 20 mai 2019 par L._____ ne permet pas de rendre vraisemblable l'existence d'une chute, dès lors qu'elle ne prouve uniquement que le recourant a effectué neuf séances de physiothérapie entre le 12 septembre et le 24 octobre 2018, soit plus d'un mois après la chute.

A cela s'ajoute que la chronologie des faits interpelle. En effet, selon les déclarations de son employeur, le recourant aurait affirmé, dans le cadre d'une discussion animée en présence de N._____ et de D._____, qu'il allait de ce pas se rendre chez le médecin pour démontrer l'inadéquation de son poste de travail, respectivement les maux de dos engendrés par celui-ci. Or, ce n'est qu'après cet entretien avec ses supérieurs qu'il aurait chuté sur le dos.

Au surplus, on observera que la CNA s'est essentiellement fondée sur les déclarations contradictoires du recourant et sur le relevé des passages aux différentes portes de l'entreprise, situés aux abords immédiats de l'escalier sur lequel l'assuré aurait chuté. Ainsi, dans la mesure où les déclarations des responsables de [...] n'ont pas joué un rôle déterminant dans la présente affaire, l'argument soulevé par l'assuré, selon lequel l'intimée aurait fondé sa décision sur des témoignages arbitraires, tombe à faux.

Enfin, l'erreur de date - relative à la période d'incapacité de travail de l'assuré - contenue dans les écritures de la CNA ne porte pas à conséquence.

d) Compte tenu des incohérences qui précèdent et des déclarations contradictoires du recourant, l'intimée était légitimée à rendre la décision litigieuse, réclamant ainsi la restitution des prestations déjà versées à tort à hauteur de 4'735 fr. 35. On soulignera cependant que le recourant ne conteste pas la restitution, que ce soit sur son principe ou dans sa quotité, et que la Cour de céans ne voit aucun motif pertinent incitant à s'écarter de la position de l'intimée sur ce point.

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,
le juge unique
prononce :**

I.

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 21 juin 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Unia Vaud (pour A. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :