



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3140/2018

ATAS/840/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 16 septembre 2019**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Maria-Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1961, a été, selon l'extrait du registre du commerce du canton de Genève, l'unique associé gérant de B\_\_\_\_\_ Sàrl du 2 décembre 1996 au 3 mars 2004.
2. Dès le 1<sup>er</sup> avril 2004, l'assuré a travaillé en tant que sertisseur responsable auprès de B\_\_\_\_\_ Sàrl (ci-après : l'employeur) et il était, à ce titre, assuré auprès de la SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.
3. Le 5 janvier 2014, l'assuré a subi un accident entraînant une incapacité de travail. Selon la déclaration de sinistre du 27 janvier 2014, son salaire brut mensuel s'élevait à CHF 12'500.-, auquel s'ajoutait un montant mensuel de CHF 800.- à titre d'allocations familiales.
4. Le 29 janvier 2014, la SUVA a informé l'employeur et l'assuré que le montant de l'indemnité journalière s'élevait à CHF 276.20 par jour calendaire à compter du 8 janvier 2014.
5. La SUVA a versé en mains de l'assuré les indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail totale du 8 janvier au 13 février 2014, à 70 % du 14 février au 31 août 2014, à 50 % du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2014, à 20 % du 1<sup>er</sup> au 31 décembre 2014, à 100 % du 2 février au 15 septembre 2015 et à 50 % du 16 septembre 2015 au 10 janvier 2016, soit un montant total de CHF 141'554.80.
6. Le 11 janvier 2016, l'assuré a recouvré une capacité de travail entière.
7. A compter du 10 juin 2016, l'assuré a été à nouveau en incapacité de travail.
8. Par déclaration du 1<sup>er</sup> juillet 2016, la SUVA a été informée de la rechute de l'assuré. Son salaire de base annuel contractuel brut s'élevait à CHF 126'500.-.
9. Le 18 juillet 2016, la SUVA a indiqué à l'assuré que son droit à l'indemnité journalière était de CHF 277.30 par jour calendaire dès le 10 juin 2016 pour les suites de la rechute.
10. La SUVA a versé en faveur de l'assuré les indemnités journalières relatives à une incapacité de travail totale du 10 juin 2016 au 25 octobre 2017, soit un montant total de CHF 139'481.90.
11. Le 13 avril 2018, la SUVA a établi un document interne relatif au calcul du montant des indemnités journalières compte tenu d'un salaire de CHF 52'000.- en 2014 et de CHF 14'820.- en 2016. Il en résultait que l'assuré aurait dû recevoir CHF 58'425.- à titre d'indemnités journalières pour la période du 8 janvier 2014 au 10 janvier 2016 et CHF 20'421.80 pour la période du 10 juin 2016 au 25 octobre 2017, soit un montant total de CHF 78'846.80. Vu le montant total reçu par l'assuré (CHF 281'036.70), CHF 202'189.90 revenait par conséquent à la SUVA.

12. Par décision du 13 avril 2018, la SUVA a réclamé à l'assuré la restitution du montant de CHF 202'189.90, correspondant à la différence entre la somme des indemnités journalières de CHF 281'036.70 versées du 8 janvier 2014 au 25 octobre 2017 et le montant de CHF 78'846.80 qui aurait dû être alloué sur la base des informations découvertes lors de la révision des comptes de l'employeur. Il était en effet ressorti que le salaire annoncé dans les déclarations d'accident était erroné et qu'il s'élevait en réalité à CHF 52'000.- en 2014 et à CHF 0.- en 2016.

Pour 2016, étant donné que l'assuré n'avait touché aucun salaire déclaré AVS, les indemnités journalières devaient être calculées sur un salaire de CHF 14'820.- (soit 10 % de CHF 148'200.-, conformément à la disposition spéciale relative au salaire déterminant en cas de rechute).

Le montant de l'indemnité journalière était par conséquent de CHF 114.- pour 2014 et de CHF 40.60 pour 2016.

Selon un calcul annexé à la décision, l'assuré avait perçu pour la période du 8 janvier 2014 au 25 octobre 2017, la somme de CHF 281'036.70. Or, compte tenu des salaires de CHF 52'000.- en 2014 et de CHF 14'820.- en 2016, c'était un montant de CHF 78'846.80 qui aurait dû lui être versé pendant cette période. Il s'ensuivait que l'assuré devait restituer le montant de CHF 202'189.90.

Une demande de remise pouvait être déposée au plus tard trente jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution.

13. Le 11 mai 2018, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a fait valoir qu'il avait conclu avec la SUVA une assurance de somme et qu'il n'avait donc jamais été question de savoir quel était le montant de ses revenus. Par ailleurs, les calculs étaient erronés puisqu'ils tenaient compte de l'absence de revenus pendant certaines périodes d'arrêt de travail prises en charge par la SUVA.
14. Dès le 29 mai 2018, l'assuré est devenu à nouveau l'unique associé gérant de B\_\_\_\_\_ Sàrl.
15. Par décision sur opposition du 27 juillet 2018, la SUVA a maintenu sa position.

Elle avait alloué une indemnité journalière de CHF 276.20 par jour calendaire sur la base de la déclaration d'accident du 27 janvier 2014 qui précisait que le salaire mensuel était de CHF 12'500.-, auquel s'ajoutait CHF 800.- mensuel d'allocations familiales.

Lors de la révision des comptes de l'employeur effectuée en mars 2018, il était apparu qu'un salaire de CHF 52'000.- avait été déclaré à l'AVS en 2014 en faveur de l'assuré. Par ailleurs, malgré la reprise de son travail le 11 janvier 2016, l'assuré n'avait touché aucun salaire en 2016.

Avec le recul, il s'avérait que la SUVA avait été induite en erreur par les informations contenues dans la déclaration de sinistre du 27 janvier 2014. À cet égard, elle était amenée à rendre un grand nombre de décisions (formelles et

informelles) et en matière d'indemnités journalières en particulier, il ne pouvait être exigé d'elle qu'elle recontacte systématiquement chaque employeur afin de s'assurer que toutes les données figurant sur l'annonce de sinistre soient correctes ou d'entreprendre d'autres mesures de vérification. Partant, il s'agissait d'une erreur pouvant être qualifiée de manifeste, de sorte que le principe même de la restitution devait être admis.

L'assuré soutenait qu'une assurance de somme avait été conclue et que les indemnités journalières devaient ainsi être calculées sur la base d'un montant forfaitaire. Or, cet argument n'était pas pertinent étant donné que l'assuré avait un statut de salarié.

Quant au grief consistant à dire que les calculs seraient erronés, la SUVA peinait à comprendre, en l'absence de précisions, en quoi les calculs seraient entachés d'erreurs.

Ainsi, le montant de CHF 202'189.90 faisant l'objet de la demande de restitution n'était pas critiquable.

16. Par acte du 13 septembre 2018, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation.

Le recourant a fait valoir que la déclaration de sinistre du 27 janvier 2014 sur laquelle figurait la mention « salaire de base contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise : 12'500.- (par mois) » et « allocations pour enfants : 800.- (par mois) » n'avait pas été remplie par lui, mais par un gestionnaire de l'intimée. Après une période d'incapacité de travail prise en charge par l'intimée, il avait pu reprendre son activité lucrative à plein temps à compter du 11 janvier 2016. Dès le 10 juin 2016, il avait subi une rechute entraînant une nouvelle incapacité de travail à 100%. Un document rempli informatiquement, démuné de timbre et non signé, intitulé « déclaration de sinistre LAA », daté du 1<sup>er</sup> juillet 2016, figurait au dossier. Comme la précédente déclaration de sinistre, celle-ci avait manifestement été remplie par un gestionnaire de l'intimée, puisqu'il n'existait aucune trace d'envoi postal ou électronique émanant du recourant ou de son employeur. Ainsi, aucun document n'avait été signé par le recourant et à aucun moment, depuis 2014, des questions ou des documents relatifs à sa situation financière n'avaient été réclamés par l'intimée.

Par ailleurs, l'intimée n'avait démontré aucune erreur manifeste : il était notoire que son salaire en 2014 avait été très inférieur à ce qu'il touchait précédemment, puisqu'il avait été en arrêt de travail dès le début du mois de janvier 2014 et ce, pendant toute l'année. Le recourant ne voyait pas en quoi les salaires, par hypothèse inférieurs, déclarés à l'AVS en 2014 et en 2016 entraîneraient une quelconque modification de situation puisqu'il était établi qu'il n'avait pas pu travailler ou qu'il n'avait pu le faire que très partiellement au cours des périodes considérées.

En outre, si l'intimée tenait pour nécessaire la connaissance du montant du revenu du recourant, il lui appartenait de solliciter les fiches ou les certificats de salaire nécessaires à l'établissement de ce fait. Etant donné que l'intimée ne l'avait pas fait, le recourant ne pouvait qu'en conclure qu'elle disposait de tous les éléments nécessaires pour prendre sa décision de prestations. L'intimée avait renoncé, à l'époque, à tout examen portant sur la question du salaire du recourant. Les conditions pour une reconsidération spontanée de la situation du recourant n'étaient donc pas remplies.

Quoi qu'il en soit, les conditions de la restitution n'étaient pas remplies étant donné que le recourant était de bonne foi : c'était le gestionnaire de l'intimée qui avait inscrit, de son propre chef, le montant du salaire annuel retenu en 2014 et en 2016. Enfin, la restitution de cette somme le mettrait dans une situation extrêmement difficile.

17. Par réponse du 12 novembre 2018, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours.

Elle explique avoir versé l'indemnité journalière de CHF 276.20 sur la base des informations fournies par l'employeur dans la déclaration de sinistre datée du 27 janvier 2014 (soit un salaire mensuel brut de CHF 12'500.- et des allocations mensuelles de CHF 800.-) et l'indemnité journalière de CHF 277.30 sur la base du salaire annuel de CHF 126'500.- annoncé lors de la déclaration de rechute du 1<sup>er</sup> juillet 2016.

Contrairement à ce que soutenait le recourant, la déclaration de sinistre du 27 janvier 2014 n'avait pas été remplie par un gestionnaire. Il s'agissait d'une déclaration de sinistre électronique, faite par l'employeur depuis un ordinateur au moyen de l'application SunetPlus, et envoyée à l'agence de l'intimée. La déclaration de sinistre était ensuite enregistrée par le gestionnaire de l'intimée. Ainsi, les informations ressortant de la déclaration étaient bel et bien les données transmises par l'employeur. Dès lors qu'une telle annonce de sinistre était faite électroniquement, elle ne comportait pas la signature de l'employeur.

Par ailleurs, il appartenait à l'employeur de transmettre les données exactes dans la déclaration de sinistre, et non à l'intimée de vérifier systématiquement les données y figurant. Le recourant ne pouvait se prévaloir du fait qu'il appartenait à l'intimée de vérifier les informations nécessaires au calcul des indemnités journalières.

En outre, à la lecture du recours, il apparaissait que le recourant ne contestait pas avoir transmis de fausses informations quant à son salaire, que ce soit dans la déclaration du 27 janvier 2014, comme dans celle du 1<sup>er</sup> juillet 2016.

Par conséquent, c'était de manière erronée, au regard des informations figurant dans les déclarations de sinistre et de rechute, que l'intimée avait pris en considération un gain assuré de CHF 126'000.- en 2014 et de CHF 126'500.- en 2016 pour fixer le montant de l'indemnité journalière.

Enfin, la bonne foi et la situation financière difficile du recourant, qui relevaient de la remise, n'étaient pas pertinentes dans le cadre de la présente procédure.

À l'appui de sa position, l'intimée a produit notamment les déclarations de salaires pour les années 2014 et 2016 établies, respectivement, les 28 janvier 2015 et 27 janvier 2017 par l'employeur à l'attention de la Caisse interprofessionnelle AVS de la Fédération des Entreprises romandes FER CIAM 106.1. Il en résulte que le recourant avait perçu un salaire de CHF 52'000.- en 2014 et de CHF 0.- en 2016.

18. Par réplique du 14 décembre 2018, le recourant a rappelé qu'il n'avait, à aucun moment, été invité par l'intimée à répondre à un questionnaire ou à remplir un formulaire. Celle-ci n'apportait pas la moindre preuve permettant d'appuyer sa thèse selon laquelle le document signé électroniquement par son gestionnaire et daté du 27 janvier 2014 émanerait en réalité de l'employeur du recourant et non de ses propres services. Il en allait de même du document daté du 1<sup>er</sup> juillet 2016. Jusqu'à preuve du contraire, aucun document de l'employeur n'avait été remis à l'intimée indiquant un salaire de CHF 12'500.- par mois ou plus. Dès lors, l'argumentation de l'intimée consistant à dire qu'il appartenait à l'employeur de transmettre des données exactes dans la déclaration de sinistre et non à l'intimée de vérifier systématiquement les données y figurant, tombait à faux.

L'intimée avait renoncé aux informations relatives au salaire du recourant et n'avait rien mis en œuvre pour lui demander la confirmation de son salaire mensuel.

L'intimée ne pouvait se prévaloir de sa propre erreur ou négligence dans la récolte des éléments pertinents à l'établissement du calcul des prestations qu'elle versait. Le recourant a rappelé que selon la jurisprudence relative à la reconsidération d'une décision, les organes d'application ne pouvaient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits.

Enfin, c'était à tort que l'intimée avançait que la remise ne faisait pas l'objet du présent litige.

19. Par duplique du 25 janvier 2019, l'intimée a souligné que le recourant persistait à remettre en cause les déclarations de sinistre des 27 janvier 2014 et 1<sup>er</sup> juillet 2016, arguant n'avoir à aucun moment été invité à remplir un formulaire de l'intimée. Or, c'était sur la base de ces déclarations que le recourant avait été mis au bénéfice de prestations. Quoiqu'en dise le recourant, la déclaration de sinistre de l'employeur avait été faite de manière électronique et enregistrée dans le système de l'intimée par un gestionnaire. La révision des comptes effectuée en mars 2018 avait mis en exergue que le recourant ne pouvait pas se prévaloir des salaires annoncés, lesquels s'avéraient supérieurs à son salaire effectif. Enfin, la restitution et la remise faisaient l'objet de deux décisions séparées, rendues en deux étapes distinctes.
20. Par écriture du 4 février 2019, le recourant a admis que la décision litigieuse ne portait pas sur la question de la remise.

Par ailleurs, même à supposer que les documents reçus sans signature – ni manuscrite, ni électronique – puissent suffire à démontrer qu'elle avait fait tout ce qui était raisonnablement en son pouvoir pour s'assurer de posséder des données fiables et complètes, ce qui n'était pas le cas, l'intimée devait se voir opposer que ces documents ne mentionnaient pas le salaire effectivement perçu par l'employé au cours des derniers mois, mais son salaire de base contractuel. Celui-ci n'avait nullement évolué au cours des années, de sorte que l'indication d'un montant de CHF 126'500.- était exacte. Le salaire contractuel n'avait toutefois pas pu être versé au cours du premier semestre 2016 en raison des difficultés de trésorerie de la société, qui était aujourd'hui en liquidation. Si l'intimée désirait connaître avec exactitude le montant versé par l'employeur au premier semestre 2016, elle devait non pas demander à l'employeur le montant du salaire contractuel, mais les fiches de salaire des six premiers mois de l'année 2016. Ayant renoncé à demander ces documents en 2016, l'intimée ne pouvait pas le faire trois ans plus tard.

21. À la demande de la chambre de céans, l'intimée a, par pli du 6 juin 2019, versé à la procédure le dossier concernant l'employeur. Elle a précisé que les déclarations de salaires AVS pour les années 2014 et 2016, produites avec son écriture du 12 novembre 2018, avaient été remises directement par la comptable de l'entreprise, suite à la visite pour la révision des salaires effectuée le 19 mars 2018.
22. Il résulte notamment des pièces versées à la procédure :
  - le salaire annuel du recourant a été de CHF 57'520.- (en 2011), de CHF 49'974.- (en 2012), de CHF 86'968.- (en 2013 ; selon la déclaration de salaires électronique pour le calcul des primes définitives, adressée le 12 février 2014 à l'intimée), et de CHF 0.- en 2016 (selon la déclaration de salaire électronique pour le calcul des primes définitives de l'année 2016, adressée le 5 février 2017 à l'intimée) ;
  - le 23 mars 2018, l'intimée a procédé à la révision des comptes de l'entreprise, au cours de laquelle les déclarations de salaires AVS pour les années 2013 à 2016 lui ont été remises.
23. Le 17 juin 2019, le recourant a informé la chambre de céans qu'il ne souhaitait pas se déterminer.
24. Par arrêt du 19 août 2019, la chambre de céans a confirmé la décision de l'intimée du 1<sup>er</sup> mars 2018 mettant fin aux prestations du recourant au 25 octobre 2017 (ATAS/734/2019).
25. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi

---

fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Est litigieuse la question de savoir si l'intimée était en droit de réclamer au recourant la restitution de CHF 202'189.90 au motif que cette somme aurait été indûment touchée.
4. a. Selon l'art. 25 al. 1 1<sup>ère</sup> phrase LPGA, en relation avec l'art. 2 al. 1 let. a de l'Ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA ; RS 830.11), les prestations indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire ou par ses héritiers. Selon l'art. 3 al. 1 OPGA, l'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision.

L'obligation de restituer suppose aujourd'hui encore, conformément à la jurisprudence rendue à propos des anciens articles 47 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 (LAVS; RS 831.10) ou 95 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, du 25 juin 1982 (LACI; RS 837.0) (p. ex. ATF 129 V 110 consid. 1.1 ; ATF 126 V 23 consid. 4b et ATF 122 V 19 consid. 3a), que soient remplies les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision - formelle ou non - par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 32/06 du 14 novembre 2006 consid. 3 et les références). Ceci est confirmé sous l'empire de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_512/2008 du 4 janvier 2009 consid. 4). À cet égard, la jurisprudence constante distingue la révision d'une décision entrée en force formelle, à laquelle l'administration est tenue de procéder lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 127 V 469 consid. 2c et les références), de la reconsidération d'une décision formellement passée en force de chose décidée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à laquelle l'administration peut procéder pour autant que la décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 122 V 19 consid. 3a ; ATF 122 V 169 consid. 4a ; ATF 121 V 1 consid. 6). En ce qui concerne plus particulièrement la révision, l'obligation de restituer des prestations indûment touchées et son étendue dans le temps ne sont pas liées à une violation de l'obligation de renseigner (ATF 122 V 134 consid. 2e). Il s'agit simplement de rétablir l'ordre légal après la découverte du fait nouveau (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_120/2008 du 4 septembre 2008 consid. 3.1).



Ces principes sont aussi applicables lorsque des prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle et que leur versement, néanmoins, a acquis force de chose décidée. Il y a force de chose décidée si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec une certaine solution adoptée par l'administration et exprimé sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 129 V 110 consid. 1.1).

b. En vertu de l'art. 25 al. 2 1<sup>ère</sup> phrase LPGA, le droit de demander la restitution s'éteint un an 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.

Les délais de l'art. 25 al. 2 LPGA sont des délais (relatif et absolu) de péremption, qui doivent être examinés d'office (ATF 140 V 521 consid. 2.1 ; ATF 133 V 579 consid. 4).

Le délai de péremption relatif d'une année commence à courir dès le moment où l'administration aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle (ATF 122 V 270 consid. 5a). L'administration doit disposer de tous les éléments qui sont décisifs dans le cas concret et dont la connaissance fonde - quant à son principe et à son étendue - la créance en restitution à l'encontre de la personne tenue à restitution (ATF 111 V 14 consid. 3).

Contrairement à la prescription, la péremption prévue à l'art. 25 al. 2 LPGA ne peut être ni suspendue ni interrompue et lorsque s'accomplit l'acte conservatoire que prescrit la loi, comme la prise d'une décision, le délai se trouve sauvegardé une fois pour toutes (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 271/04 du 21 mars 2006 consid. 2.5).

Lorsque la restitution est imputable à une faute de l'administration, on ne saurait considérer comme point de départ du délai le moment où la faute a été commise, mais bien celui auquel l'administration aurait dû, dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle comptable), se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention requise (ATF 124 V 380 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 80/05 du 3 février 2006). Le délai de péremption d'une année commence à courir dans tous les cas aussitôt qu'il s'avère que les prestations en question étaient indues (ATF 133 V 579 consid. 5.1). Cette jurisprudence vise un double but, à savoir obliger l'administration à faire preuve de diligence, d'une part, et protéger l'assuré au cas où celle-ci manquerait à ce devoir de diligence, d'autre part (ATF 124 V 380 consid. 1).

c. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (art. 25 al. 1 2<sup>ème</sup> phrase LPGA). Dans la mesure où la demande de remise ne peut être traitée sur le fond que si la décision de restitution est entrée en force, la remise et son étendue font l'objet d'une procédure distincte. Intrinsèquement, une remise de l'obligation de restituer n'a de sens que

pour la personne tenue à restitution (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_211/2009 du 26 février 2010 consid. 3.1).

5. Celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite pour l'assurance sociale concernée (art. 29 al. 1 LPGA). Les assureurs sociaux remettent gratuitement les formules destinées à faire valoir et à établir le droit aux prestations ; ces formules doivent être transmises à l'assureur compétent, remplies de façon complète et exacte par le requérant ou son employeur et, le cas échéant, par le médecin traitant (art. 29 al. 2 LPGA).

L'assuré et l'employeur doivent aviser sans retard l'assureur de tout accident qui nécessite un traitement médical ou qui provoque une incapacité de travail (cf. art. 45 al. 1 et 2 LAA). Les assureurs remettent gratuitement des formules de déclaration d'accident ou de maladie professionnelle, que l'employeur et le médecin doivent remplir de façon complète et conforme à la vérité et renvoyer sans retard à l'assureur compétent. Ces formules doivent notamment contenir les indications permettant de fixer les prestations (art. 53 al. 3 let. c de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [RS 832.202 ; OLAA]).

6. a. En vertu de l'art. 16 al. 1 LAA, s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, l'assuré a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (cf. art. 11 OLAA).

b. Les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (art. 15 al. 1 LAA).

Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident (art. 15 al. 2, 1<sup>ère</sup> LAA). Est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'AVS, compte tenu de certaines dérogations, telles que font partie du gain assuré les allocations familiales qui, au titre d'allocation pour enfants, d'allocation de formation ou d'allocation de ménage, sont versées conformément aux usages locaux ou professionnels (art. 22 al. 2 let. b OLAA).

L'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire que l'assuré a reçu en dernier lieu avant l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (art. 22 al. 3 OLAA). Il est converti en gain annuel puis divisé par 365 (art. 25 al. 1 et l'annexe 2 OLAA ; cf. également ATF 139 V 464 consid. 2.2). L'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail, à 80 % du gain assuré (art. 17 al. 1 LAA). Elle est versée pour tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés (art. 25 al. 1 OLAA).

---

En principe, on ne tient pas compte de ce que l'assuré aurait gagné après l'accident. L'indemnité journalière ne se fonde donc pas sur un salaire hypothétique, mais sur le revenu dont l'assuré victime d'un accident est effectivement privé en raison de la réalisation du risque assuré (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3<sup>ème</sup> éd. 2016, p. 956 n. 179).

c. Le législateur a chargé le Conseil fédéral d'édicter des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux (art. 15 al. 3 LAA). Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a prévu que si, par suite de service militaire, de service civil, de service dans la protection civile ou par suite d'accident, de maladie, de maternité ou de réduction de l'horaire de travail, l'assuré n'a reçu aucun salaire ou n'a touché qu'un salaire réduit, le gain pris en considération est celui qu'il aurait obtenu sans la survenance de ces éventualités (art. 23 al. 1 OLAA). Par ailleurs, le salaire déterminant en cas de rechute est celui que l'assuré a reçu juste avant celle-ci; il ne saurait toutefois être inférieur à 10 % du montant maximum du gain journalier assuré, sauf pour les bénéficiaires de rentes de l'assurance sociale (art. 23 al. 8 OLAA). Selon la jurisprudence, cette disposition est conforme à la loi et son application ne dépend pas de savoir si le salaire obtenu avant l'accident était plus élevé que celui immédiatement avant la rechute ou s'il s'agit de l'inverse (ATAS/840/2009 consid. 5 et la référence citée). Par salaire reçu juste avant la rechute, il faut ainsi comprendre le gain réalisé juste avant l'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_778/2016 du 1<sup>er</sup> septembre 2017 consid. 3.3.3).

Ainsi, sous réserve de certains des cas spéciaux prévus par la loi, le gain assuré au sens des art. 15 LAA et 22 OLAA se fonde sur le salaire effectivement touché par l'assuré et ne se rapporte pas à un gain fictif. Les indemnités journalières servent à compenser la perte de revenu d'une activité lucrative ou d'un revenu de substitution en cas d'incapacité de travail consécutive à un accident assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_778/2016 du 1<sup>er</sup> septembre 2017 consid. 3.2 et les références citées).

d. Selon l'art. 22 al. 1 OLAA, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (teneur en vigueur en 2014) et à CHF 148'200.- par an et CHF 406.- par jour (teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016).

7. Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 126 V 319 consid. 5a).

- 
8. a. En l'espèce, dans ses décisions informelles des 29 janvier 2014 et 18 juillet 2016, entrées en force, l'intimée a initialement calculé les indemnités journalières sur la base des montants indiqués sur les déclarations de sinistre des 27 janvier 2014 et 1<sup>er</sup> juillet 2016, et a versé en faveur du recourant CHF 141'554.80 pour la période du 8 janvier 2014 au 10 janvier 2016 et CHF 139'481.90 pour la période du 10 juin 2016 au 25 octobre 2017.

Par décision du 13 avril 2018, l'intimée a estimé que les salaires annoncés étaient erronés et que le montant que le recourant aurait dû recevoir était de CHF 78'846.80 (correspondant à CHF 58'425.- pour la 1<sup>ère</sup> période précitée et à CHF 20'421.80 pour la 2<sup>ème</sup> période). Elle a en tiré la conclusion que ce dernier avait bénéficié d'un trop-perçu de CHF 202'189.90 (correspondant à CHF 83'129.80 pour la 1<sup>ère</sup> période et à CHF 119'060.10 pour la 2<sup>ème</sup> période), dont elle réclame la restitution, ce que le recourant conteste.

- b. Il convient, en premier lieu, d'examiner si la décision de restitution du 13 avril 2018 est intervenue en temps utile.

Il résulte des pièces versées à la procédure que l'intimée a été informée, en date du 12 février 2014, du salaire perçu par le recourant en 2013, et en date du 5 février 2017 du fait qu'il n'avait reçu aucun salaire en 2016. Cela étant, c'est au cours de la révision des comptes de l'entreprise effectuée le 23 mars 2018 que l'intimée s'est rendue compte que les montants indiqués dans les déclarations de sinistre ne correspondaient pas aux gains assurés à prendre en compte, et partant, de son erreur. En notifiant la décision de restitution le 13 avril 2018, l'intimée a ainsi dûment respecté le délai relatif d'un an. Quant au délai absolu de cinq ans, dans la mesure où il a commencé à courir dès le versement des prestations dont la restitution est demandée (ATAS/754/2013 du 31 juillet 2013 consid. 14c/aa), soit en l'occurrence dès le 8 janvier 2014, il est arrivé à échéance le 8 janvier 2019. Il s'ensuit que la décision de restitution, du 13 avril 2018, est intervenue en temps utile.

L'exception de la prescription soulevée par le recourant, est, partant, manifestement mal fondée.

- c. Par ailleurs, la décision querellée est motivée par le fait que les montants annoncés dans les déclarations de sinistre, et initialement pris en considération par l'intimée dans le calcul des indemnités journalières, ne correspondent pas – ce que le recourant ne conteste pas – aux gains assurés à prendre en compte. Ceci constitue indéniablement un fait nouveau permettant la révision d'une décision.

On ajoutera encore que l'obligation de restituer des prestations indûment touchées n'est pas liée à une faute de l'intéressé ou à une violation de son obligation de renseigner. Conformément à la jurisprudence précitée, la révision a simplement pour but de rétablir l'ordre légal après la découverte du fait nouveau. Par conséquent, il n'y a pas lieu d'examiner, en l'état, les arguments avancés par le recourant, selon lesquels ni lui, ni son employeur n'aurait indiqué les montants sur

les déclarations de sinistre des 27 janvier 2014 et 1<sup>er</sup> juillet 2016. Quoiqu'il en soit, ces allégations peuvent être fortement mis en doute dans la mesure où le recourant fait finalement valoir, dans sa dernière écriture, que les montants inscrits correspondraient effectivement à son salaire de base contractuel.

d. Reste encore à examiner si le montant réclamé par l'intimée est correct.

On rappellera que le recourant a subi une première période d'incapacité de travail, soit du 8 janvier 2014 au 10 janvier 2016, qu'il a recouvré ensuite une capacité de travail entière du 11 janvier au 9 juin 2016, et que du 10 juin 2016 au 25 octobre 2017 il a été à nouveau en incapacité de travail totale.

Pour la première période courant du 8 janvier 2014 au 10 janvier 2016, l'intimée a déterminé le gain assuré en se fondant sur les indications figurant sur la déclaration de sinistre du 27 janvier 2014 faisant état d'un salaire mensuel de CHF 12'500.- et de CHF 800.- d'allocations familiales par mois. Elle a procédé au versement de CHF 141'554.80 à titre d'indemnités journalières. Suite à la révision des salaires de l'employeur effectuée en mars 2018, l'intimée a procédé à un nouveau calcul de l'indemnité journalière, en se fondant sur un salaire annuel de CHF 52'000.- versé en 2014 et estimé que c'était un montant de CHF 58'425.- qu'elle aurait dû verser au recourant pour la période du 8 janvier 2014 au 10 janvier 2016 (cf. note interne du 13 avril 2018).

Or, en se fondant sur le salaire perçu par le recourant en 2014, alors que l'accident est survenu le 5 janvier 2014, l'intimée a pris en compte un revenu qui n'est pas pertinent dans le calcul des indemnités journalières. En effet, on rappellera que conformément à l'art. 15 al. 2 1<sup>ère</sup> phrase LAA, le gain assuré pour le calcul des indemnités journalières correspond au dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident. En l'occurrence, si le salaire annuel en 2013 du recourant a été de CHF 86'968.-, soit un montant nettement inférieur aux CHF 150'000.- (12 x 12'500.-) figurant à titre de salaire brut sur la déclaration de sinistre du 27 janvier 2014, on relèvera que les pièces versées au dossier ne permettent toutefois pas de déterminer le montant du dernier salaire perçu par le recourant avant son accident.

En vertu de la garantie du double degré de juridiction, qui a trait à la possibilité pour les citoyens de faire valoir leurs arguments devant deux autorités successives (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_975/2011 du 22 février 2012 consid. 3.2), la chambre de céans ne saurait procéder elle-même à l'instruction et au calcul de l'indemnité journalière due pour la période du 8 janvier 2014 au 10 janvier 2016, et corrélativement au montant à restituer par le recourant pour cette période, ce d'autant plus que le montant des allocations familiales versées au recourant avant l'accident ne ressort pas non plus du dossier constitué par l'intimée. Il reviendra par conséquent à cette dernière d'instruire ces éléments de fait et de rendre une nouvelle décision.

Pour ce motif, la décision sur opposition litigieuse sera annulée en tant qu'elle porte sur la restitution de CHF 83'129.80 à titre d'indemnités journalières pour la période du 8 janvier 2014 au 10 janvier 2016.

e. S'agissant du gain assuré déterminant pour calculer les indemnités journalières suite à la rechute survenue le 10 juin 2016, l'intimée l'a initialement déterminé en se fondant sur les indications figurant sur la déclaration de sinistre du 1<sup>er</sup> juillet 2016 faisant état d'un salaire annuel de CHF 126'500.-, et elle a procédé au versement de CHF 139'481.90 à titre d'indemnités journalières pour la période du 10 juin 2016 au 25 octobre 2017.

Lors de la révision des salaires de l'employeur effectuée en mars 2018, il est apparu que l'employeur n'avait versé aucun revenu au recourant en 2016, alors que ce dernier avait recouvré une capacité de travail entière du 11 janvier au 9 juin 2016. En se fondant sur un gain assuré de CHF 14'820.-, l'intimée a retenu que c'était un montant de CHF 20'421.80 qui aurait dû être versé au recourant pour la période du 10 juin 2016 au 25 octobre 2017.

Le recourant ne conteste pas n'avoir perçu aucun salaire de la part de son employeur du 11 janvier au 9 juin 2016, alors qu'il avait recouvré une capacité de travail entière pendant cette période. Il fait valoir, à cet égard, que le salaire contractuel de CHF 126'500.- n'a pas pu lui être versé en raison des difficultés de trésorerie de l'entreprise.

On rappellera que c'est uniquement si, par suite de service militaire, de service civil, de service dans la protection civile ou par suite d'accident, de maladie, de maternité ou de réduction de l'horaire de travail, l'assuré n'a reçu aucun salaire ou n'a touché qu'un salaire réduit, que le gain pris en considération est celui qu'il aurait obtenu sans la survenance de ces éventualités (cf. art. 23 al. 1 OLAA). L'ordonnance ne prévoit ainsi aucune dérogation lorsque, comme en l'occurrence, un assuré ne perçoit pas de salaire en raison de problèmes financiers de son employeur. Par conséquent, contrairement à ce que soutient le recourant, les indemnités journalières ne peuvent se calculer sur le montant du salaire contractuel qu'il aurait hypothétiquement touché, soit CHF 126'500.- par année. Il sera relevé, au surplus, qu'aucune pièce versée au dossier n'atteste de la réalité du montant avancé par le recourant.

C'est par conséquent à juste titre que, suite à la rechute du 10 juin 2016, et conformément à l'art. 23 al. 8 OLAA, l'intimée a calculé l'indemnité journalière due sur un gain assuré de CHF 14'820.- (soit le 10 % du montant maximum du gain assuré en 2016 ; art. 22 al. 1 OLAA).

Dès lors que le recourant a perçu CHF 139'481.90, alors qu'il aurait dû recevoir CHF 20'421.80 à titre d'indemnités journalières du 10 juin 2016 au 25 octobre 2017, c'est, partant, un montant de CHF 119'060.10 (139'481.90 – 20'421.80) qu'il est tenu de restituer pour cette période.

Sur ce point, la décision sur opposition querellée doit être confirmée.

9. Le recours sera par conséquent partiellement admis. La décision litigieuse sera annulée partiellement en tant qu'elle porte sur la restitution de CHF 83'129.80 à titre d'indemnités journalières pour la période du 8 janvier 2014 au 10 janvier 2016 et confirmée pour le surplus. La cause sera renvoyée à l'intimée pour qu'elle procède à un nouveau calcul du gain assuré et corrélativement, à un nouveau calcul du montant des indemnités journalières à restituer concernant la période du 8 janvier 2014 au 10 janvier 2016.
10. Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui est octroyée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).
11. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

\* \* \* \* \*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 27 juillet 2018 en tant qu'elle porte sur la restitution de CHF 83'129.80 à titre d'indemnités journalières pour la période du 8 janvier 2014 au 10 janvier 2016.
4. La confirme pour le surplus.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
6. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le