RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1467/2022 **ATAS/243/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 avril 2023

8ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante; Michael RUDERMANN, Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1983, a bénéficié d'indemnités de chômage dès le mois de février 2014, après avoir travaillé en tant que peintre en bâtiments auprès de l'entreprise B_____SA. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

B. **a.** Le 1er novembre 2015 (vers 00h30), l'assuré a été blessé au visage et à l'épaule gauche à la suite d'une altercation dans une discothèque, ce dont la CNA a été informée par déclaration de sinistre du 24 novembre 2015. Un scanner effectué aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), suite à l'altercation, a mis en évidence des fractures du plancher orbitaire gauche, mais également de la lame orbitaire et de l'os nasal gauches, avec incarcération des muscles droits et obliques inférieurs gauches, ainsi qu'un emphysème intra orbitaire (cf. rapport du service des urgences des HUG du 2 novembre 2015). Divers certificats d'arrêt de travail ont été prescrits à l'assuré dès le 1er novembre 2015.

b. L'assuré a été opéré aux HUG les 13 novembre 2015 (reconstruction du plancher de l'orbite gauche et réduction de la fracture des os propres du nez), 9 mars 2016 (arthroscopie de l'épaule gauche avec ténodèse du long chef du biceps) et 13 novembre 2018 (adhésiolyse orbitaire). Le 11 avril 2019, l'assuré a encore subi une ablation chirurgicale de cicatrice (au niveau du muscle droit inférieur et du muscle oblique inférieur).

c. La CNA a pris en charge les suites du cas, notamment en remboursant les frais de traitement et en versant à l'assuré des indemnités journalières dès le 4 novembre 2015, sur la base d'une incapacité de travail de 100%. Par décision sur opposition du 6 septembre 2016, entrée en force, la CNA a toutefois réduit de 50% le montant des indemnités journalières versées à l'assuré (fixées à CHF 76.20 après réduction, pour une incapacité de travail de 100%) dès le 4 novembre 2015, pour le motif que l'intéressé avait été blessé en participant à une bagarre.

d. En parallèle, l'assuré, qui s'était également annoncé auprès de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI), a bénéficié de mesures d'ordre professionnel de cette assurance, notamment d'une mesure d'orientation professionnelle (MOP) du 1er juin au 11 novembre 2018 (stage en entreprise), puis d'un reclassement professionnel en tant que spécialiste de vente (avec stage en entreprise et cours d'anglais), lequel a eu lieu du 1er août 2019 au 5 janvier 2020, puis du 1er au 18 mars 2020 (cf. rapport final MOP du 21 avril 2020). L'assurance-invalidité a toutefois interrompu ces mesures, en raison d'un manque de collaboration de l'assuré.

e. Invité par la CNA à se déterminer sur le dossier, le docteur C_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a relevé, dans une appréciation datée du 17

juillet 2020, que les indications médicales dont il disposait demeuraient « troubles ». Il existait probablement une restriction de l'élévation et de l'abduction de l'œil gauche, mais, bien qu'il avait cherché à se renseigner sur l'anamnèse, les plaintes subjectives de l'assuré concernant la diplopie ne ressortaient pas du dossier. Un examen orthoptique réalisé en février 2019 avait montré une limitation de l'élévation du côté gauche, une orthophorie (sans torticolis) en position primaire et une diplopie lorsque l'assuré regardait vers la gauche. Un rapport plus récent établi par les HUG en juillet 2020 avait mis en évidence un dédoublement de la vision, plus prononcé du côté droit que du côté gauche, entraînant un torticolis, un penchement de la tête en arrière et une inclinaison de celle-ci vers la gauche. En réponse aux questions de la CNA, le Dr C_____ a indiqué qu'un travail sur un chantier ne pouvait être exigé de l'assuré, vu la diplopie que ce dernier présentait lorsqu'il regardait vers le haut (dès 10°). En revanche, il jugeait exigible de l'assuré qu'il exerce une activité professionnelle ne demandant pas de regarder vers le haut (par exemple un travail en tant que vendeur ou un travail de bureau, sur un ordinateur) ; de telles activités avaient déjà été discutées avec l'assurance-invalidité et des essais de reconversion avaient été entamés en ce sens. S'agissant des traitements, il n'était rien prévu d'un point de vue ophtalmique. Des contrôles annuels pouvaient toutefois être admis, à vie.

f. Le 20 juillet 2020, la CNA a informé l'assuré que, selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre une amélioration notable des suites de l'accident, de sorte qu'elle mettait fin au versement des indemnités journalières et au remboursement des soins avec effet au 31 août 2020, l'indemnité journalière était accordée jusqu'à cette date sur la base d'une incapacité de travail de 100%.

g. Par décision sur opposition du 5 janvier 2021, confirmant une décision initiale datée du 10 septembre 2020, la CNA a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% (en lien avec la diplopie) et lui a dénié tout droit à une rente de l'assurance-accidents, au motif qu'il ne présentait aucune perte de gain (le revenu auquel l'intéressé pouvait prétendre dans une activité adaptée étant supérieur à celui qu'il aurait pu réaliser en bonne santé).

C. **a.** Le 16 avril 2021, la CNA a obtenu un rapport intitulé « révision d'entreprise / différences SUVA » concernant l'entreprise D_____ SÀRL. Il en ressort que l'assuré y était qualifié de « sous-traitant non indépendant » et que les montants des salaires « AAP + AANP » qu'il avait perçus entre 2017 et 2020 étaient détaillés comme suit : CHF 13'335.- en 2017, CHF 2'077.- en 2018, CHF 55'162.- en 2019 et CHF 60'623.- en 2020.

b. Par courrier du 16 avril 2021, la CNA a informé l'assuré que, dans le cadre de la gestion de son dossier, il avait été porté à sa connaissance des éléments établissant formellement qu'en dépit d'une incapacité totale de travail, l'intéressé avait déployé, dès 2017 au plus tard, une activité professionnelle et réalisé des gains non négligeables. Au surplus, cette activité avait été déployée en tant

qu'indépendant, alors que ce statut n'avait pas été reconnu à l'assuré. En conséquence, il se posait la question de la justification d'une incapacité de travail et la CNA fixait à l'intéressé un délai au 6 mai 2021 pour faire part de ses explications ou justifications.

c. Après avoir relevé que l'assuré, bien qu'invité à s'exprimer dans le cadre d'un « droit d'être entendu », ne l'avait pas fait dans le délai qui lui avait été imparti à cet effet, la CNA, par décision du 15 juin 2021, a formellement ordonné la restitution, à hauteur de CHF 76'123.80, des indemnités journalières qu'elle lui avait versées ensuite de l'accident du 1er novembre 2015. Elle a retenu que, dès 2017 au plus tard, l'assuré avait réalisé un revenu constant en déployant une activité professionnelle, bien qu'il était simultanément bénéficiaire d'indemnités journalières, en raison d'une incapacité de travail. De surcroît, l'assuré avait déployé cette activité comme indépendant, alors même que ce statut ne lui avait pas été reconnu. Les indemnités journalières lui avaient été servies à tort et devaient être remboursées.

d. À l'occasion d'un entretien en personne auprès de la CNA, le 14 juillet 2021, l'assuré a fait savoir qu'il s'opposait à la décision du 15 juin 2021 et demandait à ce que celle-ci soit réévaluée. À l'appui de son opposition, il a fait valoir les arguments suivants : premièrement, il avait certes reçu des mandats de la part d'une entreprise, mais n'avait pas exécuté physiquement ces travaux. Deuxièmement, même si un gain avait effectivement été réalisé, il n'avait pas reçu la somme totale des factures émises en son nom, vu le paiement de fournisseurs, d'exécutants, etc. Troisièmement, il était d'avis qu'il fallait également tenir compte des cotisations AVS qui avaient été remboursées rétroactivement, ainsi que des primes que l'entreprise avait remboursées (primes qu'il avait dû rembourser rétroactivement à cet employeur). L'assuré s'est déclaré ouvert à ce que la CNA calcule le surplus perçu chaque année depuis 2017, en tenant compte des motifs invoqués. Enfin, il s'est dit disposé à convenir d'un plan de remboursement, dans l'hypothèse où la décision de la CNA était maintenue.

e. Par décision sur opposition du 25 mars 2022, reçue par l'assuré le lendemain, la CNA a rejeté l'opposition et dit qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif. Elle a relevé que si l'assuré contestait le montant (mais pas le principe) de la restitution, en alléguant qu'il n'avait pas réalisé lui-même les travaux, il ne détaillait pas ses allégations, ni ne produisait de pièces à l'appui de celles-ci. Par ailleurs, l'assuré avait lui-même été mandaté en tant que sous-traitant, avec un statut d'indépendant (non reconnu). Les montants ressortant du rapport de révision versé au dossier étaient des salaires bruts et non des chiffres d'affaires ou des honoraires, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'en déduire des charges ou d'éventuels remboursements. La CNA n'avait donc pas à corriger le montant de CHF 76'123.80 dont elle avait ordonné la restitution, qui correspondait aux indemnités journalières versées du 1er janvier 2017 au 13 août 2020. Pour le reste, l'assuré ne sollicitait pas expressément une remise et ne pouvait de toute manière

pas valablement se prévaloir de sa bonne foi, puisqu'il avait continué de percevoir un salaire tout en percevant simultanément les indemnités journalières qui lui étaient versées par la CNA, s'enrichissant ainsi de façon injustifiée.

D. **a.** Le 9 mai 2022, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à ce que la chambre de céans dise que la restitution de CHF 76'123.80 était inexigible et à ce qu'elle restitue l'effet suspensif. À titre subsidiaire, l'assuré a requis que les gains réalisés soient requalifiés en chiffre d'affaires et que le montant à restituer soit réduit, en tenant compte des montants remboursés à l'AVS.

b. Dans sa réponse du 24 mai 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours, y compris au rejet de la conclusion tendant à la restitution de l'effet suspensif.

c. Par arrêt incident du 7 juin 2022, la chambre de céans a restitué l'effet suspensif au recours interjeté le 9 mai 2022.

d. Le recourant a répliqué le 28 juin 2022, persistant dans les conclusions de son recours.

e. L'intimée a dupliqué le 28 juillet 2022, maintenant ses conclusions tendant au rejet du recours.

f. Cette écriture a été transmise au recourant, pour information, ensuite de quoi 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

4. Le litige porte sur la restitution, ordonnée par l'intimée, des indemnités journalières qu'elle a versées au recourant du 1er janvier 2017 au 13 août 2020, à concurrence de CHF 76'123.80.

5. Selon l'art. 1a al. 1 let. a et b LAA, sont notamment assurés à titre obligatoire conformément à la loi les travailleurs occupés en Suisse et les personnes au chômage.

En vertu de l'article 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Est réputée incapacité de travail au sens de l'article 6 LPGA toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'article 16 al. 2 LAA, le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il 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. L'annexe 2 OLAA prévoit que l'indemnité journalière est calculée conformément à la formule suivante : (gain annuel assuré : 365) x 80%.

L'indemnité journalière vise à compenser la perte de salaire découlant de l'incapacité de travail. Elle est en principe calculée de manière abstraite et allouée indépendamment de la perte de gain réellement subie par l'assuré durant la période d'incapacité de travail. Par exemple, l'assuré a droit à l'indemnité journalière, même si l'on doit admettre qu'il n'aurait pas poursuivi une activité professionnelle pendant toute la durée de l'incapacité de travail, par exemple dans le cas d'un étudiant (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit - Sécurité sociale, SBVR XIV, 2016, n°211).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80% du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. L'al. 2 de cette disposition précise que, pour les personnes au chômage, l'indemnité journalière correspond à l'indemnité nette de l'assurance-chômage visée aux art. 22 et 22a de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin 1982 [LACI - RS 837.0]), calculée par jour civil.

Selon l'art. 1 de l'Ordonnance du 24 janvier 1996 sur l'assurance-accidents des personnes au chômage (OAAC; RS 837.171), l'assurance-accidents des personnes au chômage se fonde sur les prescriptions de la LPGA, de la LAA et de l'OLAA, sauf disposition particulière contenue dans ladite ordonnance. Aux termes de l'art. 5 al. 1 OAAC, l'indemnité journalière de l'assurance-accidents correspond à

l'indemnité nette de l'assurance-chômage, visée aux articles 22 et 22a LACI, calculée par jour civil. Il ressort de l'art. 22 LACI que l'indemnité journalière de l'assurance-chômage se calcule sur la base du gain assuré, lequel correspond au salaire déterminant au sens de la législation sur l'AVS qui est obtenu normalement au cours d'un ou de plusieurs rapports de travail durant une période de référence, y compris les allocations régulièrement versées et convenues contractuellement, dans la mesure où elles ne sont pas des indemnités pour inconvénients liés à l'exécution du travail (art. 23 al. 1 LCAI).

6.

6.1 L'art. 25 al. 1, 1ère phrase, LPGA, auquel renvoie l'art. 1 al. 1 LAA, prévoit que les prestations indûment touchées doivent être restituées. L'obligation de restituer suppose que soient réunies les conditions d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) de la décision par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 142 V 259 consid. 3.2; ATF 138 V 426 consid. 5.2.1). Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA (révision procédurale), 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 de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA (reconsidération), l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Par ailleurs, conformément à l'art. 25 al. 1, 2ème phrase, LPGA, la restitution ne peut pas être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile.

L'obligation de restituer suppose que soient remplies les conditions d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) de la décision - formelle ou non - par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 142 V 259 consid. 3.2 et les références; ATF 138 V 426 consid. 5.2.1 et les références; ATF 130 V 318 consid. 5.2 et les références). Ces principes sont également applicables lorsque des prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision 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 126 V 24 consid. 4b ; ATF 122 V 369 consid. 3).

Par le biais d'une reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit (ATF 147 V 167 consid. 4.2 et la référence), de même qu'une constatation des faits erronée résultant de l'appréciation des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C_442/2007 du 29 février 2008 consid. 2.1).

En outre, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Ainsi, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle 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 ; ATF 127 V 353 consid. 5b).

Lorsque la restitution est fondée sur l'existence d'un motif de révision (art. 53 al. 1 LPGA), la révision procédurale d'une décision est soumise au délai prévu par l'article 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), applicable par renvoi de l'article 55 al. 1 LPGA, à savoir un délai (relatif) de 90 jours dès la découverte du motif de révision et un délai (absolu) de 10 ans dès la notification de la décision en cause (ATF 143 V 105 et les références citées; MOSER-SZELESS in: Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n° 60 ad art. 53 LPGA). Le délai de nonante jours commence à courir dès le moment où la partie a une connaissance suffisamment sûre du fait nouveau ou du moyen de preuve déterminant pour pouvoir l'invoquer, même si elle n'est pas en mesure d'apporter une preuve certaine ; une simple supposition ou voire même des rumeurs ne suffisent pas et ne sont pas susceptibles de faire débuter le délai de révision (ATF 143 V 105 consid. 2.4 et les références citées).

6.2 En vertu de l'art. 25 al. 2 LPGA (dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2021), le droit de demander la restitution s'éteint trois ans après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant.

6.3 La procédure de restitution de prestations implique trois étapes en principe distinctes: une première décision sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération (ou révision) de la décision par laquelle celles-ci étaient allouées sont réalisées; une deuxième décision sur la restitution en tant que telle des prestations, au sens de l'art. 25 al. 1, 1ère phrase, LPGA, qui comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs ou non de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations, et, le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1, 2ème phrase, LPGA (voir art. 3 et 4 de l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales, OPGA; RS 830.11; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 5.2).

6.4 Le destinataire d'une décision de restitution qui entend la contester dispose en réalité de deux moyens qu'il convient de distinguer de façon claire : s'il prétend qu'il avait droit aux prestations en question, il doit s'opposer à la décision de

restitution dans un délai de 30 jours; en revanche, s'il admet avoir perçu indûment des prestations, mais qu'il invoque sa bonne foi et des difficultés économiques qu'il rencontrerait en cas de remboursement, il doit présenter une demande de remise. 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 (cf. art. 4 al. 2 OPGA ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_589/2016 du 26 avril 2017 consid. 3.1 ; 8C_130/2008 du 11 juillet 2008 consid. 2.2 et 8C_602/2007 du 13 décembre 2007 consid. 3). 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).

7.

7.1 Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Pour pouvoir évaluer le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, ATF 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

7.2 En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un

renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

8. Dans sa décision du 15 juin 2021, confirmée sur opposition le 25 mars 2022, l'intimée a ordonné la restitution, à hauteur de CHF 76'123.80, des indemnités journalières qu'elle avait versées au recourant du 1er janvier 2017 au 13 août 2020, en lien avec son accident du 1er novembre 2015. Elle a retenu que, dès 2017 au plus tard, le recourant avait réalisé un revenu en déployant une activité professionnelle, bien qu'il avait simultanément bénéficié d'indemnités journalières en raison d'une incapacité de travail. De surcroît, l'intéressé avait déployé cette activité comme indépendant, alors même que ce statut ne lui avait pas été reconnu. Les indemnités journalières lui avaient été servies à tort et devaient être remboursées.

Au sujet des griefs soulevés dans l'opposition, l'intimée a rétorqué que le recourant n'avait pas étayé par pièces ses allégations selon lesquelles il n'avait pas réalisé personnellement des travaux. Par ailleurs, l'assuré avait lui-même été mandaté en tant que sous-traitant, avec un statut d'indépendant (non reconnu). Les montants ressortant du rapport de révision versé au dossier étaient des salaires bruts (et non des chiffres d'affaires ou des honoraires), de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'en déduire des charges ou d'éventuels remboursements. Pour le reste, l'assuré ne sollicitait pas expressément une remise et ne pouvait de toute manière pas valablement se prévaloir de sa bonne foi.

Dans son recours, puis sa réplique, l'assuré – qui conclut notamment à l'annulation de la décision de restitution attaquée – semble concéder qu'il a déployé une certaine activité rémunérée, tout en minimisant l'ampleur de celle-ci (il s'agirait selon lui d'une « activité accessoire, qu'il [serait] excessif de décrire comme étant de nature professionnelle »). Il souligne n'avoir déployé qu'une simple activité d'intermédiaire et n'avoir fait que sous-traiter les travaux pour lesquels il a été rémunéré, de sorte qu'une grande partie des montants perçus aurait, affirme-t-il, été versée à des tiers pour les faire exécuter. Par ailleurs, il conteste le contenu du rapport de « révision d'entreprise » de la CNA, qui serait erroné dans la mesure où il y est question d'une activité salariée exercée en tant que « sous-traitant non indépendant », alors qu'il estime au contraire avoir œuvré en tant qu'indépendant (soulignant à cet égard l'absence d'engagement par D_____ SÀRL et le fait qu'il aurait personnellement assumé les risques de son

activité, ainsi que les frais liés à l'exécution des travaux). Il aurait d'ailleurs entrepris, en 2019, certaines démarches pour se constituer en tant qu'indépendant. Enfin, le recourant fait valoir sa bonne foi et sa situation financière difficile, arguant que son activité de sous-traitance visait à pallier à une situation précaire (vu les CHF 25'000.- qu'il percevait annuellement de la SUVA) et que ladite activité se serait résumée à passer des appels téléphoniques à des exécutants, raison pour laquelle il serait parti du principe qu'il n'avait pas l'obligation d'en informer l'intimée.

9.

9.1 En l'espèce, il faut admettre que le versement des indemnités journalières en cause (qui n'a pas fait l'objet d'une décision formelle) avait acquis force de chose décidée au moment où l'intimée en a demandé la restitution, en juin 2021. C'est donc aux conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale que l'intimée peut exiger la restitution desdites indemnités (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 6/02 du 22 juillet 2002 consid. 3).

Dans le cas particulier, l'intimée se prévaut d'un rapport de « révision d'entreprise » obtenu en avril 2021, dont il ressort que le recourant a été rémunéré entre 2017 et 2020 par l'entreprise D_____ SÀRL. Ce faisant, l'intimée invoque un moyen de preuve portant sur un fait (exercice d'une activité lucrative) qui existait déjà au moment où les indemnités journalières ont été versées, mais a été découvert subséquemment, soit un potentiel motif de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA (cf. consid 6.1).

À ce stade, il convient d'examiner si l'intimée a démontré, à satisfaction de droit, l'existence d'un tel motif de révision et, partant, si elle était fondée à ordonner la restitution des indemnités journalières versées dès le 1er janvier 2017. La question est donc de savoir si le dossier suffit à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant n'a pas droit aux indemnités journalières accordées dès 2017, contrairement à ce que l'intimée avait initialement supposé en lui versant ces indemnités.

9.2 S'agissant du droit aux indemnités journalières, il convient préalablement de rappeler qu'il est lié, comme cela ressort du libellé de l'art. 16 al. 1 LAA, au risque survenu pendant l'assujettissement à l'assurance (accident, lésion corporelle assimilée à un accident, maladie professionnelle) ainsi qu'à l'incapacité de travail qui en résulte (ATF 134 V 392 consid. 5.3). Les indemnités journalières ne sont dues que tant qu'il y a incapacité de travail et que l'on peut attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 135 V 287 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 5.3.2). En ce qui concerne lesdites indemnités, le système de l'assurance-accidents obligatoire repose sur une méthode de calcul fondamentalement abstraite, c'est-à-dire que l'indemnité journalière est calculée, à l'exception de certains cas particuliers, en fonction du gain réalisé avant l'accident

et non pas sur la base du gain perdu (art. 17 al. 1 LAA et art. 22 al. 2 OLAA). Par ailleurs, l'art. 16 al. 2 LAA ne prévoit pas que le droit aux indemnités journalières, une fois né, devrait prendre fin avec la disparition de la perte de gain concrète, notamment lorsque l'assuré atteint l'âge ouvrant droit à une rente de l'AVS (cf. ATF 134 V 392 consid. 5.3.1 ; voir également le Message du Conseil fédéral du 30 mai 2008 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, in FF 2008 4895, à teneur duquel « la suppression éventuelle […] de la perte de gain ne constitue pas une cause d'extinction du droit à l'indemnité journalière »).

Il en découle que le facteur décisif pour l'octroi des indemnités journalières est l'existence d'une incapacité de travail, totale ou partielle (art. 16 al. 1 et 17 al. 1 LAA), alors que l'extinction du droit auxdites indemnités est tributaire, selon le texte légal, du recouvrement de la pleine capacité de travail (en-dehors des cas d'octroi de rente et de décès de l'assuré, cf. art. 16 al. 2 LAA). Dans la mesure où la question du recouvrement de la capacité de travail est ici déterminante, le caractère dépendant ou indépendant de l'activité exercée dès 2017 importe peu, contrairement à ce que semble croire le recourant.

9.3 La chambre de céans constate ensuite qu'à elle seule, la pièce sur laquelle l'intimée s'est fondée pour rendre sa décision, à savoir un rapport de « révision d'entreprise » – d'une seule page et dépourvu de toute motivation (cf. pièce 352 du dossier de l'intimée) – ne suffit pas à établir le recouvrement d'une capacité de travail de 100% dès 2017 et donc à justifier la restitution de la totalité des indemnités journalières versées depuis lors : ce rapport permet tout au plus de constater l'existence de salaires d'ampleur variable que l'entreprise D_____ SàRL a versés au recourant (lequel a été qualifié par le réviseur de la CNA de « sous-traitant non indépendant ») entre 2017 et 2020. De son côté, le recourant semble contester, à tout le moins implicitement, le recouvrement d'une capacité de travail de 100% dès 2017, puisqu'il prétend ne pas avoir procédé physiquement aux travaux pour lesquels il a été rémunéré (travaux qu'il se serait contenté de faire sous-traiter).

Au demeurant, D_____ SàRL a considéré que le recourant avait le statut d'indépendant, raison pour laquelle elle ne l'avait pas déclaré comme salarié. Certes, ce statut n'a pas été accepté par l'intimée, si bien qu'elle a procédé à une révision et réclamé les cotisations sociales sur les sommes payées au recourant. Il n'en demeure pas moins qu'au vu des explications de ce dernier, il paraît plausible que celui-ci a agi comme sous-traitant en engageant d'autres travailleurs et en commandant le matériel nécessaire.

Si, au vu des rémunérations perçues, l'intimée disposait d'un indice sérieux en faveur d'une amélioration sensible de l'état de santé (sans que l'on sache exactement quand cette amélioration serait intervenue), elle aurait dû mettre en œuvre une instruction médicale pour en déterminer les répercussions sur la capacité de travail entre 2017 et 2020 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_266/2016 du

15 mars 2017 consid. 5.1.4). Cela est d'autant plus vrai qu'en l'occurrence, les salaires, selon la qualification de l'intimée, évoqués dans le rapport de révision d'entreprise témoignent de fluctuations importantes, dans la mesure où ils se sont élevés respectivement à CHF 55'162.- en 2019 et CHF 60'623.- en 2020 (ce qui paraît a priori compatible avec l'hypothèse d'une activité exercée à plein temps en 2019-2020), alors qu'ils se sont au contraire révélés faibles en 2017 et 2018, à hauteur de CHF 13'335.- et CHF 2'077.- respectivement (ce qui suggère plutôt l'exercice d'une activité à temps très partiel pour ces deux années).

Ainsi, l'intimée ne pouvait se limiter à constater l'existence de salaires, selon sa qualification, versés entre 2017 et 2020 pour en déduire, de manière quelque peu sibylline, que « la question de la justification d'une incapacité de travail se pos[ait] » (cf. son courrier adressé au recourant le 19 avril 2021, correspondant à la pièce 353 du dossier), de surcroît sans se déterminer explicitement dans sa décision sur la question préalablement soulevée (soit celle du bien-fondé de l'incapacité de travail pour laquelle elle avait presté entre 2017 et 2020). Il incombait bien plutôt à l'intimée de statuer clairement sur l'éventuel recouvrement par le recourant d'une pleine capacité de travail entre janvier 2017 et août 2020, soit durant la période visée par la restitution, après avoir instruit la question, le cas échéant en obtenant de D_____ SÀRL ou de tiers tout renseignement utile sur l'horaire de travail de l'intéressé durant la période litigieuse (respectivement sur les heures de travail que celui-ci aurait facturées en cas d'activité indépendante) et sur la nature des travaux lui ayant été confiés (travaux que l'intéressé prétend ne pas avoir exécuté lui-même, toutefois sans produire de justificatif propre à corroborer ses allégations).

Une fois ces renseignements obtenus, l'intimée aurait dû inviter son médecin d'arrondissement (ou un expert) à se déterminer sur le taux d'une éventuelle capacité résiduelle de travail et l'évolution de celle-ci depuis 2017. Dans ce contexte, on rappellera que, pour instruire la question de l'exigibilité (cf. art. 43 LPGA) – et donc celle de la capacité de travail –, l'administration a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. C'est en effet la tâche du médecin que de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2; ATF 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités).

9.4 Au vu de ce qui précède, et dans la mesure où le rapport de révision d'entreprise, à défaut notamment de toute appréciation médicale consécutive à celui-ci, ne suffisait pas à établir, au degré de preuve requis, que le recourant avait recouvré une capacité de travail de 100% dès le 1er janvier 2017, l'autorité intimée ne pouvait valablement, sans compléter l'instruction, ordonner la restitution de l'intégralité des indemnités journalières versées depuis lors.

Dans ce contexte, il sied de relever que selon la jurisprudence, c'est en premier lieu à l'assureur-accidents qu'il appartient d'instruire afin d'établir d'office

l'ensemble des faits déterminants (le cas échéant en administrant les preuves nécessaires) avant de rendre sa décision, conformément à l'art. 43 al. 1 LPGA (ATF 132 V 368 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3). Tel n'a pas été le cas en l'occurrence, de sorte que la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire.

Il lui appartiendra en particulier de convoquer le recourant, ainsi que D_____ SàRL, pour obtenir des renseignements plus détaillés sur les personnes qui ont exécuté le travail, leurs salaires et les frais assumés par le recourant. Le cas échéant, il devra entendre des témoins. En vue de l'établissement des sommes payées par le recourant à des tiers, il sera aussi nécessaire de lui réclamer les extraits de ses comptes bancaires afférents à la période litigieuse. Ceci fait, l'intimée devra instruire sur le plan médical le taux d'une éventuelle capacité résiduelle de travail et l'évolution de celle-ci depuis 2017.

10. Enfin, dans la mesure où dans ses écritures, le recourant souligne notamment sa bonne foi et le fait qu'un remboursement des indemnités journalières le placerait dans une situation financière difficiles, force est de constater qu'une partie de son argumentation se rapporte à une demande de remise de l'obligation de restituer.

Or, comme exposé précédemment (cf. consid. 6.4 supra) la question de la remise ne peut être examinée qu'à partir du moment où la décision de restitution est entrée en force. Tel n'est pas le cas à ce stade de la procédure, vu l'issue du litige. La chambre de céans n'a donc pas à examiner si le recourant remplit les conditions de la bonne foi et de la situation financière difficile. C'est dès l'entrée en force, le cas échéant, de sa future décision de restitution qu'il appartiendra à l'intimée de statuer sur la demande de remise du recourant.

11. Cela étant, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

12. La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).

*****

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 25 mars 2022.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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 suppléante
Nathalie LOCHER	Maya CRAMER

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