RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2736/2020 **ATAS/688/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 juin 2021

6ème 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 SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Yda ARCE 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 1er avril 2004, l'assuré a travaillé en tant que sertisseur responsable auprès de B_____ Sàrl (ci-après : B_____ Sàrl ou l'employeur). À ce titre, il était 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 1er septembre au 30 novembre 2014, à 20% du 1er 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. À compter du 10 juin 2016, l'assuré a connu une nouvelle incapacité de travail.

8. Par déclaration de sinistre LAA du 1er juillet 2016, B_____ Sàrl a informé la SUVA que l'assuré avait subi une rechute le 10 juin 2016. Selon les informations transmises, son salaire de base contractuel brut s'élevait à CHF 126'500.-.

9. Le 18 juillet 2016, la SUVA a informé 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, pour un total de CHF 139'481.90.

11. Par décision du 1er décembre 2017, confirmée sur opposition le 1er mars 2018, la SUVA a informé l'assuré de la clôture du cas au 25 octobre 2017, motif pris que les troubles qui subsistaient encore à l'épaule n'étaient plus d'origine accidentelle mais de nature maladive.

12. Le 13 avril 2018, la SUVA a établi un document interne relatif au calcul du montant des indemnités journalières en fonction 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 la somme des prestations reçues par l'assuré (CHF 281'036.70), il existait une différence de CHF 202'189.90 qui revenait à la SUVA.

13. Par décision du 13 avril 2018, la SUVA a réclamé à l'assuré la restitution de ce montant en précisant qu'il avait été déterminé en fonction des informations obtenues lors de la révision des comptes de B_____ Sàrl. Il en 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.

    Étant donné que l'assuré n'avait touché aucun salaire déclaré à l'AVS en 2016, les indemnités journalières devaient être calculées sur un revenu 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 reçu CHF 281'036.70 pour la période du 8 janvier 2014 au 25 octobre 2017. Compte tenu des salaires qui s'élevaient à CHF 52'000.- en 2014 et à CHF 14'820.- en 2016, c'était un montant de CHF 78'846.80 qui aurait dû lui être versé pendant cette période, de sorte qu'il devait restituer la somme 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.

14. Le 11 mai 2018, l'assuré a formé opposition à cette décision, faisant 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.

15. Le 29 mai 2018, l'assuré est redevenu l'unique associé gérant de B_____ Sàrl.

16. 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.-, montant auquel s'ajoutaient des allocations familiales à hauteur de CHF 800.- par mois.

    Lors de la révision des comptes de l'employeur effectuée en mars 2018, il était apparu que s'agissant de l'assuré, un salaire de CHF 52'000.- avait été déclaré à l'AVS pour l'année 2014. 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 reprenne systématiquement contact avec chaque employeur pour s'assurer de l'exactitude de toutes les données figurant dans la déclaration ou entreprenne d'autres vérifications. 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 puisque l'assuré avait un statut de salarié.

Quant au grief consistant à dire que les calculs étaient erronés, la SUVA peinait à en comprendre le bien-fondé, faute de précisions.

Il s'ensuivait que le montant de CHF 202'189.90, qui faisait l'objet de la demande de restitution, n'était pas critiquable.

17. 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.

L'assuré a soutenu 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 la SUVA, 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, dépourvu de timbre et non signé, intitulé « déclaration de sinistre LAA », daté du 1er juillet 2016, figurait au dossier. Comme la précédente déclaration de sinistre, celle-ci avait manifestement été remplie par un gestionnaire de la SUVA puisqu'il n'existait aucune trace d'envoi postal ou électronique émanant de l'assuré ou de son employeur. Ainsi, l'assuré n'avait signé aucun document et à aucun moment, depuis 2014, la SUVA n'avait posé des questions ou réclamé des justificatifs relatifs à sa situation financière.

Par ailleurs, la SUVA 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. L'assuré ne voyait pas en quoi les salaires, par hypothèse inférieurs, déclarés à l'AVS en 2014 et en 2016 auraient entraîné une quelconque modification de la 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 la SUVA tenait pour nécessaire de connaître le montant de son revenu, il lui appartenait de requérir la production de ses fiches de salaire. Étant donné que la SUVA s'en était abstenue, l'assuré ne pouvait qu'en conclure qu'elle disposait de tous les éléments nécessaires pour prendre sa décision de prestations. La SUVA avait renoncé, à l'époque, à tout examen portant sur la question du salaire de l'assuré. Les conditions pour une reconsidération spontanée de la situation du recourant n'étaient donc pas remplies.

18. Le 6 juin 2019, la SUVA a versé à la procédure le dossier concernant l'employeur, qu'elle avait constitué suite à la visite qu'elle avait effectuée en mars 2018 chez ce dernier pour effectuer une révision des salaires. À la suite de ce contrôle, la comptable de B_____ Sàrl lui avait remis diverses pièces dont il ressortait notamment que le salaire annuel de l'assuré avait été de CHF 57'520.- en 2011, CHF 49'974.- en 2012, 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 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 la SUVA).

19. Par arrêt ATAS/734/2019 du 19 août 2019 (confirmé par arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2019 du 3 juillet 2020), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre la décision sur opposition du 1er mars 2018, mettant fin au versement des prestations de la SUVA au 25 octobre 2017.

20. Par arrêt ATAS/840/2019 du 16 septembre 2019, la chambre de céans a partiellement annulé la décision de la SUVA du 27 juillet 2018 en tant qu'elle portait sur la restitution de CHF 83'129.80 à titre d'indemnités journalières pour la période du 8 janvier 2014 au 10 janvier 2016 mais l'a confirmée s'agissant de la restitution de CHF 119'060.10 à titre d'indemnités journalières pour la période du 10 juin 2016 au 25 octobre 2017. Pour la première période citée, les pièces versées au dossier ne permettaient pas à la chambre de céans de déterminer le montant que l'assuré avait perçu avant son accident. Aussi a-t-elle renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire à ce sujet et nouvelle décision.

21. Le 18 octobre 2019, l'assuré a saisi le Tribunal fédéral d'un recours en matière de droit public contre ce dernier arrêt.

22. Le 20 novembre 2019, la Caisse interprofessionnelle AVS de la Fédération des entreprises romandes FER CIAM 106.1 (ci-après : la FER CIAM) a transmis à la SUVA un extrait du compte individuel de l'assuré, dont il ressortait que le revenu déclaré à l'AVS en 2013 se montait à CHF 86'968.-.

23. Par arrêt 8C_704/2019 du 5 décembre 2020, le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assuré.

24. Par décision du 12 mars 2020, la SUVA a procédé à un nouveau calcul de l'indemnité journalière pour la période du 8 janvier 2014 au 10 janvier 2016, en

fonction du dernier salaire reçu avant l'accident du 5 janvier 2014 (CHF 86'968.-). Il en ressortait que le solde en faveur de la SUVA se montait à CHF 134'310.30, montant que l'assuré était invité à rembourser.

25. Par pli du 31 mars 2020, l'assuré a formulé une demande de remise de la somme réclamée en invoquant sa situation obérée et sa bonne foi lorsqu'il avait reçu les prestations indues. Pour les motifs qu'il avait précédemment développés devant la chambre de céans, puis dans le cadre de la procédure fédérale qui s'était conclue par l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_704/2019 du 5 décembre 2020, il ignorait, à l'époque, que la SUVA n'avait pas la totalité des informations nécessaires en sa possession.

26. Par décision du 14 avril 2020, la SUVA a refusé de libérer l'assuré du paiement de la somme de CHF 134'310.30 en faisant valoir que le caractère indu des prestations avait été confirmé par le Tribunal fédéral dans l'arrêt 8C_704/2019 du 5 décembre 2020. Par ailleurs, l'intéressé n'avait apporté la démonstration ni de sa bonne foi ni d'une situation difficile.

27. Le 13 mai 2020, l'assuré a formé opposition à cette décision en répétant qu'il ne savait pas que la SUVA n'avait pas en sa possession la totalité des informations nécessaires au calcul des indemnités journalières. Contrairement à ce qu'indiquait la décision entreprise, l'arrêt du Tribunal fédéral du 5 décembre 2020 ne traitait aucunement de la question de la bonne foi de l'assuré mais uniquement du bien-fondé de la créance. Dès lors, aucun indice ne laissait accroire qu'il avait adopté un comportement contraire à la bonne foi. Enfin, il ne touchait plus aucune prestation d'assurance sociale et n'était plus en état de travailler depuis quelques années.

28. Par décision du 23 juillet 2020, la SUVA a rejeté l'opposition en relevant que même si dans son arrêt 8C_704/2019 du 5 décembre 2020, le Tribunal fédéral ne s'était pas prononcé sur la question de la bonne foi, il n'en avait pas moins souligné que la SUVA était en droit de se fier aux indications fournies par l'employeur, sans procéder d'office à leur vérification. Comme par ailleurs, l'assuré n'avait pas contesté, dans son recours du 13 septembre 2018, avoir transmis de fausses informations quant à son salaire, que ce soit dans la déclaration de sinistre du 27 janvier 2014 ou celle du 1er juillet 2016, il ne pouvait lui échapper que la SUVA pouvait être induite en erreur par de telles informations et être ainsi amenée à verser des prestations indues. En fournissant des renseignements inexacts quant à son salaire, l'assuré avait clairement enfreint son devoir d'informer et de renseigner en faisant preuve à tout le moins de négligence grave, de sorte qu'il ne pouvait pas se prévaloir de sa bonne foi.

29. Le 9 septembre 2020, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et, subsidiairement, à la correction du montant des prestations réclamées en restitution, en déduisant notamment de ces dernières le trop-perçu de cotisations versées par B_____ Sàrl à l'intimée.

À l'appui de ses conclusions, le recourant a fait valoir qu'il lui était impossible de payer la somme de CHF 134'310.30 que l'intimée lui réclamait. Il n'avait pas de fortune et ne touchait plus aucun revenu depuis le 25 octobre 2017, date à laquelle les indemnités journalières de l'intimée avaient cessé de lui être versées. Ne souhaitant pas se retrouver à l'assistance publique, il survivait actuellement avec l'aide de ses proches, notamment grâce à sa fille qui lui avait avancé environ CHF 27'000.- au cours de ces deux dernières années.

Pour le surplus, contrairement à ce qu'elle alléguait, l'intimée ne s'était pas adressée à lui mais à B_____ Sàrl pour obtenir des renseignements. Il incombait donc à l'intimée de démontrer qu'il avait lui-même, en tant qu'employé, communiqué délibérément ou par négligence grave des informations erronées. Comme ceci n'avait pas été prouvé, l'intimée ne pouvait lui opposer les éventuels manquements de son employeur. Du reste, cette dernière ne contestait pas l'avoir contacté à diverses reprises, notamment pour le faire venir dans ses bureaux, sans lui poser de question sur ses revenus et sans lui demander la remise d'une fiche de salaire à ces occasions. Il ignorait donc que l'intimée était nantie de renseignements qui étaient inexacts de son point de vue, inexactitude toute relative dans la mesure où l'on pouvait se demander si la question du montant du salaire AVS était pertinente puisqu'il était vraisemblable que B_____ Sàrl avait maintenu le paiement des cotisations correspondant à un salaire annuel de CHF 126'500.-. La condition de la bonne foi était donc remplie.

30. Par réponse du 23 octobre 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Le recourant occupait, lors de l'événement assuré, le poste de sertisseur responsable au sein de la société B_____ Sàrl. Selon l'extrait du registre du commerce daté du 8 octobre 2020, il était également l'unique associé gérant de cette entreprise. En d'autres termes, il devait savoir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les salaires annoncés dans la déclaration de sinistre du 27 janvier 2014 ainsi que dans la déclaration de rechute du 1er juillet 2016 ne correspondaient pas aux salaires qu'il avait réellement perçus et qui s'élevaient à « CHF 86'989.- » (recte : CHF 86'968.-) en 2013 et à CHF 0.- en 2016. On voyait donc mal comment le recourant aurait pu ignorer, en tant qu'associé gérant unique, que les salaires annoncés dans lesdites déclarations de sinistre étaient inexacts. En particulier, au regard de la situation qui prévalait en 2016, on aurait clairement pu attendre du recourant, s'il avait été de bonne foi, qu'il réagisse et prenne immédiatement contact avec l'intimée pour dissiper l'erreur dans laquelle celle-ci se trouvait. Étant donné que la remise du montant de CHF 134'310.30 était subordonnée à deux conditions, celle de la bonne foi – qui faisait défaut – et de la situation difficile, il n'était pas nécessaire d'examiner cette dernière condition. Enfin, la conclusion selon laquelle le montant à restituer devait être corrigé en en déduisant les cotisations qui auraient été perçues en trop, devait être déclarée irrecevable dès lors que la décision de restitution du 12 mars 2020, portant sur la somme de

CHF 134’310.30, était entrée en force et qu’ainsi, cette conclusion était exorbitante du litige.

31. Par réplique du 11 novembre 2020, le recourant a soutenu qu’il comprenait assez mal le français, l’écrivait mal et que même s’il était seul associé gérant de la société B_____ Sàrl, il n’en déléguait pas moins toutes les démarches administratives liées aux salaires à sa Fiduciaire, de sorte qu’il n’avait aucune idée du mode de calcul des indemnités journalières. Par ailleurs, le formulaire d’annonce de sinistre de l’intimée, complété le 27 janvier 2014, invitait l’employeur à communiquer le « salaire de base contractuel (brut) » de l’assuré et non le salaire effectivement versé au cours des 3, 6 ou 12 dernier mois. Comme le principe de la bonne foi protégeait le citoyen dans la confiance légitime placée dans les assurances reçues des autorités, il était exclu de faire porter au recourant les conséquences de cette référence imprécise au « salaire de base contractuel (brut) » dont la formulation était imputable à l’intimée.

32. Entendu le 14 décembre 2020 en audience de comparution personnelle des parties, le recourant a indiqué qu’il avait racheté l’entreprise B_____ Sàrl en 1996. Comme il n’était pas en mesure d’exercer une activité de sertisseur à cette époque, en raison du contexte international, il avait exploité un tabac-épicerie pendant deux ans. Ensuite, il avait repris son activité de sertisseur en plus du tabac-épicerie. Par la suite, il avait encore créé une autre société, C_____ Sàrl, mais ça n’avait pas duré longtemps. À ce moment-là, il avait cessé l’activité du tabac-épicerie. Ensuite, il était retourné chez B_____ Sàrl en 2007, en tant que sertisseur salarié, tout en étant associé. Malgré ce statut, il s’occupait uniquement du travail de sertisseur. À son souvenir, l’associé gérant était Monsieur D_____. Puis ce dernier avait été remplacé par Monsieur E_____, avant que le recourant ne redevienne associé gérant de B_____ Sàrl, peu avant la faillite de la société. Pendant certaines années, son salaire s’élevait en moyenne à CHF 125’000.- par an. En 2014, il avait touché CHF 111’000.-. Lorsqu’il était employé, il ne gérait pas les relations avec l’assurance-accidents mais donnait les documents à sa Fiduciaire, soit à Madame F_____ » (NDR : Mme G_____ selon diverses pièces) qui était partie à la retraite en 2017. Cette dernière avait déclaré l’accident du 27 janvier 2014 à l’intimée, ainsi que la rechute. À son souvenir, le salaire annoncé à l’assureur-accidents était de CHF 125’000.-. Il payait toujours le même montant de cotisations à l’intimée depuis les années 2010 et il avait été indemnisé par cette dernière à d’autres occasions et toujours sur la base d’un salaire de CHF 125’000.- par année, en fonction duquel les cotisations étaient payées. Il avait demandé à sa Fiduciaire de l’assurer pour le gain le plus élevé possible dès lors qu’à l’époque, il gagnait un revenu qui était parfois supérieur au plafond de la LAA. Il était conscient qu’il continuait chaque année à payer des cotisations en rapport avec ce revenu maximum. Selon sa logique, dès lors qu’il payait des cotisations sur la base d’un tel revenu, il avait droit à des indemnités journalières calculées en fonction de celui-ci. Du reste, il était assuré en perte de gain maladie

pour le même montant que celui assuré en LAA et il avait été indemnisé en 2012, pour un problème à l'épaule, sur la base d'un salaire annuel de CHF 125'000.-. Enfin, le recourant a précisé qu'il avait vu les déclarations d'accident après que sa Fiduciaire les eut transmises à l'intimée.

L'avocat du recourant a ajouté que les revenus de son mandant étaient très différents d'une année à l'autre mais qu'en payant toujours des cotisations sur un revenu de CHF 125'000.- par an, il pensait être assuré pour ce montant en toutes circonstances comme pour une assurance de somme. D'ailleurs, en 2018, il en avait été de même : étant donné qu'il avait subi plusieurs périodes d'incapacité de travail diminuant son revenu, il était difficilement explicable que la Fiduciaire ait continué de payer des cotisations sur ce salaire de CHF 125'000.- en lieu et place du salaire AVS. Quoi qu'il en soit, il existait des indices au dossier qui auraient dû attirer l'attention de l'intimée sur le montant du gain assuré. En effet, la déclaration d'accident demandait au recourant de mentionner son salaire contractuel de base et non pas son salaire AVS. Or, dans le cas particulier, il n'était pas contesté que le salaire contractuel était de CHF 125'000.- par an. Toutes les assurances ainsi que les services en charge de l'assurance-chômage demandaient aux intéressés des documents pour attester leur salaire. En l'espèce toutefois, l'intimée n'avait rien demandé de tel au recourant, ni même une fiche de salaire qui lui aurait permis de vérifier le gain assuré. De plus, le recourant n'était pas à même de vérifier les montants reçus.

Également entendu par la chambre de céans, le représentant de l'intimée a indiqué que les déclarations d'accident avaient été envoyées par courriel à la SUVA. Il a ajouté que cette dernière ne demandait jamais de documents pour attester le gain indiqué et qu'à moins d'indices faisant naître un doute à ce sujet, elle se basait sur le gain assuré tel qu'il était mentionné dans la déclaration d'accident de l'employeur. Quant au recourant, il devait se rendre compte que l'indemnité journalière était supérieure au salaire qu'il réalisait avant l'accident, de sorte qu'il aurait dû prendre contact avec l'intimée, d'autant qu'il était mentionné dans son curriculum vitae qu'il avait des notions en comptabilité.

Sur quoi, le recourant a indiqué que son curriculum vitae mentionnait certes « petite comptabilité sur Excel, gestion d'entreprise, gestion du personnel » mais cela signifiait qu'il était capable de faire un devis pour un client mais qu'il n'avait pas suivi de formation spécifique en gestion du personnel, hormis quelques cours durant le chômage. Il était exact qu'il avait vu les déclarations d'accident après que la Fiduciaire les eut transmises à l'intimée.

Interpellé au sujet de la déclaration d'accident de 2014 en tant qu'elle mentionnait un salaire de CHF 12'500.- par mois, le recourant a mentionné qu'il se pouvait qu'il s'agisse d'une erreur au regard du salaire annuel de CHF 125'000.-, montant pour lequel il avait, dans son esprit, toujours été assuré.

33. Le 28 janvier 2020, l'intimé a versé au dossier notamment :

a) des extraits d'un ancien dossier relatif à un accident dont le recourant avait été victime le 12 juin 2007 (entorse du genou droit, déchirure à la cuisse droite). Il en ressort notamment que l'employeur avait déclaré, le 18 juin 2007, un salaire de base (brut) de CHF 9'000.- et, dans une seconde déclaration de sinistre du 28 janvier 2008, relative à ce même événement, un revenu de CHF 85'000.-, en précisant qu'il s'agissait du montant qu'il avait perçu entre le 1er mai 2007 et le 31 décembre 2007 et que celui-ci correspondait à un salaire de CHF 10'625.- par mois (sur cette période). Le 11 mars 2008, l'intimée avait écrit à B_____ Sàrl pour qu'elle lui communique les données salariales du recourant. Le 20 mars 2018, B_____ Sàrl avait transmis à l'intimée son certificat de salaire pour l'année 2007, dont les indications correspondaient à la déclaration de sinistre du 28 janvier 2008. Dans un courrier posté le 26 septembre 2008, que le recourant avait adressé lui-même à l'intimée, celui-ci indiquait qu'à la suite d'un examen approfondi de la « décision du 01.07.08 », il n'arrivait pas aux mêmes chiffres bruts que l'intimée. Aussi voulait-il savoir comment l'intimée parvenait à une indemnité de CHF 234.10 par jour à partir d'un salaire brut de CHF 85'000.- pour huit mois de travail en 2007. Sur quoi, l'intimée lui avait répondu par courrier du 8 octobre 2008 que son salaire de CHF 85'000.- pour huit mois de travail en 2007 correspondait, pour douze mois de travail, à un salaire annuel de CHF 127'500.-. Comme le salaire maximum assuré était de CHF 106'800.- en 2007, il pouvait prétendre à l'indemnité journalière maximale de CHF 234.10 ;

b) des extraits d'un ancien dossier concernant un accident que le recourant avait subi le 1er avril 2011 (fracture des orteils du pied gauche). Il en ressort que l'employeur avait déclaré, le 21 avril 2011, un salaire de CHF 10'516.- par mois. Suite à cela, l'intimée avait informé B_____ Sàrl par courrier du 27 avril 2011 que le droit à l'indemnité journalière du recourant prenait naissance le 4 avril 2011 et se montait à CHF 276.20 par jour calendaire ;

c) des renseignements donnés par Monsieur H_____, chef de secteur du service des primes de la SUVA, en réponse aux questions du service juridique de cette dernière. Il en résulte que l'affiliation de l'entreprise avait été effectuée suite à un entretien téléphonique du 13 septembre 2005 entre Monsieur I_____, alors associé gérant de B_____ Sàrl, et l'intimée. Interrogé sur le point de savoir si des explications étaient données par la SUVA au moment de l'affiliation d'une entreprise sur la manière dont les primes étaient calculées et sur les démarches qu'une entreprise devait entreprendre lorsque les bases de calcul des primes venaient à changer, M. H_____ a répondu que des informations étaient données à la personne de contact au moment des démarches d'affiliation de l'entreprise. Ces informations portaient sur la procédure d'établissement des primes provisoires, la possibilité de l'entreprise de modifier le montant de la prime provisoire ainsi que son obligation

d'annoncer les salaires effectivement versés en fin d'exercice pour l'établissement de la prime définitive pour l'année en question. Si l'entreprise ne remplissait pas son obligation légale, soit en omettant d'annoncer les salaires définitifs, la SUVA procédait à une estimation des salaires et établissait la facture définitive sur cette base. Par ailleurs, la SUVA procédait régulièrement à une révision auprès de l'entreprise pour vérifier si les masses salariales annoncées étaient correctes. Si tel n'était pas le cas, elle procédait à des corrections. S'agissant de B_____ Sàrl, à l'exception des années 2014 et 2015, pour lesquelles l'entreprise n'avait pas annoncé les salaires définitifs – ce qui avait contraint la SUVA de procéder par estimation –, les primes de chaque année avaient été réajustées en fonction de la déclaration de salaires faite par cette société. À noter que pour 2014 et 2015, les salaires avaient été corrigés par la suite, lors de la révision effectuée en mars 2018. Suite à cette opération qui avait permis notamment de rectifier les salaires se rapportant aux années pour lesquelles elle n'avait pas reçu de déclaration, la SUVA avait pris en considération, pour le recourant, les salaires annuels de CHF 52'000.- en 2014 et CHF 6'000.- en 2015. Invité à dire pour quelle raison les primes avaient été calculées sur une masse salariale de CHF 125'000.- dans la facture de primes provisoire du 10 novembre 2017 (période du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018), alors que B_____ Sàrl n'avait quasiment plus de personnel en 2016 et que le recourant n'avait perçu aucun salaire durant cette année, M. H_____ a répondu que la prime provisoire 2018 avait été calculée sur la base des salaires figurant sur la prime provisoire 2017 et non sur la facture définitive pour l'année 2016. Les primes provisoires étaient appelées de toute façon à être rectifiées lors de l'établissement de la facture de primes définitive. Les salaires à la base des primes provisoires n'étaient pas déterminants. En l'occurrence, la prime provisoire n'avait jamais été réglée et avait ensuite été annulée suite à la faillite de l'entreprise. Un tableau, reproduit ci-après en substance, permettait de récapituler la situation entre 2010 et 2018 :

	Salaires provisoires selon estimation SUVA	Prime provisoire	Déclaration de salaires d'B_____ Sàrl		Masse salariale définitive	Remboursement ou facture complémentaire une fois la prime définitive* connue		Observations
			Total	dont recourant		Montant	le	
2018	125'000	1'886.65	-.-	-.-	-.-	-.-	-.-	Facture définitive pas établie en raison de la faillite de B_____ Sàrl en 2018
2017	125'000	1'886.65	5'000	5'000	5'000	-1'718.65	01.02.18	
2016	111'000	1'731.80	-.-	-.-	-.-	-1'731.80	15.02.17	
2015	110'000	1'848.35	-.-	-.-	123'000	499.85	04.04.16	B_____ Sàrl n'a pas envoyé sa déclaration ; la SUVA a procédé par estimation
2014	82'000	1'380.05	-.-	-.-	91'000	351.50	31.03.15	B_____ Sàrl n'a pas envoyé sa déclaration ; la SUVA a procédé par estimation
2013	-.-	-.-	109'717	86'968	109'717	1'866.05	13.02.14	Pas de prime provisoire prélevée
2012	-.-	-.-	79'717	49'974	79'717	1'370.00	23.02.13	Pas de prime provisoire prélevée
2011	-.-	-.-	57'520	57'520	57'520	1'060.40	18.01.02.	Pas de prime provisoire prélevée
2010	-.-	-.-	26'290	10'760	26'290	484.70	23.02.11	Pas de prime provisoire prélevée, B_____ Sàrl ayant annoncé ne pas penser engager de personnel en 2010

	Prime provisoire	Remboursement ou facture complémentaire	Frais pour travail supplém-entaire	*Montant de la prime définitive	Observations
2018	1'886.65	-.-	-.-	-.-	cf. tableau 1
2017	1'886.65	-1'718.65	-.-	168.00	
2016	1'731.80	-1'731.00	-.-	0.00	
2015	1'848.35	2'048.00	300.00	499.85	CHF 300.- dus pour établir une estimation de la masse salariale en l'absence de déclaration de salaires
2014	1'380.05	1'531.55	200.00	351.50	CHF 200.- dus pour établir une estimation de la masse salariale en l'absence de déclaration de salaires
2013	-.-	1'866.05	-.-	1'866.05	cf. tableau 1
2012	-.-	1'370.00	-.-	1'370.00	cf. tableau 1

2011	-.-	1'060.40	-.-	1'060.40	cf. tableau 1
2010	-.-	484.70	-.-	484.70	cf. tableau 1

Faisant part de ses observations au regard des pièces transmises, l'intimée a relevé que le recourant s'était employé, lors de l'audience du 14 décembre 2020, à soutenir qu'il avait perçu de bonne foi des indemnités versées à tort en arguant qu'il avait toujours payé des cotisations sur un salaire annuel de CHF 125'000.- et qu'il était donc normal, selon lui, qu'il touche des indemnités journalières calculées en fonction de ce montant. En premier lieu, il importait de préciser qu'il ne fallait pas confondre le système de perception des primes pour une entreprise, lesquelles étaient calculées sur la masse salariale qui était déclarée par celle-ci – et non pas sur les salaires individuels la composant – et celui des indemnités journalières allouées aux salariés de l'entreprise en cas d'accident. À la lecture des pièces produites, en particulier des explications de M. H_____, on comprenait que si l'entreprise omettait de signaler des changements importants au niveau de la masse salariale, la perception des primes avait lieu en fonction d'une estimation qui se fondait sur les dernières informations fournies par l'entreprise. Or, en l'espèce, on pouvait constater, sur la base du tableau versé à la procédure, que le montant des primes avait varié entre les années 2010 et 2013, en fonction de la modification de la masse salariale, et que pour 2014 et 2015, le montant des primes avait été calculé sur la base d'une estimation car B_____ Sàrl avait omis de faire parvenir sa déclaration à l'intimée. Ainsi, la thèse selon laquelle le recourant (ou plutôt B_____ Sàrl) aurait toujours payé les mêmes cotisations (recte : les mêmes primes) depuis les années 2010 sur la base d'un salaire de CHF 125'000.- ne résistait pas à l'examen.

En tant que le recourant réclamait pour lui la protection découlant du principe de la bonne foi, il importait de relever que l'intimée ne lui avait donné aucune information ni garantie que les indemnités journalières seraient calculées sur le montant de CHF 125'000.-, comme il en irait pour une convention revêtant les caractéristiques d'une assurance de somme. Ce montant de CHF 125'000.- n'avait au demeurant pas l'importance que le recourant essayait de lui donner puisqu'il ne se recoupait pas avec le salaire mensuel de CHF 12'500.- qui avait été indiqué dans la déclaration de sinistre du 27 janvier 2014. Par ailleurs, le recourant devait bien savoir ou se rendre compte, notamment après s'être renseigné auprès de l'intimée, le 26 septembre 2008, sur le mode de calcul des indemnités journalières qui lui avaient été versées après son premier accident, du 12 juin 2007, que les indemnités journalières étaient calculées sur la base du revenu effectif, cas échéant limité par le gain maximum assuré, et non par une sorte d'assurance de somme qui lui aurait garanti une couverture portant sur un gain annuel assuré de CHF 125'000.-, à plus forte raison que le montant de l'indemnité journalière n'avait pas toujours été identique puisqu'il s'était élevé à CHF 234.10 en 2008, CHF 276.20 en 2014 et à CHF 277.30 en 2016 (après la rechute annoncée en juin 2016), malgré l'absence de revenu versé par B_____ Sàrl en 2016. Dans ces circonstances, ce n'était pas une violation des règles de la bonne foi qu'on pouvait reprocher à l'intimée en rapport avec la mention du salaire contractuel brut dans le formulaire de déclaration

de sinistre, d'autant que le Tribunal fédéral avait considéré dans son arrêt 8C_704/2019 du 5 décembre 2019 que l'intimée était en droit de se fier aux indications fournies par l'employeur, sans procéder d'office à leur vérification. Force était au contraire de constater que la prétendue ignorance du recourant du fait qu'il n'avait pas droit aux indemnités journalières dans la mesure fixée par les communications des 29 janvier 2014 et 18 juillet 2016 ne suffisait pas à admettre sa bonne foi. Celui-ci avait au contraire fait preuve de négligence grave en ne prenant pas au moins la précaution de tirer au clair la situation à réception des communications précitées et en s'accommodant du risque que l'intimée fût induite en erreur. Partant, la condition de la bonne foi du recourant ne pouvait pas être retenue, de sorte qu'une remise des prestations indûment touchées s'avérait exclue.

34. Par pli du 3 mars 2021, le recourant a soutenu en substance que dans la mesure où M. H_____ mentionnait dans ses explications que B_____ Sàrl avait fait usage de la possibilité (« aucune obligation pour elle à cet égard ») de ne pas annoncer de modification de la masse salariale provisoire au cours des dix dernières années, elle ne pouvait pas renoncer, lors de sa communication du 29 janvier 2014, à inviter le recourant et son employeur à vérifier la masse salariale estimative sur laquelle elle s'était basée, si bien qu'une « telle négligence [mettait] fin à toute discussion ».

35. Sur 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. a. Interjeté dans les formes et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA), sous réserve de ce qui suit.

   b. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

c. En l'absence de décision portant sur la question d'un éventuel remboursement de primes LAA excédentaires prélevées sur les revenus du recourant, les conclusions subsidiaires de ce dernier, tendant au remboursement du « trop-perçu de cotisations » sont irrecevables.

3. Le recourant n'ayant pas contesté la décision du 12 mars 2020 le condamnant à restituer à l'intimée CHF 134'310.30 au titre de la part excédentaire des indemnités journalières perçues entre le 8 janvier 2014 et le 10 janvier 2016, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée est fondée à refuser au recourant la remise de l'obligation de restituer la somme en question.

4. a. Selon l'art. 25 al. 1 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile. Ces deux conditions matérielles sont cumulatives et leur réalisation est nécessaire pour que la remise de l'obligation de restituer soit accordée (ATF 126 V 48 consid. 3c ; DTA 2001 p. 160, arrêt du Tribunal fédéral C 223/00, du 5 février 2011 consid. 5).

   Selon l'art. 4 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA ; RS 830.11), la restitution entière ou partielle des prestations allouées indûment, mais reçues de bonne foi, ne peut être exigée si l'intéressé se trouve dans une situation difficile.

   b. Selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances relative à l'art. 47 al. 1 LAVS (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; DTA 1998 n. 14 p. 70, consid. 4a), applicable par analogie notamment en matière d'assurance-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_30/2008 du 5 septembre 2008 consid. 3.2), l'ignorance, par le bénéficiaire, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations versées ne suffit pas pour admettre qu'il était de bonne foi. Il faut bien plutôt qu'il ne se soit rendu coupable non seulement d'aucune intention malicieuse mais encore d'aucune négligence grave. Il s'ensuit que la bonne foi en tant que condition de la remise est exclue d'emblée lorsque les faits qui conduisent à l'obligation de restituer (violation du devoir d'annoncer ou de renseigner) sont imputables à un comportement dolosif ou à une négligence grave. Tel est le cas si, lors du dépôt de la demande et de l'examen des conditions personnelles ou économiques, certains faits ont été passés sous silence ou que de fausses indications ont été fournies intentionnellement ou par négligence. Il en va de même lorsqu'un changement dans la situation personnelle ou matérielle n'a, intentionnellement ou par négligence grave, pas été annoncé ou l'a été avec retard ou que des prestations indues ont été acceptées de manière dolosive ou gravement négligente (cf. ATF 112 V 97 consid. 2c, ATF 110 V 176 consid. 3c, DTA 1998 n° 14 p. 72 consid. 4a). Comme dans d'autres disciplines juridiques, la mesure de la diligence requise se mesure selon des critères objectifs, sans toutefois faire abstraction de ce qui est possible et exigible de la part de la personne concernée selon les particularités qui lui sont propres (capacité de discernement, état de santé, niveau d'instruction, etc. ; arrêt

du Tribunal fédéral 9C_14/2007 du 2 mai 2007 consid. 4.1 et l'arrêt cité). Il y a ainsi négligence grave lorsque l'intéressé ne se conforme pas à ce qui peut être raisonnablement exigé d'une personne capable de discernement, se trouvant dans une situation identique et dans les mêmes circonstances (ATF 110 V 176 consid. 3d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_41/2011 du 16 août 2011 consid. 5.2). Il faut en particulier examiner si, en faisant preuve de l'attention exigible, il aurait pu constater que les versements ne reposaient pas sur une base juridique. Il n'est pas demandé à un bénéficiaire de prestations de connaître dans leurs moindres détails les règles légales. En revanche, il est exigible de lui qu'il vérifie les éléments pris en compte par l'administration pour calculer son droit aux prestations. On peut attendre d'un assuré qu'il décèle des erreurs manifestes et qu'il en fasse l'annonce à l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2012 du 7 mars 2013 consid. 4.2). En revanche, l'intéressé peut invoquer sa bonne foi lorsque l'acte ou l'omission fautifs ne constituent qu'une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner (ATF 112 V 97 consid. 2c, ATF 110 V 176 consid. 3c, arrêt du Tribunal fédéral 8C_403/2008 du 23 janvier 2009 consid. 2.2).

c. Dans un arrêt du 13 octobre 2020, le Tribunal fédéral a considéré que pour apprécier le comportement d'un assuré, assisté d'un avocat, sous l'angle de la bonne foi au sens de l'art. 25 al. 1 LPGA, les actes et omissions de ce mandataire sont imputables à son client (ATF 143 I 284 consid. 1.3 et les arrêts cités). Et lorsque l'assuré ou le mandataire s'adjoint les services d'un auxiliaire, il répond du comportement de celui-ci comme de ses propres actes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_43/2020 du 13 octobre 2020 consid. 5.3.2 et les arrêts cités).

5. a. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références).

b. 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).

6. a. En l'espèce, le recourant proteste de sa bonne foi en faisant valoir, dans un premier moyen, qu'on ne saurait lui opposer les éventuels manquements de B_____ Sàrl dès lors que son emploi de sertisseur, dès le 1er avril 2007, ne lui permettait pas de savoir quels étaient les renseignements que B_____ Sàrl avait ou non transmis à l'intimée, d'autant qu'il « déléguait en principe une grande partie de l'activité administrative et comptable à [sa] Fiduciaire puisqu'il était lui-même accidenté au bras et peinait à remplir ce genre d'obligations » (réplique p. 3). Il ajoute qu'il n'avait aucune raison de croire que sa Fiduciaire ait eu l'intention de tromper l'intimée en indiquant le montant du salaire de base contractuel – en lieu et place du salaire effectivement versé –, la mention de la rémunération contractuelle étant précisément requise dans le formulaire de déclaration de sinistre. Dans un second moyen, le recourant soutient qu'il se croyait lié à l'intimée par une assurance de somme conclue sur la base d'un salaire annuel de CHF 125'000.- et que cet accord lui garantissait des indemnités journalières calculées en toutes circonstances selon ce montant, la seule contrepartie étant de payer des primes calculées sur la base de la somme assurée.

   b. La chambre de céans considère que même sans connaissance particulière du droit des assurances sociales, les personnes qui ont déjà connu un accident entraînant un arrêt de travail, n'ignorent pas que les indemnités journalières LAA sont calculées d'après leur gain assuré, soit en fonction du dernier salaire avant l'accident (cf. art. 15 LAA) et que même sans connaître précisément les règles déterminant le montant de ces prestations (art. 17 LAA, art. 22ss OLAA), l'expérience vécue leur enseigne qu'une incapacité totale de travail se traduit par une perte de gain que les seules indemnités journalières LAA ne compensent qu'en partie, notamment lorsque le dernier salaire avant l'accident est supérieur au montant maximum du gain assuré (art. 22 al. 1 OLAA). Or, force est de relever qu'en l'espèce, le recourant s'était déjà renseigné sur le mode de calcul des indemnités journalières par le passé : à la suite d'un premier accident, survenu le 12 juin 2007, il avait fait part de ses doutes à l'intimée quant au montant de l'indemnité journalière communiquée mais n'avait pas contesté les explications qu'il avait obtenues en réponse le 8 octobre 2008. En ce qui concerne la période du 8 janvier 2014 au 10 janvier 2016, durant laquelle le recourant a été surindemnisé à hauteur de CHF 134'310.30 en raison de la prise en compte du gain maximum assuré alors en vigueur (CHF 126'000.-, dont le 80% représentait CHF 276.20 par jour), il ne pouvait donc pas échapper au recourant qu'au vu du salaire annuel de CHF 86'968.- qu'il réalisait avant l'accident du 5 janvier 2014, la communication du 29 janvier 2014 comportait une erreur manifeste en sa faveur, que la bonne foi lui intimait de signaler à l'intimée. Le recourant objecte certes que le formulaire de déclaration de sinistre demandait la mention du salaire contractuel et que ce dernier s'élevait à « CHF 125'000.- » (recte : CHF 126'192.-, versés en douze mensualités de CHF 10'516.- ; pièce 2 recourant). Toutefois, si le salaire réel en 2013 était inférieur d'environ CHF 40'000.- au salaire contractuel, il s'agissait d'un fait déterminant pour l'octroi des prestations qu'il lui incombait de signaler à l'intimée

(cf. art. 31 al. 1 LPGA et 93 al. 1 LAA), ce à quoi les explications de recourant sur une prétendue forfaitisation de la perte de gain – qui lui aurait été accordée au moyen de primes toujours payées sur le salaire contractuel – ne changent rien, même s'il déclare avoir « dit à la Fiduciaire de [l]'assurer pour le maximum possible à la LAA dès lors qu'à l'époque, [il] gagnai[t] un revenu parfois supérieur au plafond LAA » (cf. procès-verbal de comparution personnelle du 14 décembre 2020, p. 2). Il ressort en effet clairement du tableau récapitulatif – non contesté – pour la période 2010 à 2018, qu'entre 2010 et 2013, le revenu du recourant ne représentait qu'une fraction de son salaire contractuel, ce qu'il n'ignorait pas, alors que la masse salariale de B_____ Sàrl connaissait une croissance progressive et, avec elle, les primes LAA payées par l'entreprise. S'agissant de ce dernier point, il ne saurait avoir échappé au recourant, cas échéant par l'imputation à celui-ci des faits portés à la connaissance de sa Fiduciaire (*Wissensvertretung* ; arrêt du Tribunal fédéral 4F_15/2017 du 30 novembre 2018 consid. 3.2.2) que les primes LAA étaient fixées en fonction de la masse salariale, ce qu'illustre notamment la situation pour l'année 2017 : alors que B_____ Sàrl s'est vue facturer une prime de CHF 1'886.65, calculée sur la base d'une estimation de la masse salariale à CHF 125'000.-, l'intimée lui a remboursé CHF 1'718.65 le 1er février 2018, compte tenu d'un total des salaires limité, *in fine*, à CHF 5'000.-. Aucun élément ne permet donc de conforter l'idée d'une assurance de somme. Enfin, la croyance en l'existence d'une telle assurance ne saurait être protégée dès lors que c'est non seulement l'éventuelle omission de la Fiduciaire de souscrire une assurance de somme, mais aussi l'hypothétique échec d'une telle démarche qui sont opposables au recourant (ci-dessus : consid. 4c).

7. Compte tenu de ce qui précède, le fait que le recourant n'ait pas interpellé l'intimée au sujet du montant manifestement excessif des indemnités journalières que celle-ci lui avait communiqué le 29 janvier 2014 est constitutif d'une négligence grave, de sorte que c'est à juste titre que l'intimée a considéré que la condition relative à la bonne foi n'était pas remplie. Dans ces circonstances, il est superflu d'examiner si la restitution du montant de CHF 134'310.30 mettrait le recourant dans une situation difficile.

8. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

   La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

*****

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare irrecevables les conclusions demandant la correction du montant réclamé en restitution via la déduction du « trop-perçu de cotisations versées par B_____ Sàrl à la SUVA ».
2. Déclare le recours recevable pour le surplus.

Au fond :

3. Le rejette.
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
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