

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3792/2018

ATAS/420/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 mai 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-SACONNEX

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1,
LUZERN

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Christian PRALONG, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'intéressé), né le _____ 1978, est associé-gérant de la société B_____ Sàrl avec signature individuelle.
2. Il a été victime d'un accident le 10 septembre 2015.

Selon la déclaration de sinistre LAA remplie par la société le 17 septembre 2015, le salaire annuel de l'intéressé était de CHF 72'000.-, auquel s'ajoutait CHF 4'800.- d'allocations familiales. Se fondant sur ces chiffres, la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) a fixé le montant de l'indemnité journalière à CHF 168.35 (80% de CHF 76'800.- : 365).

3. Constatant des divergences entre les montants déclarés et les salaires figurant sur le compte individuel de cotisations AVS-AI, la SUVA a initié une révision d'entreprise. Du rapport de révision daté du 28 mai 2018, il est apparu que le salaire déclaré ne correspondait pas à la réalité. Par courrier du 7 juin 2018, la SUVA a relevé que l'intéressé avait perçu un salaire mensuel brut de CHF 6'100.- (13^{ème} salaire inclus) de janvier à septembre 2015 selon les fiches de salaires, et de CHF 4'000.- de juillet à septembre et de novembre à décembre 2015 selon les comptes individuels. Elle a dès lors imparti à l'intéressé un délai pour qu'il se détermine. Celui-ci a indiqué, le 20 juillet 2018, qu'« il me semblait que suite à mon affiliation auprès de votre caisse, mon salaire assuré était de CHF 6'000.- mensuel en tant que chef d'entreprise et que j'ai toujours payé les cotisations en conséquence. S'il devait s'avérer que ce n'est pas le cas, je vous paierai évidemment la différence ».

Aussi, par décision du 25 juillet 2018, la SUVA a-t-elle réduit le montant de l'indemnité journalière à CHF 59.20, qu'elle a calculé sur la base d'un salaire annuel de CHF 27'000.-, représentant le salaire effectif versé de septembre 2014 à août 2015. Elle a, partant, réclaté à l'intéressé le remboursement de la somme de CHF 39'353.75.

4. L'intéressé, représenté par Me Andreas DEKANY, a formé opposition le 27 août 2018. Il allègue qu'il lui semblait que des cotisations avaient été payées sur la base d'un salaire mensuel de CHF 6'000.- conformément à la convention salariale des chefs d'entreprise. Aussi pensait-il, de bonne foi, que la prime d'assurance versée couvrait un salaire mensuel de ce montant.

Il reproche quoi qu'il en soit à la SUVA de n'avoir pas motivé clairement sa décision du 25 juillet 2018 et ne comprend en particulier pas quels éléments elle a retenus pour fixer le montant à restituer de CHF 39'353.75.

5. Par décision du 26 septembre 2018, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle explique qu'elle a pris en compte le salaire perçu par l'intéressé l'année qui a précédé l'accident, soit CHF 19'000.- de septembre à décembre 2014 (CHF 57'000.- : 12 x 4) et CHF 8'000.- de janvier à août 2015 et ainsi fixé à CHF 59.20 le montant de l'indemnité journalière due (80% de CHF 27'000.- : 365). S'agissant du montant de

CHF 39'353.75, elle se réfère expressément à son décompte du 25 juillet 2018 qu'elle a transmis à l'intéressé.

6. L'intéressé a interjeté recours le 29 octobre 2018 contre ladite décision sur opposition. Il considère que le décompte annexé à la décision ne l'aide pas à comprendre pour quelle raison il devrait rembourser un montant aussi important, « alors même que je pensais avoir agi de manière juste et adéquate et que j'étais de bonne foi ». Il s'étonne également de ce que ce document lui a été envoyé presque trois ans après son accident.

Il fait ainsi valoir un défaut de motivation de la décision et la violation de l'art. 53 al. 1 LPGA, et conclut à l'annulation de la décision sur opposition du 26 septembre 2018.

7. Dans sa réponse du 27 novembre 2018, la SUVA a relevé que sur le décompte, sont récapitulées les prestations calculées sur le salaire déclaré et versées du 10 septembre 2015 au 31 mars 2017, de CHF 60'695.35, d'une part, et les prestations, calculées sur le salaire réellement perçu, donc rectifiées de CHF 21'341.60, d'autre part, ce qui laisse apparaître un solde en sa faveur de CHF 39'353.75.

La SUVA constate que l'intéressé a été dûment interpellé avant même le prononcé de la décision. Il ne saurait donc valablement prétendre ne pas comprendre la décision de restitution.

La SUVA conteste enfin avoir agi avec retard. Elle rappelle à cet égard que ce n'est qu'à réception du rapport de révision du 28 mai 2018 qu'elle a été en mesure de constater que le salaire réellement perçu par l'intéressé avant l'accident était celui annoncé à la Caisse genevoise de compensation et non celui qui lui avait été déclaré.

8. Par courrier du 20 décembre 2018, l'intéressé a indiqué qu'il persistait dans ses conclusions.
9. Son courrier a été transmis à la SUVA et la cause 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de l'intéressé aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la SUVA de réclamer à l'intéressé la restitution de la somme de CHF 39'353.75, représentant les indemnités journalières calculées sur la base d'un salaire déclaré erroné.
5. Selon l'art. 25 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées.

L'obligation de restituer suppose aujourd'hui encore, conformément à la jurisprudence rendue à propos des anciens articles 47 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 (LAVS; RS 831.10) ou 95 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, du 25 juin 1982 (LACI; RS 837.0) (ATF 129 V 110 consid. 1.1; ATF 126 V 23 consid. 4b; ATF 122 V 19 consid. 3a), que soient remplies les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision - formelle ou non - par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 32/06 du 14 novembre 2006 consid. 3 et les références). Ceci est confirmé sous l'empire de la LPGA (Arrêt du Tribunal fédéral 8C_512/2008 du 4 janvier 2009, consid. 4). À cet égard, la jurisprudence constante distingue la révision d'une décision entrée en force formelle, à laquelle l'administration est tenue de procéder lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 122 V 19 consid. 3a; ATF 122 V 134 consid. 2c; ATF 122 V 169 V consid. 4a; ATF 121 V 1 consid. 6), de la reconsidération d'une décision formellement passée en force de chose décidée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à laquelle l'administration peut procéder pour autant que la décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 122 V 19 consid. 3a; ATF 122 V 169 consid. 4a; ATF 121 V 1 consid. 6). En ce qui concerne

plus particulièrement la révision, l'obligation de restituer des prestations complémentaires indûment touchées et son étendue dans le temps ne sont pas liées à une violation de l'obligation de renseigner (ATF 122 V 134 consid. 2e). Il s'agit simplement de rétablir l'ordre légal après la découverte du fait nouveau (Arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2008 du 4 septembre 2008 consid. 3.1).

6. Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1).
7. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. 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 ; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit

(RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références).

8. 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. En l'espèce, après avoir pris connaissance des conclusions du rapport du 28 mai 2018, la SUVA a constaté qu'elle avait calculé le montant de l'indemnité journalière dû à l'intéressé sur une base erronée. La découverte de ce fait nouveau justifie la suppression rétroactive des prestations et la demande de restitution des indemnités journalières versées à tort.
10. a. En présence d'une demande de restitution, se pose, à titre préalable, la question du respect du délai d'un an dans lequel la SUVA doit notifier sa décision.

L'intéressé s'étonne à cet égard qu'elle lui ait été notifiée presque trois ans après son accident.

b. Selon l'art. 25 al. 2 LPGA, le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution a eu connaissance du fait qui justifie la restitution. Selon la jurisprudence, le délai de péremption d'une année commence à courir dès le moment où l'assurance sociale aurait dû s'apercevoir, en faisant preuve de l'attention raisonnablement exigible, que les conditions d'une restitution étaient données. Lorsque la restitution est imputable à une faute de l'administration, le point de départ du délai n'est pas le moment où la faute a été commise mais celui

auquel l'administration aurait dû dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle) se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention requise (ATF 124 V 380 consid. 1). Le délai de péremption d'une année commence à courir dans tous les cas aussitôt qu'il s'avère que les prestations en question étaient indues (arrêt K 70/06 du 30 juillet 2007 consid. 5.1).

L'administration doit disposer de tous les éléments qui sont décisifs dans le cas concret et dont la connaissance fonde – quant à son principe et à son étendue – la créance en restitution à l'encontre de la personne tenue à restitution (ATF 111 V 14 consid. 3). Si l'administration dispose d'indices laissant supposer l'existence d'une créance en restitution, mais que les éléments disponibles ne suffisent pas encore à en établir le bien-fondé, elle doit procéder, dans un délai raisonnable, aux investigations nécessaires. À défaut, le début du délai de péremption doit être fixé au moment où elle aurait été en mesure de rendre une décision de restitution si elle avait fait preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. Dans tous les cas, le délai de péremption commence à courir immédiatement s'il s'avère que les prestations en question étaient clairement indues (SVR 2008 KV n° 4 p. 11 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 4.2 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 54 ss ad art. 25).

Contrairement à la prescription, la péremption prévue à l'art. 25 al. 2 LPGA ne peut être ni suspendue ni interrompue et lorsque s'accomplit l'acte conservatoire que prescrit la loi, comme la prise d'une décision, le délai se trouve sauvegardé une fois pour toutes (ATF 124 V 380 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 271/04 du 21 mars 2006 consid. 2.5).

c. En l'espèce, ce n'est qu'à réception du rapport de révision du 28 mai 2018 que la SUVA a disposé de tous les éléments utiles.

Le délai de péremption d'un an commençant à courir seulement lorsque la SUVA a en mains l'ensemble des éléments permettant de réclamer la restitution des prestations indûment perçues, y compris quant au montant dû, ce qui implique de vérifier, après avoir découvert des avoirs dont il ne connaissait pas l'existence, les autres éléments de calcul des prestations, il s'ensuit que c'est dans le délai de péremption d'une année dès la connaissance de toutes les informations utiles que la SUVA a demandé la restitution des prestations versées à tort.

d. L'art. 25 al. 2 LPGA prévoit que le droit de demander la restitution s'éteint au plus tard cinq ans après le versement de la prestation.

La restitution portant in casu sur la période allant de septembre 2015 à mars 2017, la SUVA a agi dans le délai de cinq ans également.

11. a. L'intéressé considère que le décompte annexé à la décision ne l'aide pas à comprendre pour quelle raison il devrait rembourser un montant aussi important, « alors même que je pensais avoir agi de manière juste et adéquate et que j'étais de bonne foi ».

Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 124 V 90 consid. 2 notamment).

b. Selon l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend notamment le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre aux exigences de motivation, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties (ATF 129 I 232 consid. 3.2; ATF 126 I 97 consid. 2b).

c. Il y a en l'espèce lieu de constater que la décision litigieuse, à laquelle était annexé un décompte détaillé des prestations versées et des prestations dues, était correctement motivée.

L'intéressé a par ailleurs été invité le 7 juin 2018 à s'expliquer sur les divergences constatées entre les salaires déclarés et les salaires effectivement perçus. Aussi le grief tiré de la violation du droit d'être entendu ne peut-il être que rejeté.

12. Reste à examiner si les conditions d'une révision ou une reconsidération sont réalisées. Il s'agit en d'autres termes de déterminer si la SUVA était en droit de corriger le montant de l'indemnité journalière.
13. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.
14. Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). 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 (al. 2). 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.
15. Selon l'art. 15 al. 1 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré. Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident; est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2 LAA). L'art. 22 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) définit le gain assuré comme le salaire déterminant

au sens de la législation sur l'AVS, compte tenu des dérogations suivantes: sont également assurés les salaires non soumis aux cotisations de l'AVS en raison de l'âge de l'assuré (let. a) ; font également partie du gain assuré les allocations familiales qui, au titre d'allocation pour enfants, d'allocation de formation ou d'allocation de ménage, sont versées conformément aux usages locaux ou professionnels (let. b) ; pour les membres de la famille de l'employeur travaillant dans l'entreprise, les associés, les actionnaires ou les membres de sociétés coopératives, il est au moins tenu compte du salaire correspondant aux usages professionnels et locaux (let. c) ; les indemnités versées en cas de résiliation des rapports de travail, lors de la fermeture ou de la fusion d'entreprises ou en des circonstances analogues, ne sont pas prises en compte (let. d). L'art. 24 al. 1 OLAA précise que si, au cours de l'année qui précède l'accident, le salaire de l'assuré a été réduit par suite de service militaire, de service civil, de service de protection civile, ou par suite d'accident, de maladie, de maternité, de chômage ou de réduction de l'horaire de travail, le gain assuré est celui que l'assuré aurait reçu sans la survenance de ces éventualités.

16. 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. La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 528/06 du 3 août 2007 consid. 4.2 et les références).
17. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'intéressé a droit au versement d'indemnités journalières à la suite de l'accident dont il a été victime le 10 septembre 2015. Ces indemnités sont calculées d'après le dernier salaire déterminant au sens de la législation sur l'AVS, que l'intéressé a réalisé durant l'année qui a précédé l'accident, soit en l'occurrence de septembre 2014 à septembre 2015. La SUVA avait à cet égard retenu dans un premier temps le salaire de CHF 76'800.- (72'000 + 4'800), figurant sur la déclaration de sinistre remplie par la société le 17 septembre 2015, et fixé l'indemnité journalière à CHF 168.35, compte tenu de l'art. 17 al. 1 LAA (80% de CHF 76'800 : 365). La SUVA a ainsi versé, du 10 septembre 2015 au 31 mars 2017, la somme totale de CHF 60'695.35.

Il ressort toutefois du rapport de révision du 28 mai 2018 (et des comptes individuels de cotisations AVS-AI) que l'intéressé a été soumis à cotisations AVS sur un revenu de CHF 57'000.- en 2014 et CHF 8'000.- de janvier à septembre 2015. Le salaire qui doit être pris en considération est en conséquence de CHF 27'000.- $[(CHF 57'000 : 12 \times 4) + CHF 8'000]$, ce qui donne une indemnité journalière de CHF 59.20 (80% de CHF 27'000 : 365).

18. C'est dès lors à juste titre que la SUVA a repris le calcul des indemnités journalières dues à l'intéressé et lui a réclamé la restitution des prestations versées à tort.

Partant, le recours, mal fondé, est rejeté.

19. Il n'y a pas lieu d'examiner, dans le cadre de la présente procédure, si les conditions d'une remise de l'obligation de restituer sont remplies, à savoir si, cumulativement, l'intéressé était de bonne foi et si l'obligation de restituer l'exposerait à une situation difficile (art. 25 al. 1 phr. 2 LPGa). C'est une fois seulement qu'est entrée en force la décision portant sur la restitution elle-même des prestations perçues indûment que sont examinées ces deux conditions, sur requête de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 5.2 ; ATAS/587/2016 du 19 juillet 2016 consid. 3 ; ATAS/365/2016 du 10 mai 2016 consid. 7a ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 9 ad art. 25 LPGa, p. 383).

Il est loisible à l'intéressé de solliciter une telle remise de la part de la SUVA (cf. art. 2 ss OPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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