



POUVOIR JUDICIAIRE

A/418/2020

ATAS/714/2020

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

**Arrêt du 1<sup>er</sup> septembre 2020**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à LE GRAND-SACONNEX,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andreas  
DEKANY

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 Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'intéressé ou l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1978, est associé-gérant de la société B\_\_\_\_\_ 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 (ci-après : la SUVA) a fixé le montant de l'indemnité journalière dû à l'intéressé 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<sup>ème</sup> 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, confirmée sur opposition le 26 septembre 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, réclamé à l'intéressé le remboursement de la somme de CHF 39'353.75.

4. Par arrêt du 14 mai 2019, la chambre de céans a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre la décision sur opposition du 26 septembre 2018, considérant que selon le rapport de révision du 28 mai 2018 et des comptes individuels de cotisations AVS-AI, celui-ci avait été soumis à cotisations AVS sur un revenu de CHF 57'000.- en 2014 et de CHF 8'000.- de janvier à septembre 2015, de sorte que le salaire qui devait être pris en considération était de CHF 27'000.- ([CHF 57'000 : 12 x 4] + CHF 8'000), ce qui donnait une indemnité journalière de CHF 59.20 (80% de CHF 27'000 : 365) (ATAS/420/2019).
5. Par courrier du 28 juin 2019, l'assuré, représenté par Me Andreas DEKANY, a déposé une demande auprès de la SUVA, visant à la remise de l'obligation de rembourser la somme de CHF 39'353.75. Il allègue avoir été de bonne foi et n'être pas en mesure de rembourser le montant réclamé. Il explique que son salaire est de CHF 3'391.35 par mois - il produit pour preuve les comptes de la société B\_\_\_\_\_ - , et qu'il a huit enfants, dont sept sont à sa charge. Il effectue des virements depuis

son compte BCGe pour trois d'entre eux, il envoie CHF 120.- par mois à sa fille C\_\_\_\_\_ à Lausanne et entretient les autres enfants quand il en a les moyens. Il dresse la liste de ses charges incompressibles, soit un loyer de CHF 2'000.-, l'assurance-maladie de CHF 412.-, les contributions d'entretien mensuelles à ses enfants de CHF 560.-, soit au total CHF 4'172.- compte tenu du minimum vital de CHF 1'200.-, et ajoute qu'il n'a pas de fortune.

6. Par décision du 20 novembre 2019, la SUVA, considérant que la bonne foi n'avait pas pu être démontrée, a rejeté la demande de remise.
7. L'assuré a formé opposition le 18 décembre 2019. Il s'étonne de ce que sa bonne foi soit niée, rappelant les termes de son courrier du 20 juillet 2018.

Il conclut à ce que la remise lui soit accordée.

8. Par décision du 30 décembre 2019, la SUVA a rejeté l'opposition, au motif que :  
« Lors de l'accident, l'assuré travaillait pour le compte de B\_\_\_\_\_. Il ne peut, partant, pas prétendre qu'il avait conclu avec la SUVA un contrat en tant que chef d'entreprise même s'il était l'associé-gérant. Le prétendu contrat et le chiffre de CHF 6'000.- indiqué dans la déclaration de sinistre ne ressortent par ailleurs de nulle part. Dans la mesure où le salaire annoncé différait nettement du salaire perçu, l'assuré ne pouvait pas ne pas se rendre compte qu'il avait induit la SUVA en erreur lorsqu'il a rempli la déclaration de sinistre. Nul ne peut ignorer que l'indemnité journalière, qui remplace le salaire en cas d'incapacité de travail, correspond à 80% du gain habituel, mais en tout cas ne peut pas dépasser (nettement) celui-ci ».

9. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 3 février 2020 contre ladite décision sur opposition. Il conclut à ce que la remise de l'obligation de restituer la somme de CHF 39'353.75 à la SUVA lui soit accordée.

Il a fait valoir qu'après son accident, il avait contacté par téléphone une personne de la SUVA – dont il ne se souvient malheureusement pas du nom -, qui lui avait dit qu'en tant qu'associé gérant d'une Sàrl, il bénéficiait d'une couverture d'assurance en tant que chef d'entreprise avec une indemnité mensuelle de CHF 6'000.-. Il avait ainsi agi de bonne foi sur la base de cette information.

Sa bonne foi lui paraissait du reste tellement évidente, qu'il n'avait même pas jugé utile de la justifier dans le cadre de sa demande de remise de l'obligation de restituer.

10. Dans sa réponse du 2 mars 2020, la SUVA a conclu au rejet du recours. Elle considère que l'intéressé devait se rendre compte que le montant de CHF 168.35 perçu au titre d'indemnité journalière, soit l'équivalent de plus de CHF 5'050.- sur une période de 30 jours, était bien supérieur à la rémunération effective que lui versait B\_\_\_\_\_ avant l'accident.
11. Dans sa réplique du 27 mars 2020, l'intéressé a persisté dans ses conclusions.

---

Selon lui, le fait qu'il soit l'associé-gérant d'une Sàrl implique qu'il doit être vu comme un chef d'entreprise, raison pour laquelle il pensait être habilité à conclure une assurance en tant que tel auprès de la SUVA.

12. Dans sa duplique du 8 juin 2020, la SUVA a également confirmé ses conclusions.
13. Ces écritures ont été transmises à l'intéressé 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. 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).
3. Le litige se limite au droit de l'intéressé à la remise de l'obligation de restituer la somme de CHF 39'353.75, représentant les prestations qui lui ont été versées à tort, la question du principe et du montant ayant quant à elle été définitivement tranchée par la chambre de céans dans son arrêt du 14 mai 2019, entré en force.
4. a. D'après l'art. 25 al. 1 1<sup>ère</sup> phrase LPGA, les prestations indûment touchées doivent être en principe restituées. L'assuré concerné peut toutefois demander la remise de l'obligation de restituer, lorsque la restitution des prestations allouées indûment, mais reçues de bonne foi, mettrait l'intéressé dans une situation difficile (art. 25 al. 1 2<sup>ème</sup> phrase LPGA).

La remise de l'obligation de restituer est donc soumise à deux conditions cumulatives : la bonne foi de l'assuré et sa situation financière difficile.

b. En ce qui concerne l'obligation de restituer comme telle, l'art. 25 al. 1 LPGA ne fait que reprendre la réglementation de l'art. 47 al. 1 loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS ; RS 831.10) qui était applicable avant l'entrée en vigueur de la LPGA, soit directement, soit par renvoi ou encore par analogie dans d'autres domaines du droit des assurances sociales (ATF ATF non publié 8C\_130/2008 et les références). À cet égard, il sied de préciser que les conditions et la procédure de restitution selon la LAA avant l'entrée en vigueur de la LPGA étaient les mêmes que celles prévalant dans l'ancienne LAVS (KELLER, La restitution des prestations indûment touchées dans la LPGA, Lausanne, 2003, ch. 4.5 p.164). Partant, la jurisprudence développée à propos de l'art. 47 al. 1 aLAVS (applicable jusqu'au 31 décembre 2002) vaut par analogie.

c. La bonne foi doit faire l'objet d'un examen minutieux dans chaque cas particulier.

S'il existe des cas où l'ignorance de la loi n'est pas incompatible avec les exigences de la bonne foi, par exemple, lorsque l'assuré touchait une rente entachée d'une erreur de calcul, le principe de la bonne foi doit s'effacer devant les règles spéciales qui découlent directement et incontestablement de la loi (VALTERIO, Droit et pratique de l'assurance-invalidité, Les prestations, 1985, p. 312 et les références). La jurisprudence a ainsi tendance à admettre de façon très restrictive la bonne foi lorsqu'il existe une disposition légale réglant précisément la condition du droit, sa naissance ou son extinction. Par exemple, l'assuré qui continue à toucher une rente pour couple après son divorce, doit restituer en vertu de l'art. 22 al. 3 aLAVS (qui prévoyait que le droit à la rente s'éteignait lorsque le divorce était prononcé). Il ne saurait y avoir dans un tel cas invocation de la bonne foi pour contrer une disposition claire de la loi. L'adage "nul n'est censé ignorer la loi" prend ici toute son importance (KELLER, La restitution des prestations indûment touchées dans la LPGa, Lausanne, 2003, 4.1.6.2 p. 161).

De ce fait, 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 (indications inexactes données intentionnellement par exemple) ou à une négligence grave. 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; ATF non publié 8C\_403/2008 du 23 janvier 2009, consid. 2.2).

Selon la jurisprudence, il y a négligence grave lorsque l'intéressé ne se conforme pas à ce qui peut être raisonnablement exigé de personnes capables de discernement, se trouvant dans une situation identique et dans les mêmes circonstances (ATF 112 V 103 consid. 2c; ATF 110 V 180 consid. 3c ; ATFA non publié C 93/05 du 20 janvier 2007).

C'est notamment le cas chaque fois que la nécessité d'annoncer un changement survenu est évidente. Le TFA a ainsi admis qu'il y avait négligence grave dans des cas où le bénéficiaire d'une rente AI n'avait pas annoncé qu'il entreprenait ou qu'il reprenait une activité lucrative importante et durable (RCC 1976 p. 569; RCC 1968 p. 444; RCC 1963 p. 514), où le bénéficiaire d'une rente de vieillesse, divorcé depuis longtemps, touchait une rente complémentaire pour son épouse, où un assuré avait donné des réponses inexactes aux questions concrètes d'une formule à remplir (ATF 110 V 181 consid. 3d; RCC 1985, p. 63), ou encore, dans le cas où une rente

---

de vieillesse était encaissée par les proches après le décès du bénéficiaire de ladite rente (RCC 1986, p. 667-668).

d. S'agissant de la situation financière difficile, est déterminant, pour apprécier cette question, le moment où la décision de restitution est exécutoire (art. 4 al. 2 OPGA) Il y a situation difficile lorsque les conditions de l'art. 5 OPGA à savoir lorsque les dépenses reconnues par la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI du 6 octobre 2006 (LPC ; RS 831.30) et les dépenses supplémentaires au sens de l'alinéa 4 sont supérieures au revenu déterminant selon la LPC.

5. 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 324 consid. 3.2 et 3.3; ATF 125 V 195 consid. 2). 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).
6. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). 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 195 consid. 2 et les références ; ATF 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2 ; ATF 128 III 411 consid. 3.2).  
  
Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle 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 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe 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).
7. En l'espèce, la SUVA a considéré que l'intéressé n'avait pas été de bonne foi lorsqu'il avait perçu les indemnités journalières de l'assurance-accidents fixées à

---

CHF 168.35 sur la base du salaire indiqué dans la déclaration de sinistre du 17 septembre 2015, soit de CHF 76'800.- (CHF 72'000 + CHF 4'800.-).

8. a. L'intéressé allègue avoir demandé des renseignements à un collaborateur de la SUVA par téléphone. Des renseignements obtenus, il dit avoir compris qu'il devait être considéré comme un chef d'entreprise, et que son salaire assuré était, partant, de CHF 6'000.- par mois.

b. Le droit à la protection de la bonne foi, déduit de l'art. 4 aCst., est expressément consacré à l'art. 9 Cst. Selon la jurisprudence rendue sous l'ancien droit, qui est toujours valable (ATF 127 I 36 consid. 3a ; 126 II 387 consid. 3a ; RAMA 2000 n° KV 126 p. 223 ; n° KV 133 p. 291 consid. 2a ; n° KV 171 p. 281 consid. 3b), il permet au citoyen d'exiger que l'autorité respecte ses promesses et qu'elle évite de se contredire. Ainsi, un renseignement ou une décision erronés peuvent obliger l'administration à consentir à un administré un avantage contraire à la loi, si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

1. l'autorité est intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées ;
2. l'autorité a agi ou est censée avoir agi dans les limites de sa compétence ;
3. l'administré n'a pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu ;
4. il s'est fondé sur ce renseignement pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice ;
5. la loi n'a pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (ATF 121 V 66 consid. 2a et les références).

Il sied préalablement de rappeler qu'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 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3).

c. On ne sait rien de cet entretien téléphonique, ni même s'il a bien eu lieu. Ce n'est par ailleurs que dans son recours que l'intéressé en fait état pour la première fois. Or, il convient en règle générale, en présence de déclarations contradictoires, de donner la préférence aux premières déclarations faites par l'assuré, alors que celui-ci n'était pas conscient des conséquences juridiques qu'elles auraient, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures influencées par de telles conséquences juridiques (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 115 V 143 consid. 8c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.1 ; U 267/01 du 4 juin 2001 consid. 2a ; ATAS/942/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3c ; Anna-Katharina PANTLI / Ueli KIESER / Volker PRIBNOW, Die "Aussage der ersten Stunde" im Schadenausgleichsrecht – und die Mangelhaftigkeit ihrer Aufzeichnung, in PJA 2000 p. 1195 ss). Des compléments décisifs donnés par l'assuré seulement après avoir reçu une décision de refus

motivée n'apparaissent pas convaincants s'il ne s'explique pas qu'ils n'ont pas été mentionnés avant l'opposition à cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 64/02 du 26 février 2004 consid. 2.2.3).

Force est de constater que l'intéressé n'a pas établi, ni même rendu vraisemblable au degré requis par la jurisprudence, qu'il ait passé cet appel téléphonique. L'existence d'un renseignement erroné n'est, partant, pas non plus établie. On ne saurait dès lors admettre qu'un renseignement ait été donné à l'intéressé selon lequel, parce qu'il était associé-gérant d'une Sàrl, il aurait bénéficié d'une couverture d'assurance en tant que chef d'entreprise avec une indemnité mensuelle de CHF 6'000.-. Il ne peut ainsi pas se prévaloir du principe de la bonne foi en raison d'assurances qui auraient été données par l'autorité.

9. L'intéressé fait valoir qu'en sa qualité d'associé-gérant, il devait être considéré comme un chef d'entreprise, de sorte qu'il pensait avoir conclu avec la SUVA un contrat d'assurance en tant que tel.

On ne voit cependant pas trace dans le dossier d'un quelconque document qui pourrait être assimilé et/ou avoir été compris par l'intéressé comme étant un contrat d'assurance de chef d'entreprise.

10. Il convient d'admettre qu'une personne capable de discernement, se trouvant dans une situation identique et dans les mêmes circonstances, aurait réagi et se serait pour le moins enquis des raisons pour lesquelles la SUVA lui versait des indemnités journalières dont le montant s'avérait être sensiblement supérieur à celui de son salaire.
11. Il résulte de ce qui précède que l'intéressé a commis à tout le moins une négligence grave au sens de la jurisprudence susmentionnée, excluant toute remise.

La condition de la bonne foi n'étant pas réalisée, il est superfétatoire d'examiner celle de la condition financière.

Partant, le refus d'accorder la remise à l'intéressé ne peut être que confirmé.

Aussi le recours est-il rejeté.

**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