

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 octobre 2017

Composition : M. NEU, juge unique

Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me Luc Del Rizzo, avocat à Monthey,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à [...], intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

Art. 25 LPGA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, exerçait la profession de charpentier-menuisier auprès de la société C._____ SA au [...] pour un salaire mensuel brut de l'ordre de 5'780 fr., avec une prime annuelle de 1'000 francs.

Il a été opéré les 27 avril et 6 juin 2006 au niveau des deux mains pour des anévrismes de l'artère cubitale dans le cadre d'un syndrome du marteau hypothénar. Considérant les atteintes vasculaires des membres supérieurs associées aux vibrations, ainsi que le syndrome du marteau hypothénar, comme des maladies professionnelles, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée), auprès de laquelle l'intéressé était assuré, a pris en charge les suites de la pathologie.

Malgré les opérations et les précautions prises sur son lieu de travail pour limiter au maximum les traumatismes au niveau des mains, l'assuré a continué à souffrir de phénomènes de Raynaud, avec une aggravation de la situation et notamment une récurrence d'anévrisme de l'artère ulnaire distale droite avec une occlusion thrombotique compliquée par une embolisation digitale du troisième doigt, nécessitant finalement une reconversion professionnelle. Le 12 janvier 2011, la SUVA a dès lors rendu une décision d'inaptitude à tous les travaux impliquant l'utilisation d'engins vibrants ou des chocs répétés au niveau des mains, ainsi que l'exposition prolongée au froid.

Au vu de cette décision, l'assuré a été licencié par son employeur le 24 janvier 2011 pour le 31 mars 2011. La SUVA lui a versé des indemnités journalières de transition pour le mois d'avril 2011, puis il a bénéficié d'indemnités journalières de l'AI dès le 1^{er} mai 2011 vu la demande de mesures pour réadaptation professionnelle qu'il avait déposée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 6 janvier 2011.

L'assuré a ainsi effectué plusieurs mesures professionnelles et poursuivi en parallèle une activité lucrative à 50 % auprès d'un bureau d'architecte à titre de formation pratique de conducteur de chantier.

Il ressort d'une note téléphonique du 1^{er} juin 2011 que l'assuré a informé son conseiller auprès de la SUVA du fait que l'OAI ne lui avait encore versé aucun montant pour le mois de mai 2011, versement qui a finalement eu lieu quelques jours plus tard.

Par courrier du 10 juin 2011, la SUVA a adressé à l'assuré un décompte final des prestations jusqu'au 31 mai 2011, en précisant les calculs suivants :

« Salaire réalisable sans maladie professionnelle du 01.04.11 au 31.05.11

- 61 jours à Fr. 213.25 Fr. 13'008.25

./ . prestations SUVA versées du 01.04.11 au 30.04.11 Fr.
5'118.00

./ . prestations Ind. journalières AI 01.05.11 au 31.5.11 Fr.
4'958.10

Solde en votre faveur Fr. 2'932.15 »

A la teneur de la décision rendue le 15 juillet 2011 par la SUVA, l'assuré a été mis au bénéfice d'une indemnité pour changement d'occupation pour la période du 1^{er} juin 2011 au 31 mai 2012 (première annuité), indemnité qui s'élevait à 1'141 fr. 70 par mois. Cette décision mentionnait également ce qui suit :

« En cas de modification de votre situation économique, respectivement de vos ressources financières, vous êtes tenu de nous en informer **sans délai**.

Nous examinerons périodiquement si les conditions requises pour la poursuite du paiement de l'indemnité pour changement d'occupation sont toujours réunies. Par la même occasion, nous contrôlerons le bien-fondé des éléments retenus pour le calcul de l'annuité écoulée. Nous nous réservons le droit, le cas échéant, de

compenser les prestations versées en trop avec les futurs versements ou d'en exiger le remboursement. »

Selon une note téléphonique du 16 avril 2012 suite à une discussion entre l'assuré et son conseiller de la SUVA, K. _____ a confirmé qu'à part les indemnités journalières AI et le complément versé par la SUVA, il n'avait rien reçu d'autre et qu'il n'avait touché aucun salaire.

Par décision du 23 mai 2012, la SUVA a fait part à l'assuré de la poursuite de son droit à l'indemnité pour changement d'occupation pour la période du 1^{er} juin 2012 au 31 mai 2013 (deuxième annuité) et fixé le montant mensuel à 1'155 fr. 90. Cette décision rappelait les informations suivantes :

« Toute modification sur le plan économique, financier et médical (incapacité de travail) doit nous être communiquée **immédiatement**.

Nous examinerons périodiquement si les conditions requises pour la poursuite du paiement de l'indemnité pour changement d'occupation sont toujours réunies. Par la même occasion, nous contrôlerons le bien-fondé des éléments retenus pour le calcul de l'annuité écoulee. Nous nous réservons le droit, le cas échéant, de compenser les prestations versées en trop avec les futurs versements ou d'en exiger le remboursement. »

L'assuré a eu plusieurs contacts téléphoniques avec son conseiller auprès de la SUVA, notamment les 22 novembre 2012, 19 février, 30 avril, 23 mai et 17 juin 2013, afin de le tenir au courant de sa situation et des différents montants qui lui étaient versés par l'OAI, respectivement par la caisse de chômage.

Selon un projet de décision du 28 mars 2013, entièrement confirmé le 7 août 2013, l'OAI a constaté que les nouvelles compétences de l'assuré, acquises au terme des mesures mises en place, devaient lui permettre de prétendre à un revenu au moins équivalent à son ancien revenu, ce qui excluait le droit à la rente. L'Office a en outre relevé que l'assuré avait entrepris des démarches auprès de l'Office régional de

placement et qu'il bénéficiait d'une réadaptation professionnelle appropriée, d'autre mesure n'étant par conséquent pas nécessaire.

Une note téléphonique établie par le conseiller SUVA de l'assuré faisait état des éléments suivants s'agissant d'un entretien du 23 mai 2013 :

« Si le décompte des i.j. AI ne va que jusqu'au 21.3.13, c'est parce que, selon l'AI, l'assuré était apte au placement dès le 22.3.13 et que c'est le chômage qui doit intervenir dès cette date. Le chômage pratique 10 jours de carence et l'assuré ne recevra rien d'autre pour la fin mars.

Il n'a pas non plus reçu à ce jour un décompte (ni les i.j. du reste) pour le mois d'avril 2013.

Le cours de dessin, demandé initialement à l'AI, sera finalement pris en charge par l'ORP et s'effectuera dès le 18 juin jusqu'au 14 juillet.

L'assuré n'a pas de réponse positive à ses offres d'emploi. Il a vu ce jour même une personne de l'AI pour l'aide au placement. Cette personne lui a dit que c'est à lui de faire les recherches d'emploi et dès qu'il y [a] quelque chose en vue, il interviendra pour proposer l'aide de l'AI en vue d'un éventuel engagement. »

A la teneur d'une autre note téléphonique du 17 juin 2013, l'assuré a notamment informé son conseiller auprès de la SUVA qu'il n'avait toujours pas reçu de décompte du chômage et qu'il n'avait rien touché depuis deux mois. Il a ajouté qu'il allait néanmoins commencer une formation pour une durée d'un mois, financée par le chômage dans l'attente d'une décision de l'OAI pour une prise en charge éventuelle.

Par décision du 28 juin 2013, la SUVA a rectifié le calcul de l'indemnité pour changement d'occupation pour la période du 1^{er} juin 2012 au 31 mai 2013 (6'876 fr. 45 en faveur de l'assuré) et fixé la nouvelle indemnité, due à l'assuré pour la période du 1^{er} juin 2013 au 31 mai 2014 (troisième annuité), à 2'837 fr. par mois. La SUVA a rappelé ses précédents paragraphes sur l'éventualité d'un remboursement pour des prestations versées en trop.

Le conseiller SUVA de l'assuré a rédigé une note suite à un téléphone du 27 septembre 2013, note dont le contenu est le suivant :

« M. K. _____ m'appelle pour me dire qu'il a retrouvé un employeur. Il est engagé dès le 1er octobre 2013 par l'entreprise L. _____ [recte : L. _____ SA] à [...], comme technicien/conducteur de travaux. Cet engagement tombait bien parce qu'il venait de terminer encore deux cours que l'AI a accepté de prendre en charge.

Nous convenons qu'il m'adresse une copie de son contrat de travail parce que nous allons continuer à verser les ICO. Il faut aussi qu'il me confirme son engagement après les trois mois d'essai prévu. »

Par courriel du 27 septembre 2013 également, l'assuré a transmis à son conseiller SUVA le contrat de travail signé le 23 septembre 2013. Un salaire mensuel brut de 6'000 fr. était prévu, avec un treizième salaire de 8.3 % payable en décembre de chaque année.

Suite à un appel du 18 décembre 2013 avec l'assuré, le conseiller SUVA a indiqué ce qui suit dans une note téléphonique :

« M. K. _____ continue à travailler pour l'entreprise sise à [...] qui l'a engagé dès le 30.9.13. Pour le moment, ça va bien. Il aura demain un entretien dans l'entreprise avec l'AI et me tiendra au courant s'il y a quelque chose de particulier qui se discute.

Mon interlocuteur est tout-à-fait satisfait de cette situation actuelle. Il indique qu'au début de son engagement, il a dû trouver une forte motivation parce que l'horaire de travail était conséquent mais maintenant, ça va.

Si rien de particulier [n']intervient, je me permettrai de reprendre contact avec lui dans le courant du mois de mars 2014. »

Dans le cadre de la reprise de contact, soit par téléphone du 14 mars 2014, l'assuré a mentionné continuer à travailler pour la même entreprise qui l'avait engagé de manière définitive. Sur le plan médical, l'assuré a relevé que tout allait bien. Une reprise de contact dans trois à quatre mois pour un nouvel aperçu de la situation a été convenue.

La SUVA a entrepris différentes démarches afin d'examiner la question du versement des indemnités pour changement d'occupation, en interpellant notamment la caisse de chômage qui avait servi des prestations (email du 14 mars 2014), l'ancien employeur de l'assuré (courrier du 17 mars 2014 et téléphone du 6 mai 2014) et l'intéressé lui-

même (échanges de courriels en avril et mai 2014 avec transmissions des décomptes de chômage et des fiches de salaire).

Il ressort d'un email du conseiller SUVA adressé à l'assuré le 9 mai 2014 que le dossier avait été soumis à la direction à [...] pour le contrôle de la troisième annuité.

B. Par décision du 23 mai 2014, la SUVA a considéré que l'assuré ne remplissait plus les conditions d'octroi d'une indemnité pour changement d'occupation dès lors que ses possibilités de gain n'étaient plus considérablement réduites et qu'il n'y avait plus de perte de salaire due à la décision d'inaptitude. Vu les montants déjà versés, la SUVA a réclamé la restitution de 20'521 fr. 80, calculés au vu des sommes suivantes :

« Salaires sans DIN [décision d'inaptitude]	
c/o C.	
CHF 5895 x 13	CHF 76'635.-
Prime	CHF 1'000.-
	CHF 77'635.-
 Salaires réalisés	
Chômage	
Juin 13	CHF 3'348.-
Juillet 13	CHF 3'850.20
Août 13	CHF 3'682.80
Septembre 13	CHF 3'515.40
	CHF 14'396.40
 L.	
Octobre 13	CHF 6'200.-
Novembre 13	CHF 6'000.-
Décembre 13	CHF 7'516.65
Janvier 14	CHF 6'000.-
Février 14	CHF 6'000.-
Mars 14	CHF 6'000.-
Avril 14	CHF 6'000.-
Mai 14	CHF 6'000.-
	CHF 49'716.65
	<u>CHF 64'113.05</u>
Perte à 100%	CHF 13'521.95
./. montant déjà versé de la 3 ^{ème} annuité	<u>CHF 34'044.05</u>
Solde en notre faveur	CHF
20'522.10 »	

Cette décision de restitution n'ayant pas fait l'objet d'une opposition, elle est entrée en force.

Aux termes d'un courrier du 17 juillet 2014, l'assuré, représenté par Me Luc Del Rizzo, a adressé à la SUVA une demande de remise de l'obligation de restitution. L'assuré a invoqué sa bonne foi et soutenu qu'il se trouvait dans une situation financière difficile. A l'appui de sa demande, il a produit divers documents afin de justifier ses revenus et ses charges.

Par décision du 24 octobre 2014, la SUVA a rejeté la demande de remise de restitution de l'assuré. Elle a estimé que l'assuré ne pouvait ignorer qu'il réalisait un salaire mensuel supérieur à celui qu'il aurait obtenu sans la décision d'inaptitude et qu'il lui appartenait ainsi de se renseigner sur le bien-fondé des versements qui continuaient à lui parvenir. La SUVA a donc retenu que l'assuré ne pouvait pas être considéré de bonne foi.

L'assuré, sous la plume de son conseil, a formé opposition contre cette décision le 26 novembre 2014. En substance, il a fait valoir que les deux conditions permettant la remise de la restitution étaient remplies. Il a invoqué en premier lieu sa bonne foi, soit en particulier le fait d'avoir envoyé à la SUVA par courriel son contrat de travail dès la signature, afin de l'informer immédiatement de la nouvelle situation, contrat qui avait été « journalisé » au dossier. L'assuré a allégué avoir par conséquent considéré de bonne foi que le changement allait être pris en compte immédiatement. L'assuré a également reproché à la SUVA d'avoir mis huit mois à gérer le dossier, ainsi que des insuffisances dans la gestion interne du cas, permettant de retenir selon lui que le versement indu provenait de la seule erreur d'un organe d'exécution de l'assurance. Subsidiairement, le recourant s'est prévalu d'une négligence légère pour ne pas s'être immédiatement manifesté après avoir perçu les prestations de la SUVA. S'agissant de la deuxième condition pour admettre la remise de la restitution, le recourant a fait état de sa situation difficile, soit de revenus déterminants de 5'362 fr. 40, pour des dépenses mensuelles de

5'981 fr. 35, rendant impossible le remboursement de la somme perçue. Il a encore produit – avec d'autres pièces déjà au dossier – un courriel adressé à son conseiller SUVA dans lequel il mentionnait expressément qu'il était dans l'impossibilité de rembourser la somme réclamée parce qu'il ne l'avait pas.

Par décision sur opposition du 16 décembre 2014, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 23 mai 2014. Dans sa motivation, elle a réitéré que les conditions d'une remise de l'indu n'étaient pas réalisées. Selon elle, les prestations avaient été directement versées à l'assuré et ce dernier ne pouvait dès lors pas avoir manqué de constater que celles-ci lui avaient été payées en plus du revenu de son travail depuis octobre 2013. La SUVA a estimé qu'il était patent que l'intéressé ne devait pas s'attendre à avoir droit aux prestations et qu'il aurait dû éprouver des doutes, ainsi que se manifester à nouveau de son propre chef avant que la SUVA n'intervienne. Cette dernière a encore soutenu qu'elle avait réservé son droit au remboursement et que l'assuré ne s'était pas conformé à ce qui pouvait être raisonnablement exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances, ce qui réalisait une négligence grave selon elle. La SUVA a enfin rappelé la jurisprudence en la matière, afin d'appuyer son point de vue selon lequel la bonne foi de l'assuré ne pouvait pas être reconnue, rendant l'examen de la situation difficile superflue.

C. Agissant par l'entremise de son conseil, K. _____ a recouru le 13 janvier 2015 devant la Cour des assurances sociales à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant – sous suite de frais et dépens – principalement à sa réforme, en ce sens qu'il soit renoncé à la restitution de la somme de 20'521 fr. 80, subsidiairement à son renvoi à la SUVA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Dans son écriture, le recourant rappelle les mêmes arguments que ceux déjà invoqués à l'appui de son opposition du 26 novembre 2014. Il ajoute n'avoir aucune connaissance juridique et l'ancienneté des documents (juin 2011) l'informant des risques d'un remboursement.

Dans sa réponse du 13 février 2015, l'intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, a conclu au rejet du recours. Elle a en particulier avancé que le nouvel emploi du recourant était soumis à une période d'essai de trois mois, durant laquelle il pouvait être mis fin au contrat, moyennant un délai de congé d'un mois. La SUVA a fait valoir qu'elle avait donc attendu la pérennisation des rapports de travail - dont elle contrôlait régulièrement la poursuite - pour examiner le droit de l'assuré à l'indemnité. Elle a ajouté qu'une fois les informations utiles reçues, elle a immédiatement supprimé le versement de l'indemnité en mai 2014. L'intimée a aussi souligné le fait que le recourant n'avait pas contesté la décision de restitution, qui était entrée en force, démontrant selon elle que le recourant était conscient d'avoir perçu plus que ce à quoi il avait droit. L'intimée a soutenu que cette conscience du trop payé devait animer le recourant dès le moment où il percevait un salaire régulier, supérieur à son revenu lors de son dernier emploi. Elle a aussi relevé que l'intéressé, qui avait déjà reçu trois décisions d'octroi d'une indemnité pour changement d'affectation, avec chaque fois le calcul appliqué, devait savoir, en y prêtant un minimum d'attention, comment était calculée l'indemnité. Pour l'intimée, le recourant, percevant non seulement un revenu plus élevé que celui tiré de son ancienne activité, mais encore l'indemnité servie par la SUVA pour changement d'affectation, devait se rendre compte de la situation dès lors que ses revenus globaux étaient très notablement supérieurs à ce qu'il aurait touché dans une situation normale, sans limitation de sa capacité de travail. Enfin, l'intimée a rappelé que les trois décisions relatives à l'indemnité réservaient le droit de la SUVA de demander la restitution de ce qui pouvait être payé en trop et que le recourant devait par conséquent s'attendre à devoir rembourser un éventuel indu. S'agissant de la situation économique difficile, l'intimée a estimé ne pas devoir l'examiner, faute de réalisation de la condition de la bonne foi.

Par réplique du 13 avril 2015, le recourant a renvoyé à ses écritures précédentes et rappelé qu'il aurait été plus facile pour l'assureur d'interrompre le versement de l'indemnité et de la reprendre le cas échéant, que pour une personne sans connaissance juridique, ayant rempli

son obligation d'annonce, de savoir qu'il ne devait pas dépenser l'argent versé en raison d'un éventuel remboursement.

Dupliquant le 6 mai 2015, l'intimée a réitéré ses précédents arguments. Elle a ajouté que si, par extraordinaire, le recours devait être admis sur la question de la bonne foi, le dossier devait lui être renvoyé pour procéder à l'examen de la deuxième condition pouvant donner droit à une remise, soit la situation difficile.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Elle prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). Un membre de cette cour statue en tant que juge unique sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile, auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. au vu du montant de la restitution demandée, soit 20'521 fr. 80, la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour, statuant en tant que juge unique.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

b) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si l'intimée était fondée à confirmer la décision de refus de remise de l'obligation de restitution, au motif que la condition de la bonne foi n'était pas réalisée.

Il convient de mentionner d'emblée que la problématique de la légitimité de la demande de restitution du montant de 20'521 fr. 80 ne fait pas l'objet de la décision sur opposition attaquée et que seule la question de la remise est par conséquent examinée (art. 25 LPGA et la jurisprudence y relative, en particulier TF 9C_86/2014 du 5 juin 2014 consid. 3.2 sur la procédure de restitution).

3. a) Selon l'art. 25 al. 1 LPGA, 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. Les deux conditions matérielles énoncées à l'art. 25 al. 1, seconde phrase, LPGA sont cumulatives et leur réalisation est nécessaire pour que la remise de l'obligation de restituer soit accordée (ATF 126 V 48 consid. 3c ; TFA C 223/00 du 5 février 2001 consid. 5).

b) Selon la jurisprudence, l'ignorance, par le bénéficiaire des prestations, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations ne suffit pas pour admettre sa bonne foi. Il faut bien plutôt que l'assuré ne se soit rendu coupable, non seulement d'aucune intention malicieuse, mais aussi 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. 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, 110 V 176 consid. 3c ; TFA C 295/02 du 12 juin 2013 consid. 1.2). Il y a négligence grave quand un ayant droit ne se conforme pas à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances (ATF 110 V 176 consid. 3d).

Lorsqu'un assuré devrait avoir des doutes quant à la légitimité du versement de prestations et qu'il n'entreprend rien pour que ses doutes disparaissent, il n'est en principe pas de bonne foi. Plus le montant des prestations indues est élevé, plus le degré de diligence requis doit l'être aussi (Boris Rubin, Assurance-chômage - Droit fédéral - Survol des mesures cantonales - Procédure, 2^{ème} édition, Zurich/Bâle/Genève 2006, p. 738).

Dans un arrêt 8C_30/2008 du 5 septembre 2008, examinant le cas d'un assuré qui avait été mis au bénéfice d'indemnités journalières suite à un accident, le Tribunal fédéral a considéré que l'assuré, qui s'était abstenu de réagir à réception de différents versements - dépassant sensiblement le montant maximum du salaire réalisable, ce dont le recourant devait se rendre compte - ne s'était pas conformé à ce qui pouvait raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances. Le Tribunal fédéral a retenu que ce faisant, le recourant

avait commis une négligence grave et que sa bonne foi devait dès lors être niée (consid. 4.2).

4. a) En l'espèce, le recourant a reçu trois décisions de la SUVA relatives aux indemnités pour changement d'occupation (15 juillet 2011, 23 mai 2012 et 28 juin 2013). Chacune d'entre elles mentionnait expressément le réexamen périodique des conditions requises pour la poursuite du paiement de l'indemnité, ainsi que l'éventualité d'un remboursement pour les prestations versées en trop.

Les décisions du 23 mai 2012 et du 28 juin 2013 comportaient également des indications quant aux premières indemnités qui avaient été recalculées, respectivement des ajustements quant aux montants versés.

Le recourant était donc averti que les prestations reçues pouvaient être réexaminées et le cas échéant, qu'elles pouvaient être soumises à remboursement. Dans ces circonstances, force est de constater qu'il ne pouvait ignorer le caractère provisoire des décisions rendues.

b) A cela s'ajoute que le recourant connaissait indéniablement le montant de l'indemnité payée par l'assurance-chômage, soit le 70 % du gain assuré (ce qui ressort des décomptes de chômage qu'il a lui-même transmis à la SUVA), indemnité qui a été versée jusqu'en septembre 2013, soit environ 3'600 fr. bruts en moyenne par mois (3'348 + 3'850.20 + 3'682.80 + 3'515.40, divisés par quatre mois - selon le décompte de l'intimée du 23 mai 2014). Ce montant était complété par l'indemnité pour changement d'occupation octroyée par l'intimée (2'837 fr. mensuels selon décision du 28 juin 2013).

Dès le mois d'octobre 2013, le recourant a perçu un revenu à 100 % de son nouvel employeur, 6'000 fr. bruts, plus un treizième salaire (en décembre 2013), auquel continuait de s'ajouter l'indemnité de la SUVA, toujours par 2'837 francs.

La somme obtenue depuis le mois d'octobre 2013 dépassait donc largement les montants versés auparavant – et même le salaire réalisable si le recourant n'avait pas subi la maladie professionnelle (pour mémoire, un revenu mensuel brut de l'ordre de 5'780 fr., complété par une prime annuelle de 1'000 francs). C'est ainsi en moyenne 2'500 fr. supplémentaires qui ont été touchés chaque mois jusqu'en mai 2014 (20'521 fr. 80 divisés par huit mois).

Or, le recourant ne devait pas s'attendre à obtenir des prestations d'assurance d'un montant bien supérieur au revenu qu'il percevait avant la décision d'inaptitude. Partant, il devait se rendre compte que la somme des prestations d'assurance allouées dépassait notablement ce qu'il recevait antérieurement et demander des explications à l'assureur-accident, ce d'autant plus qu'il lui était aisé de contacter son conseiller au vu des nombreux échanges intervenus entre eux.

c) Le recourant ne peut pas non plus se prévaloir de son ignorance du droit. En effet, tout au long de la procédure, il s'est soucié des montants effectivement perçus (notes téléphoniques des 11 juin 2011, 23 mai et 17 juin 2013 relatives aux indemnités servies par l'OAI, respectivement par l'assurance-chômage, dépôt d'une demande AI le 6 janvier 2011, etc.). Il était au courant du fait que les sommes reçues d'une assurance dépendaient des autres versements, notamment de ceux de l'employeur ou d'un autre assureur (en particulier courrier de la SUVA du 10 juin 2011, notes téléphoniques des 16 avril 2012 et 23 mai 2013). Il a par ailleurs activement pris part aux différentes procédures d'assurances sociales (fréquents contacts avec la SUVA, inscription au chômage et dépôt d'une demande AI), transmettant régulièrement les informations et documents requis aux personnes concernées.

Dès lors, en s'abstenant de réagir à réception des paiements mensuels, le recourant ne s'est pas conformé à ce qui pouvait raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances.

A titre superfétatoire, on relève que le recourant a indiqué ne plus disposer du montant réclamé (notamment courriel adressé au conseiller SUVA et produit à l'appui de l'opposition du 26 novembre 2014). Cet élément renforce le constat que l'attitude du recourant n'était pas celle d'une personne de bonne foi, dès lors qu'il a dépensé chaque mois – sans se renseigner sur la légitimité des versements – un montant de plus de 2'500 fr. en moyenne, excédent très largement ses revenus habituels, soit 20'521 fr. 80 en l'espace de huit mois.

d) Au vu de son comportement, la négligence de l'assuré ne saurait être qualifiée de légère et sa bonne foi doit être niée. La première condition de l'art. 25 al. 1, seconde phrase, LPGA n'étant pas réalisée, l'intimée était fondée à refuser la remise de l'obligation de restituer la somme de 20'521 fr. 80.

Ce constat dispense l'autorité de céans de l'examen de la condition relative à la situation financière difficile de l'assuré.

5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 16 décembre 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Luc Del Rizzo (pour K. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :