

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 septembre 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Berthoud et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

G. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Hüsnü Yilmaz, avocat
à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS,
intimée, à Lucerne.

Art. 1a al. 1 LAA; 25 al. 1 et 53 LPG

E n f a i t :

A. Par déclaration de sinistre du 6 juin 2014, la société Z._____ avec pour adresse la Fiduciaire C._____ a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée) l'accident non professionnel dont son employé G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1984, avait été victime le 1^{er} avril précédent. La déclaration précisait que l'assuré était, en sa qualité d'installateur sanitaire, au bénéfice d'un contrat de travail à 100 % du 1^{er} mars au 31 décembre 2014 et qu'il percevait un salaire mensuel de 6'300 francs. Souffrant d'une luxation de l'épaule droite à la suite d'une chute, alors qu'il jouait au football, il a présenté une incapacité de travail à 100% dès le 1^{er} avril 2014, mais devait pouvoir reprendre son activité professionnelle à 50 % à compter du 16 juin 2014. Toutefois, une nouvelle incapacité totale de travail a été attestée du 20 juin au 15 juillet 2014.

Par courrier du 12 juin 2014, la CNA a informé l'assuré et la société Z._____, à l'adresse de la fiduciaire C._____ à L._____, qu'elle allait allouer des prestations d'assurance pour les suites de l'accident non professionnel du 1^{er} avril 2014. Le droit aux prestations débutait le 4 avril 2014 et l'indemnité journalière était fixée à 165 fr. 70 par jour calendaire, laquelle serait versée à l'employeur. Il était encore précisé que les frais médicaux engendrés par l'accident seraient payés directement aux médecins et autres fournisseurs de prestations médicales si elles avaient lieu en Suisse.

Le 21 juillet 2014, l'assuré a confirmé par écrit à la CNA qu'il était à nouveau apte à travailler à 50% dès le 16 juillet 2014.

Le 31 juillet 2014, l'assuré a été victime d'un nouvel épisode de luxation de son épaule droite. A cette époque, il était encore en incapacité de travail à un taux de 50 % en lien avec l'événement du 1^{er} avril 2014.

Le 8 septembre 2014, l'assuré a bénéficié d'une intervention chirurgicale, soit la stabilisation antérieure de l'épaule droite par butée de Latarjet, nécessitant par la suite le port d'un gilet orthopédique.

Par lettre du 10 septembre 2014, B._____ de la société Z._____ a requis de la CNA qu'elle verse les indemnités journalières directement sur le compte bancaire de l'assuré auprès de la [...] (dont le numéro était mentionné), ce que celle-ci a accepté par courrier du 18 septembre 2014.

Dans un rapport du 25 septembre 2014, le Prof. X._____, chef du Service d'orthopédie et traumatologie du N._____ a indiqué que l'assuré s'était luxé l'épaule droite pour la 3^{ème} fois le 31 juillet 2014, le premier épisode datant d'août 2013.

Selon le procès-verbal d'entretien établi le 16 octobre 2014 par un collaborateur de la CNA, l'assuré a notamment déclaré qu'il avait commencé à travailler pour la société Z._____ le 1^{er} mars 2014 dans le département sanitaire qui était en cours d'élaboration. C'est pour cela qu'un contrat limité dans le temps avait été décidé, avec prolongation selon la marche des affaires.

Par courrier du 6 novembre 2014, la CNA a informé la société Z._____, à l'adresse de la fiduciaire C._____ à L._____, qu'elle allait allouer des prestations d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 31 juillet 2014 et que le droit aux prestations prenait naissance le 3 août 2014. L'indemnité journalière était fixée à 165 fr. 70 par jour calendaire et serait versée "comme convenu" à l'assuré directement.

Il ressort du procès-verbal d'entretien établi le 16 décembre 2014 par un collaborateur de la CNA que l'assuré était inscrit comme associé gérant de la société Z._____, mais qu'il avait abandonné cette fonction, préférant rester ouvrier. L'assuré a spécifié qu'il n'assumait ainsi aucune tâche administrative, que "le service n'a pas été mis en route" et

qu'il n'arrivait d'ailleurs plus à contacter "Monsieur B._____". Il s'est engagé à envoyer à la CNA un courrier précisant sa situation et le fait qu'il n'y avait aucune activité possible pour lui en-dehors du chantier.

Le 19 décembre 2014, B._____ a écrit à la CNA, en sa qualité de directeur de la société Z._____, notamment ce qui suit :

"Je vous fais parvenir une lettre qui clarifie le statut de M. G._____ qui est employé dans notre société en tant que monteur sanitaire uniquement et qui est le seul employé dans ce secteur que nous venons de commencer à développer.
Le poste qu'il occupe concerne le travail de monteur sanitaire sur le terrain et les chantiers."

Le 31 mars 2015, la CNA a adressé à la société Z._____ "c/o C._____", à L._____, la facture de primes définitives pour l'année 2014. Basée sur un total de salaires de 53'000 fr., la prime se montait à 1'945 fr. 35, majoration pour paiement semestriel par 1.250 % comprise. Compte tenu du paiement de 1'761 fr. 80 et de frais pour "travail supplémentaire" par 200 fr., le solde en faveur de la CNA s'élevait à 383 fr. 55, payable au 1^{er} mai suivant.

Il ressort du procès-verbal d'entretien établi le 22 juin 2015 par un collaborateur de la CNA que l'assuré était toujours inscrit comme administrateur de la société Z._____. L'intéressé a indiqué ne pas avoir pris le temps de se retirer. Il a précisé que, pour la reprise du 25 mars 2015, c'est en tout cas cette société qui l'avait occupé, mais il n'avait tenu que quelques jours. L'assuré a exposé ne pas avoir de fiche de paye pour cette période et ne pas savoir s'il avait été payé ou non.

Par courrier du 23 juin 2015, la CNA a requis de la société Z._____, à l'adresse de la fiduciaire C._____ à L._____, qu'elle lui fasse parvenir le contrat de travail de l'assuré, sa fiche de salaire pour le mois de mars 2014, ainsi que celles des mois de mars et d'avril 2015.

Le 2 septembre 2015, la CNA a également prié la société Z._____, à l'adresse de la fiduciaire C._____ à L._____, de lui indiquer auprès de quelle caisse de compensation elle était affiliée.

Selon l'extrait de compte individuel produit par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS le 23 mars 2016, en 2014 et en 2015, l'assuré n'a pas travaillé pour la société Z._____, mais pour une société dont la raison sociale est P._____, réalisant respectivement des revenus de 14'586 fr. en 2014 et de 7'293 fr. en 2015.

Par courrier du 31 mars 2016, la CNA a prié l'assuré de produire une copie de son contrat de travail avec l'entreprise Z._____, ainsi que les copies des fiches de salaire pour les mois de mars 2014, ainsi que de mars et avril 2015.

Le 28 avril 2016, la CNA a rappelé à l'assuré la teneur de son courrier du 31 mars précédent et l'a prié d'y donner suite rapidement.

Le 2 juin 2016, la CNA, se référant à sa lettre du 31 mars 2016 ainsi qu'à son rappel du 28 avril précédent, a requis de l'assuré qu'il fasse le nécessaire par retour du courrier. Elle a précisé qu'en l'absence de réponse d'ici la mi-juin, elle serait contrainte de suspendre le paiement des indemnités journalières.

Selon une note téléphonique du 5 juillet 2016, l'assuré s'est inquiété de ne plus percevoir ses indemnités journalières. Il s'est engagé à faire parvenir à la CNA une copie de son contrat d'engagement dans les meilleurs délais et a expliqué qu'il n'avait pas retrouvé de copie de ses fiches de salaire. Il a également informé la CNA que la société Z._____ était en faillite.

Le 8 juillet 2016, l'assuré a produit le contrat de travail "en qualité de monteur à durée indéterminée" conclu, selon ce document, entre lui-même et la société Z._____ en date du 6 janvier 2014. On y lit notamment ce qui suit :

"2. Durée de travail

Le présent contrat prend effet au 1^{er} janvier 2014 à durée indéterminée.

3. Horaire de travail

L'employé s'engage à travailler 42h00 par semaine (soit 100%)

4. Rémunération

Le salaire de l'employé est le suivant

Salaire mensuel brut : CHF 6300.-

Charges sociales à déduire

AVS-AI-APG-AC-LPCFAM 6.31%

LAA acc. Non pro. 5.609%

Maladie perte de gain 1.72%"

Par courrier du 29 novembre 2016, se référant à l'événement du 31 juillet 2014, la CNA a notamment informé l'assuré que, selon les renseignements en sa possession, il n'avait plus besoin d'un traitement spécifique de sorte qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 janvier 2017 au soir.

Le 27 décembre 2016, la CNA s'est adressée à la Fiduciaire C._____ en la priant de lui adresser dans les meilleurs délais une copie des décomptes AVS concernant l'assuré. Le 20 janvier 2017, la CNA a rappelé à la fiduciaire la teneur de son courrier du 27 décembre 2016 et l'a priée d'y répondre au plus vite.

Par courrier du 30 janvier 2017, caviardé en ce qui concerne la personne de B._____, la Fiduciaire C._____ a notamment écrit à la CNA ce qui suit :

"Nous ne disposons d'aucun décompte AVS pour l'année 2014. Dès lors, nous en déduisons qu'aucune retenue n'a été effectuée. Par contre nous constatons l'existence d'un décompte de primes définitives SUVA pour l'exercice 2014 d'un montant de CHF 2'147.80, daté du 5 août 2015.

Il ressort de ce décompte un solde en votre faveur de CHF 386.00. Il serait intéressant de savoir si le montant des primes 2014 correspond à $12 \times 6'500$ (salaire G._____) + 48'000 de salaire conventionnel pour M. [...] soit une masse salariale totale de CHF 126'000.00.

Vous trouverez en annexe une copie du décompte annuel des deux employés ainsi que l'unique fiche de salaire établie pour le mois de janvier 2014.

A notre souvenir, M. G._____ ne travaillait pas réellement dans l'entreprise mais il y a été enregistré - avec effet rétroactif - après son accident du 31 juillet 2014.

Il est curieux en effet de constater que le salaire de M. G. _____ s'élève à CHF 6'300.00 alors que celui de M [...] (fondateur et seul actif de l'entreprise) se limite à CHF 3'500.00.

A notre avis, ces salaires n'ont jamais été versés mais devaient permettre à M. G. _____ de toucher des indemnités auprès de votre Caisse.

Comme l'indiquent les documents annexés (décompte SUVA 2012 et déclaration des salaires AVS 2012), M [...] n'a jamais été salarié de l'entreprise, du moins pas à notre connaissance.

Pour information, nous vous remettons en annexe une copie de notre lettre du 17 janvier 2015 par laquelle nous invitons M [...] à prendre contact avec nous. Demande restée sans réponse.

Notez également que cette société a été déclarée en faillite le 11 juillet 2015."

Il ressort des pièces fournies par la Fiduciaire C. _____ à la CNA qu'en 2014, seul un salaire brut de 6'300 fr. a été versé par la société Z. _____ à G. _____ pour le mois de janvier 2014 (cf. récapitulation annuelle 2014). Deux décomptes de salaire pour janvier 2014 ont également été produits, soit l'un en faveur du recourant (salaire mensuel brut de 6'300 fr.) et l'autre (traitement le 27 octobre 2014) en faveur de B. _____ (nom caviardé) (salaire mensuel brut de 3'500 fr.). Par ailleurs, selon la lettre que la Fiduciaire C. _____ a adressée le 17 janvier 2015 à B. _____ personnellement, il apparaît que, malgré ses nombreuses demandes, la fiduciaire n'avait plus de contacts avec B. _____ au sujet de la société Z. _____ et qu'elle déclinait toute responsabilité quant aux conséquences tant financières que pénales liées à la négligence de l'intéressé. La fiduciaire a en outre ajouté qu'en raison du non-paiement de ses honoraires, elle n'était plus en mesure de lui faire suivre son courrier et de répondre aux différentes requêtes adressées dans ses bureaux.

L'extrait internet du Registre du commerce du canton de Vaud, daté du 30 janvier 2017, indique notamment que la société Z. _____ - dont le but était l'exploitation d'une entreprise d'électricité, d'installations électriques, de contrôle et de mise en conformité de toute installation électrique, d'électrotechnique et de télécommunications effectuées par des tiers - avait pour associé gérant B. _____, avec signature individuelle et 20 parts de 1'000 francs. Selon l'extrait de la Feuille officielle suisse du commerce du 27 janvier 2014, en date du 19 décembre 2013, B. _____, devenu associé gérant président, a cédé 10 de ses 20 parts de 1'000 fr. à

G._____, nouvel associé avec signature individuelle (édition du 28 décembre 2017 produite au dossier de la CNA). Par décision du Tribunal de l'arrondissement de La Broye et du Nord vaudois du 7 juin 2015, la société Z._____ a été déclarée en faillite par défaut des parties avec effet à partir du 7 juillet 2015; la procédure de faillite, suspendue faute d'actif, a été clôturée le 25 septembre 2015 et, faute d'opposition, la société a été radiée d'office le 18 janvier 2016.

Par courrier recommandé du 22 février 2017, se référant à l'événement du 31 juillet 2014, la CNA a indiqué à l'assuré que des faits nouveaux étant apparus (doutes sérieux quant à son engagement auprès de Z._____), elle était contrainte de réexaminer la question de la responsabilité et dans l'obligation de suspendre le versement des prestations d'assurance avec effet immédiat.

Par lettre recommandée du 23 février 2017, la CNA a écrit à l'assuré notamment ce qui suit :

"L'entreprise Z._____ nous a annoncé vos accidents du 01.04.2014 et du 31.07.2014. Selon la déclaration de sinistre et selon votre déclaration du 16.10.2014 vous étiez engagé depuis le 01.03.2014. Selon le contrat de travail, que vous avez envoyé le 11.07.2016, vous étiez engagé depuis le 01.01.2014.

Pour examiner notre responsabilité, nous vous prions de bien vouloir nous adresser les éléments suivants :

- Toutes les fiches de salaire depuis janvier 2014
- Extrait du compte (bancaire ou postal) sur lequel les salaires ont été versés
- Copie de la police LPP
- Certificats de salaire 2014 et 2015

Nous vous accordons partant un délai au 15.03.2017 pour nous remettre les pièces demandées."

Le 9 mars 2017, la CNA a envoyé à l'assuré, sous pli prioritaire, une copie de la lettre recommandée du 23 février précédent que celui-ci n'avait pas retirée à l'office postal.

Le 13 mars 2017, faisant partiellement suite à la requête de la CNA, l'administration cantonale des impôts l'a informée que, durant la période fiscale 2014, l'assuré avait perçu 13'107 fr. au titre de revenu de

l'activité principale salariée et 19'844 fr. au titre d'indemnités journalières de l'assurance-maladie et/ou accident.

Par courrier recommandé du 22 mars 2017, la CNA a réitéré auprès de l'assuré sa demande de documents figurant dans sa lettre du 23 février précédent en attirant son attention sur les conséquences de son inaction (art. 28 et 43 al. 3 LPGA ainsi que art. 55 al. 1 OLAA). Elle lui a imparti un ultime délai au 10 avril 2017 pour produire les pièces demandées en l'avertissant qu'à défaut, elle serait contrainte de rendre une décision formelle sur la base des actes du dossier.

Selon un document intitulé "Détail de l'indemnité journalière" relatif au sinistre du 31 juillet 2014, l'assuré a perçu le montant de 19'844 fr. en 2014, de 57'863 fr. 55 en 2015, de 60'646 fr. 20 en 2016 et de 5'136 fr. 70 en 2017, soit un montant total de 143'490 fr. 45, étant précisé que dites indemnités journalières ont été versées d'août 2014 à janvier 2017.

Par décision du 13 avril 2017, la CNA a considéré que l'engagement de l'assuré par la société Z._____ au moment de l'événement du 1^{er} avril 2014 n'était pas démontré, de sorte qu'il ne lui appartenait pas d'allouer des prestations. La CNA a en particulier relevé que l'assuré n'avait jamais fourni de copie des fiches de salaire demandées pour 2014 et 2015 malgré plusieurs demandes et que, selon l'extrait de compte individuel recueilli auprès de la Caisse cantonale de compensation AVS, des revenus avaient été déclarés en 2014 et 2015 par la société P._____, mais aucun par la société Z._____. Enfin, la CNA indiquait que selon les renseignements fournis par la Fiduciaire C._____, l'assuré n'aurait - à son souvenir - pas réellement travaillé pour la société Z._____, qu'il aurait été enregistré avec effet rétroactif après l'accident du 31 juillet 2014, qu'elle ne disposait d'aucun décompte AVS pour l'année 2014 et qu'aucune retenue n'avait été déduite. Au vu de ces éléments nouveaux, la décision d'allouer des prestations à l'assuré n'était pas fondée, raison pour laquelle la CNA a décidé de revenir sur la prise en charge de ses prestations conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Elle a ainsi requis de l'assuré la restitution d'un montant total de 23'576 fr. 40 (19'801

fr. 15 d'indemnités journalières + 3'775 fr. 25 de frais de traitement) en lien avec l'événement du 1^{er} avril 2014.

Par une deuxième décision également datée du 13 avril 2017, la CNA a requis de l'assuré la restitution des prestations, payées à tort selon elle pour l'événement du 31 juillet 2014, d'un montant total de 181'315 fr. 80 (143'490 fr. 45 d'indemnités journalières + 37'825 fr. 35 de frais de traitement). Elle a repris l'argumentation développée dans la décision du même jour relative à l'événement du 1^{er} avril 2014.

Par écriture de son conseil du 18 mai 2017, Me Hüsni Yilmaz, l'assuré a formé opposition aux décisions de restitution du 13 avril précédent. Il a déclaré s'étonner de la teneur du courrier de la Fiduciaire C._____, tout en relevant qu'un conflit l'opposait à la société Z._____. Cette dernière société étant désormais en faillite, il a déclaré avoir demandé à son ancien employeur qu'il lui fournisse l'ensemble des documents en sa possession. A titre de "mesure d'instruction", il a requis un délai pour tenter de retrouver des informations dans le but de prouver les rapports de travail. L'opposant a contesté qu'il y ait aucun motif de revenir sur la prise en charge des suites de ses accidents dès lors qu'un rapport de travail existait. Il a relevé que si les cotisations n'avaient pas été versées, la question de la compétence de l'institution supplétive de la CNA se posait.

Dans le délai prolongé au 30 août 2017, le conseil de l'assuré a complété son argumentation. Il a soutenu que son client avait signé un contrat de travail de durée indéterminée avec Z._____ avec effet au 1^{er} janvier 2014 mais qu'en raison de problèmes de liquidités, il aurait eu une activité irrégulière jusqu'au 1^{er} mars 2014, date à partir de laquelle il avait débuté son activité à plein temps. Vu sa fonction de monteur sanitaire, l'assuré se rendait sur les chantiers pour contacter de nouveaux clients, établir des devis et exécuter les travaux de sanitaire mais il n'était pas en possession ni de l'ordinateur ni des classeurs de la société, de sorte qu'il était dans l'impossibilité de présenter les preuves du travail effectué. Il a déclaré tenter de contacter d'anciens clients afin d'attester ses

allégations. En ce qui concerne les déclarations de la Fiduciaire C._____, l'opposant a allégué qu'elles étaient mensongères, prétendre qu'il n'aurait été déclaré par son employeur de façon rétroactive que dans le but de bénéficier des indemnités journalières de l'assurance-accidents relevant d'un non-sens. A cet égard, il se référait à un courriel de la fiduciaire du 22 juin 2017 dans lequel elle indiquait avoir effectué la comptabilité de la société que pour l'année 2013, de sorte qu'elle ne pouvait disposer d'aucun document pour 2014. En dernier lieu, l'opposant a fait valoir que la CNA ne pouvait prétendre sur la base du courrier de la fiduciaire du 30 janvier 2017 avoir découvert des faits et/ou des pièces nouveaux qu'elle n'aurait pas pu obtenir durant l'instruction de la présente affaire : il relevait qu'à l'époque il travaillait, puis avait été victime de deux accidents, avait fourni au mieux les éléments en sa possession et qu'il incombait à son employeur, B._____, de l'assurer contre les risques d'accident et que le fait que ce dernier n'ait pas fait le nécessaire ne saurait lui être reproché. L'opposant a produit une copie du décompte de salaire établi par la société Z._____ pour le mois de janvier 2014.

Le 10 novembre 2017, l'opposant a encore produit quatre pièces. La première, datée du 28 septembre 2017 et émanant de la société V._____, sous la signature de son directeur, S._____, confirme avoir mandaté Z._____ pour l'un de ses ouvrages et que les travaux ont été effectués par son ouvrier, G._____, jusqu'au jour de son accident, survenu sur son chantier à l'été 2014.

La deuxième, émanant de B._____ et datée du 16 octobre 2017, atteste notamment ce qui suit :

"Je soussigné atteste par la présente avoir convenu un contrat de travail à plein temps avec G._____ qui a été engagé par Z._____.

Notre contrat devait débiter la première semaine du mois de janvier 2014. Toutefois, G._____ n'a pas pu avoir un travail à plein temps dans un premier temps. Ce n'est qu'au début du mois de mars 2014 qu'il a travaillé à plein temps.

Durant son activité, il s'occupait de tous les travaux sanitaires. De plus, il préparait les devis et rendait visite à différents chantiers.

En raison de difficultés rencontrées avec mon fiduciaire de l'époque, qui a refusé de continuer ma comptabilité et à me remettre mes

classeurs, en raison également des difficultés dans le suivi de ma facturation et des sommes que je n'arrivais pas à encaisser pour des travaux en cours ou déjà réalisés, j'ai été dépassé par la gestion des affaires et du suivi de ma comptabilité. Au final, je n'ai pas pu gérer l'ensemble et je me suis retrouvé dans une procédure de faillite et j'ai perdu tout mon investissement dans Z._____.

Durant ce laps de temps, je n'ai pas été attentif aux différentes déclarations à effectuer aux assurances. De plus, lorsque j'ai demandé à mon fiduciaire, C._____, de me préparer un projet de fiches de salaire pour Monsieur G._____, la question de différentes déclarations aux assurances a été évoquée entre la fin du mois de décembre 2013 et le début de l'année 2014. Comme nous étions en litige sur la facturation du travail de comptabilité, C._____ n'a pas fait le nécessaire pour l'année 2013, ni 2014.
[...]"

La troisième, établie le 4 octobre 2017 par T._____, pour la société M._____, atteste que dite société (en faillite actuellement et propriété à l'époque de son père désormais domicilié à l'étranger) avait sous-traité des travaux à Z._____ et que durant l'année 2014 il avait régulièrement été en contact avec G._____, lequel avait effectué les travaux. Le signataire précise que Z._____ avait refusé certains travaux de sanitaire au printemps et en été 2014 en raison de l'absence de son employé et de sous-effectif.

La quatrième attestation, également datée du 4 octobre 2017, établie par la société K._____, sous la signature de B.H._____, atteste avoir effectué une demande de devis en début de l'année 2014 à la société Z._____ pour des travaux d'électricité / sanitaire pour le compte de l'un de ses clients, sans suite. Le signataire déclare avoir, à cette occasion, fait la connaissance de G._____, qui s'était présenté comme employé de cette société. Il ne l'a pas revu par la suite mais a appris qu'il avait subi un accident.

Le 22 novembre 2017, l'opposant a produit une cinquième attestation, établie le 14 novembre précédent par Q._____ pour la société W._____, qui confirme que, dans le courant du mois de mars 2014, il a contacté l'entreprise Z._____ pour l'un de ses clients et pour des travaux de sanitaires et que c'est G._____ qui s'est déplacé et a fait une offre par la suite.

Par décision sur opposition du 2 janvier 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé les décisions rendues le 13 avril 2017. Elle a supprimé l'effet suspensif en cas de recours, hormis en ce qui concerne la demande de restitution. Après avoir rappelé les diverses contradictions ressortant du dossier concernant l'engagement de l'opposant par la société Z._____ qui l'avaient amenée à interpeller la Fiduciaire C._____ sur ce point, la CNA a considéré en substance que les éléments fournis par celle-ci le 30 janvier 2017 constituaient des faits nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. En outre, après avoir relevé que, malgré un rappel, l'assuré n'avait pas réagi à sa demande du 27 février 2017 de lui faire parvenir ses fiches de salaire, l'extrait de compte sur lequel les salaires avaient été versés, la copie de la police LPP et les certificats de salaire pour 2014 et 2015, la CNA a considéré que les attestations produites par l'intéressé au mois de novembre 2017 selon lesquelles il aurait été présenté comme employé de Z._____ ne permettaient pas d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré ait été engagé par cette société et en tout cas pas aux conditions figurant dans l'annonce de sinistre. Sur ce point, la CNA a indiqué qu'il lui semblait étonnant que les signataires des attestations produites par l'assuré puissent se souvenir en 2017 d'un travail fourni par un ouvrier en 2014. Elle a par ailleurs notamment relevé que la société V._____ avait été fondée le 5 septembre 2014 et qu'il était dès lors impossible qu'elle ait mandaté Z._____ pour effectuer des travaux en février ou mars 2014, que la société M._____ avait été déclarée en faillite il y a déjà longtemps et enfin que la signature de T._____ avait été radiée au 31 août 2016.

B. Par acte de son conseil du 5 février 2018, G._____ recourt devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 2 janvier 2018 en concluant principalement à l'annulation de la décision attaquée et subsidiairement à l'annulation et au renvoi de la présente cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Il estime qu'il convient « d'attacher un effet suspensif au présent recours. A défaut, [il] subira un préjudice économique considérable au vu des montants qui lui sont

réclamés ». Le recourant soutient que la demande de restitution est infondée dès lors qu'il n'y a pas de faits nouveaux importants motivant la révision des décisions de l'intimée de prendre en charge les conséquences des accidents dont il a été victime en 2014. Il allègue qu'aucune révision procédurale ne peut être effectuée au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, vu la tardivité des moyens invoqués, qui sont contestés et vu la possibilité pour l'intimée d'obtenir toute information utile pour la prise en charge des deux accidents. En d'autres termes, le recourant fait valoir que la condition de l'art. 53 al. 1 LPGA relative à l'impossibilité de connaître la preuve nouvelle au moment de la décision initiale n'est pas remplie, l'intimée disposant en tout temps des moyens d'investiguer le cas si elle avait des doutes sur l'existence de rapports de travail. Il conteste ce qu'il nomme sa "prétendue inactivité" auprès de la société Z._____ à l'époque des événements accidentels et l'ignorance qu'en aurait eue l'intimée jusqu'à la réception de la lettre du 30 janvier 2017 de la Fiduciaire C._____. A cet égard, il relève que dite fiduciaire était en conflit avec son employeur, qui n'aurait pas honoré les factures de comptabilité pour la période antérieure à 2014. Le recourant soutient par ailleurs que les éléments avancés par la fiduciaire sont inexploitable et ne sauraient être considérés comme des faits ou moyens de preuve nouveaux, dès lors que C._____ ne saurait pouvoir affirmer en janvier 2017 qu'il n'aurait pas travaillé pour la société Z._____ en 2014 alors qu'elle affirme, pour la même période, n'avoir pas établi de travail comptable ni de suivi administratif. Selon le recourant, l'existence d'un seul projet de fiche de salaire pour le mois de janvier 2014 ne saurait être la preuve de l'inexistence des rapports de travail. En outre, le recourant fait valoir que les preuves nouvelles qu'il a apportées durant la procédure d'opposition sont en tous points crédibles, les agendas des sociétés permettant aux signataires des attestations de se souvenir des dates des rendez-vous et des personnes rencontrées, d'autant qu'il était le seul employé de Z._____ à œuvrer dans le domaine sanitaire. Aussi, face à cinq attestations ayant pleine valeur probante, les déclarations de la Fiduciaire C._____ sont d'autant moins crédibles qu'en 2014, elle n'a eu aucun contact avec Z._____ ni avec lui.

Le 13 mars 2018, le recourant a déposé un bordereau de pièces, dont une déclaration écrite et signée de S._____ en date du 15 février 2018 qui atteste avoir mandaté la société Z._____ pour les travaux d'électricité et de sanitaire pour trois villas, que le contrat d'entreprise a été signé le 22 juillet 2013, que le chantier a débuté dans le courant du mois d'août 2013 pour s'achever au mois d'octobre 2014 et que le recourant a été victime d'un accident sur dit chantier. S._____ précise encore que durant cette période il n'avait pas encore fondé sa société V._____. La copie du contrat d'entreprise annexée à dite déclaration est datée du 22 juillet 2013 ; elle ne comporte aucune signature. Au titre de mesures d'instruction, le recourant a requis l'audition de l'ensemble des témoins ayant fourni une attestation écrite.

Par réponse du 26 avril 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle fait valoir que la révision des décisions par lesquelles elle a octroyé des prestations d'assurance au recourant est bien fondée, dès lors qu'elle a découvert, subséquemment à dites décisions, des faits nouveaux importants, à savoir, par la Fiduciaire C._____ que le recourant n'avait pas été réellement engagé par l'entreprise Z._____, mais avait été enregistré avec effet rétroactif après son accident du 31 juillet 2014 pour pouvoir bénéficier des prestations d'assurance. Afin de vérifier ces indications, l'intimée a procédé à des actes d'instruction et n'a pu "trouver trace de l'existence de l'engagement contesté dans les documents officiels (extrait du compte individuel de la Caisse de compensation ; documents LPP, etc.)". Elle relève que dans le cadre de ces mesures d'instruction, le recourant a été invité à produire des documents aptes à prouver l'existence du rapport de travail avec Z._____, mais qu'il n'a pas obtempéré, même en ce qui concerne la copie du relevé de compte bancaire ou postal sur lequel les salaires auraient été versés. L'intimée est d'avis qu'une dispute éventuelle entre la Fiduciaire C._____ avec Z._____ ne suffit pas à justifier l'impossibilité de produire les documents concernés, en soulignant que la production du relevé bancaire personnel du recourant, apte à prouver qu'il percevait mensuellement le salaire de la part de l'entreprise pour laquelle il prétend avoir travaillé, ne devrait pas poser de problème, car elle dépend du recourant lui-même. Au final,

l'intimée estime que les attestations produites (déclarations concernant des faits qui remontent au début de 2014), l'absence de documents officiels aptes à prouver l'existence du rapport de travail, l'impossibilité de fournir n'importe quelle preuve objective (même pas le relevé bancaire du compte sur lequel les salaires auraient dû être versés) ne permettent pas d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant a été engagé par Z._____ et aux conditions indiquées dans la déclaration de sinistre.

Dans sa réplique du 22 juin 2018, le recourant conteste une nouvelle fois que les déclarations de la Fiduciaire C._____ puissent être considérées comme probantes et constituer des faits nouveaux propres à justifier une procédure de révision pour les motifs déjà développés tant dans son opposition que dans l'acte de recours. Quant à l'absence de certificats de travail ou de fiches de salaire, il estime qu'elle ne lui est pas imputable, mais relève de la responsabilité de son ancien employeur, Z._____. En annexe, le recourant produit une déclaration écrite, signée par B._____ le 28 mai 2018, par laquelle celui-ci détaille les problèmes rencontrés dans la gestion de la société Z._____ et atteste avoir payé ses salaires au recourant, de la main à la main, dès lors qu'il recevait lui-même des paiements des entrepreneurs en liquide "pour éviter qu'il y ait une saisie quelconque sur les comptes" en raison des différents litiges en cours, en particulier avec C._____. Pour le surplus, le recourant se réfère aux déclarations écrites produites qui, selon lui, attestent l'existence d'un contrat de travail entre la société Z._____ et lui-même.

Par duplique du 10 août 2018, l'intimée a confirmé ses conclusions. Elle relève que l'écriture du 22 juin 2018 n'apporte pas d'élément nouveau susceptible de remettre en discussion sa position et que la déclaration écrite de B._____ est contredite par l'absence de documentation officielle ou d'éléments objectifs.

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 28 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 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.

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 sur le bien-fondé de la révision à laquelle a procédé l'intimée, respectivement le bien-fondé de la restitution par le

recourant des montants de 23'576 fr. 40 (événement du 1^{er} avril 2014) et 181'315 fr. 80 (événement du 31 juillet 2014) correspondant aux prestations (indemnités journalières et frais de traitement) perçues dès le 4 avril 2014. En l'espèce, l'intimée a reconnu son obligation de prester dans ses courriers des 12 juin et 6 novembre 2014 adressés à la société Z. _____ et à l'assuré. Il s'agit là de décisions informelles relevant de l'art. 51 al. 1 LPGA qui, faute d'avoir été contestées, sont entrées en force.

3. Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

4. a) Aux termes de l'art. 1a al. 1 LAA, sont assurés à titre obligatoire conformément aux dispositions de ladite loi les travailleurs occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés.

b) Selon la jurisprudence, est réputé travailleur au sens de cette disposition celui qui, dans un but lucratif ou de formation et sans devoir supporter de risque économique propre, exécute durablement ou provisoirement un travail pour un employeur, auquel il est plus ou moins subordonné. Sont ainsi visées avant tout les personnes au bénéfice d'un contrat de travail au sens des art. 319 ss CO (loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse ; RS 220) ou qui sont soumises à des rapports de service de droit public. Dans le doute, la qualité de travailleur doit être déterminée de cas en cas, à la lumière de l'ensemble des circonstances de l'espèce, notamment au regard de l'existence d'une prestation de travail, d'un lien de subordination et d'un droit au salaire

sous quelque forme que ce soit (ATF 115 V 55 consid. 2d; TF 8C_393/2011 du 13 février 2012 consid. 3).

c) La nature de l'activité exercée importe peu s'agissant de l'assujettissement à l'assurance-accidents : le gain soumis à cotisations peut aussi bien provenir d'une activité licite que d'une activité illicite, en particulier d'un " travail au noir". Le ressortissant étranger qui travaille illégalement en Suisse est donc aussi soumis à l'assurance obligatoire (ATF 118 V 79 consid. 2 et les références).

5. a) Aux termes de l'art. 25 al. 1, première phrase, LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées.

b) L'obligation de restituer suppose que soient réunies les conditions d'une reconsidération (caractère sans nul doute erroné de la décision et importance notable de la rectification) ou d'une révision procédurale de la décision par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5.2 et les références citées).

aa) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions 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 (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références citées ; TF 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

bb) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2 ; TF I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

c) Ces dispositions sont aussi applicables lorsque des prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle et que leur versement, néanmoins, a acquis force de chose décidée (TF 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 3 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, n° 19 *ad* art. 53 LPGA).

d) Par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, la révision procédurale est soumise aux délais prévus

par l'art. 67 PA – 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 (TF 8C_207/2014 du 13 mars 2015 consid. 3 ; 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 3 ; RAMA 1994 n° U 191 p. 145 ; Kieser, *op. cit.*, n° 38 *ad* art. 53 LPGA). De simples suppositions ou même des rumeurs ne sont pas suffisants pour que ces délais commencent à courir (TF 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4).

6. Aux termes de l'art. 25 al. 2 phr. 1 LPGA, le droit de demander la restitution de prestations indûment touchées s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du motif de restitution, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Il s'agit là de délais (relatif et absolu) de péremption qui doivent être examinés d'office (cf. ATF 140 V 521 consid. 2.1).

Le délai de péremption relatif d'une année commence à courir dès le moment où l'administration aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle (ATF 140 V 521 consid. 2.1 ; 139 V 6 consid. 4.1 ; 124 V 380 consid. 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 140 V 521 consid. 2.1 ; 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. A 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 (TF 8C_689/2016 du 5 juillet 2017 consid. 5.1 et les références citées).

Cependant, lorsque la restitution est imputable à une faute de l'administration, on ne saurait considérer comme point de départ du délai d'une année le moment où l'erreur a été commise par l'administration, mais le moment auquel celle-ci 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. En effet, si l'on plaçait le moment de la connaissance du dommage à la date du versement indu, cela rendrait souvent illusoire la possibilité pour l'administration de réclamer le remboursement de prestations allouées à tort en cas de faute de sa part (ATF 124 V 380 consid. 1 ; TF 8C_689/2016 précité consid. 5.1).

Le délai de péremption absolu de cinq ans prévu par l'art. 25 al. 2 phr. 1 LPGA signifie que si le délai d'une année a été respecté, la restitution ne peut porter que sur des paiements effectués dans les cinq ans précédant la demande de restitution. Ce délai ne commence pas à courir à partir de la date à laquelle la prestation aurait dû être versée selon la loi, mais à partir de celle à laquelle elle a été effectivement versée (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3262 p. 881).

Les délais de péremption prévus à l'art. 25 al. 2 LPGA ne peuvent pas être interrompus. Lorsque l'autorité a accompli l'acte conservatoire que prescrit la loi, le délai se trouve sauvegardé, cela une fois pour toutes (cf. TF 9C_400/2016 du 2 novembre 2016 consid. 3.1 avec les références citées).

7. Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2).

Par ailleurs, 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 (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c et les références). 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; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2).

8. En l'occurrence, il convient tout d'abord d'examiner si le recourant avait lors des événements des 1^{er} avril 2014 (déclaration de sinistre du 6 juin 2014) et 31 juillet 2014, la qualité de travailleur assuré au sens de la LAA.

a) L'existence d'un contrat de travail, ainsi que l'exercice d'une activité licite ne constituent pas des conditions à la reconnaissance de la qualité de travailleur au sens de l'art. 1a al. 1 LAA. La qualité de travailleur doit dès lors être déterminée à la lumière des circonstances économiques.

La déclaration de sinistre du 6 juin 2014 mentionne que le recourant était au bénéfice d'un contrat de durée déterminée, soit du 1^{er} mars au 31 décembre 2014 à 100% en qualité d'installateur sanitaire dans le domaine de la production. Or, le contrat de travail finalement produit par le recourant le 8 juillet 2016 – étant relevé que dite production faisait suite à une requête de l'intimée du 31 mars précédent, à deux rappels et à la suspension du versement des indemnités journalières par l'intimée à la fin du mois de juin 2016 – indique un engagement de durée indéterminée dès le 1^{er} janvier 2014. Toutefois, le recourant n'a produit ni fiche de salaire, ni certificat de salaire concernant son activité auprès de la société Z. _____ dès le 1^{er} mars 2014. La société précitée par l'intermédiaire de la fiduciaire C. _____ n'a par ailleurs jamais obtempéré à la demande de

l'intimée de produire le contrat de travail du recourant, ainsi que les fiches de salaire pour les mois de mars 2014, mars et avril 2015 (courrier de l'intimée du 23 juin 2015), pas plus qu'elle ne lui a indiqué à quelle caisse de compensation elle était affiliée (lettre de l'intimée du 2 septembre 2015). On relèvera que la capacité de travail du recourant était de 50% du 16 au 31 juillet 2014, mais ce dernier n'a présenté aucun décompte de salaire pour cette période. Seul un décompte de salaire en faveur du recourant a été produit le 30 janvier 2017 par la Fiduciaire C._____, lequel ne concernait toutefois que le mois de janvier 2014. Si les indications fournies par cette fiduciaire ne sauraient être suivies sans autre, il convient de constater qu'elles sont pertinentes et corroborées par des éléments objectifs au dossier. Ainsi, aucun décompte AVS concernant le recourant n'a été produit au dossier, ce qui donne à penser qu'aucune déduction salariale n'a été opérée. A la demande de l'intimée, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a produit le 23 mars 2016 un extrait du compte individuel AVS lequel mentionne que le recourant a certes perçu un salaire en 2014 (14'586 fr.) et 2015 (7'293 fr.), mais versé par la société P._____ (il s'agit d'un bar et vente de produits à l'emporter selon la FOSC) et non pas par l'entreprise Z._____. Les indications fournies par l'autorité fiscale le 13 mars 2017 finissent de conforter cette hypothèse, puisqu'il apparaît que le recourant a perçu en 2014 un revenu de 13'107 fr., ce qui correspond très vraisemblablement au salaire reçu de la société P._____ (cf. extrait de compte AVS). En tout état de cause, le recourant n'a pas été mesure de prouver que le revenu précité pour la période fiscale 2014 avait été déclaré par Z._____ et non par la société P._____. Enfin, la facture définitive de primes pour l'année 2014 que l'intimée a adressée à la société Z._____ le 31 mars 2015 indique que celles-ci ont été calculées sur une masse salariale totale de 53'000 fr., alors que selon le contrat de travail produit et les autres éléments au dossier, dite société aurait dû verser au recourant et à son associé B._____ des salaires à hauteur de 126'000 fr. au total. Dans ces conditions, on ne saurait suivre l'argument du recourant selon lequel les déclarations de la fiduciaire ne seraient pas fiables en raison d'un conflit avec la société Z._____. On ajoutera à toutes fins utiles qu'en 2014, la Fiduciaire C._____ œuvrait toujours en faveur de la société ; la

déclaration LAA du 6 juin 2014 mentionnait la société avec pour adresse la fiduciaire, de même que le courrier du 19 décembre 2014 signé par B._____ personnellement et adressé à la CNA, étant précisé que la mise au point de la fiduciaire envers sa société cliente concernant leurs relations futures date du 17 janvier 2015. Finalement, si un décompte de salaire a été établi le 27 octobre 2014 en faveur de G._____ pour le mois de janvier 2014 (cf. pièce produite par la Fiduciaire C._____ le 2 février 2017), on peine à comprendre pour quels motifs tel n'aurait pas pu être le cas pour le recourant s'agissant des mois de mars et juillet 2014.

b) En outre, il ressort de l'extrait du registre du commerce et des publications dans la Feuille officielle suisse du commerce figurant au dossier mais également des déclarations de l'assuré lui-même (cf. procès-verbaux d'entretien des 16 décembre 2014 et 22 juin 2015) que le recourant avait la qualité d'associé gérant de la société Z._____ depuis septembre 2013. Dans ces conditions, prétendre qu'il n'avait aucune maîtrise sur la gestion de la société et plus particulièrement qu'il n'avait pas accès aux documents qui lui étaient réclamés par l'intimée (fiches et certificats de salaire, police d'assurance LPP) pour prouver la réalité d'un rapport de travail avec cette entreprise paraît pour le moins peu vraisemblable. Pour le même motif, le recourant ne saurait faire valoir que la non production des fiches ou des certificats de salaire ne lui est pas imputable, mais serait de la responsabilité de l'employeur.

c) En ce qui concerne les déclarations écrites produites par le recourant en procédure d'opposition et dans le cadre du présent recours pour établir l'existence de sa relation de travail avec la société Z._____, on ne saurait leur attribuer une valeur probante suffisante. A cet égard, il convient de se référer à la motivation développée par l'intimée (cf. décision sur opposition du 2 janvier 2018, consid.11). En outre, compte tenu de l'incapacité de travail du recourant à 100% dès le 1^{er} avril 2014, excepté une période à 50% du 16 au 31 juillet 2014, on peine à comprendre comment l'intéressé aurait pu être mandaté par ces sociétés durant l'année 2014. Ainsi, V._____ a affirmé que le recourant s'occupait des travaux sanitaires jusqu'à son accident à l'été 2014 (cf. attestation de

du 28 septembre 2017). S'agissant de la seconde attestation du 15 février 2018, il n'est fait état que de considérations générales sur la durée du chantier concernant la construction de trois villas, le contrat d'entreprise ne permettant nullement d'établir une quelconque activité du recourant. Il en va de même pour M. _____ qui a attesté que « pour les travaux de sanitaire, j'ai été régulièrement en contact au cG. _____, qui a effectué les travaux ». L'attestation de la société K. _____ fait état d'un contact en début d'année 2014, ce qui n'est pas décisif en l'occurrence. S'agissant de la déclaration du 28 mai 2018 par laquelle B. _____ expose qu'il aurait payé le recourant « de la main à la main », il sied de relever qu'elle a été produite postérieurement à la décision sur opposition litigieuse, par laquelle l'intimée a notamment constaté l'impossibilité pour le recourant de pouvoir produire l'extrait de compte bancaire ou postal sur lequel les salaires lui auraient été versés. En définitive, on peine à comprendre pour quel motif aucun décompte de salaire n'a été établi pour le mois de mars 2014 à tout le moins, ni pour quelle raison il n'est pas mentionné de « versement en espèces » y compris sur le décompte de janvier 2014, alors que tel est le cas sur le décompte de salaire de janvier 2014 de B. _____ (cf. pièce produite par la Fiduciaire C. _____ à l'appui de son courrier du 30 janvier 2017).

d) Au vu de ce qui précède, les éléments précités sont autant d'indices qui ne permettent pas de retenir au degré de vraisemblance prépondérante que le recourant était au bénéfice d'un contrat de travail soumis à rémunération pour la période indiquée par la société Z. _____ et aux conditions avancées par l'employeur. Autant d'incohérences et de contradictions notamment quant à l'existence d'un contrat, sa durée, l'existence d'une rémunération, son montant, laissent peu de place à une possible erreur de retranscription de date ou à une négligence. En conséquence, la qualité d'assuré au sens de l'art. 1a al. 1 LAA doit lui être déniée.

9. Il y a également lieu d'examiner le respect des délais pour tenir compte du fait nouveau et son caractère important.

Le délai relatif de révision de nonante jours dès la découverte du fait nouveau et le délai absolu de dix ans (consid. 4c *supra*) ont commencé à courir lors de la réception par l'intimée du courrier du 30 janvier 2017 de la Fiduciaire C._____, ainsi que des pièces produites. Après avoir pris connaissance des documents précités, l'intimée a informé le recourant le 22 février 2017 que des faits nouveaux étaient apparus, respectivement des doutes sérieux quant à son engagement auprès de Z._____, contrairement aux informations données dès la remise de la déclaration LAA du 6 juin 2014, sur la base desquelles la décision de prise en charge du cas a été rendue. En effet, les décomptes d'indemnités journalières et de frais de traitement qui ont été alloués au recourant dès avril 2014 ne prennent pas en compte le fait que l'intéressé ne bénéficiait pas d'une couverture d'assurance-accidents auprès de l'intimée à l'époque des événements accidentels. Il s'agit par ailleurs d'un fait important dans la mesure où il permet à la CNA de refuser ses prestations. Les conditions de l'art. 53 al. 1 LPGA étant données, l'intimée était en droit de procéder à une révision des décisions informelles des 12 juin et 6 novembre 2014 et de décider de refuser ses prestations. Vu les décisions du 13 avril 2017, les délais de révision ont été respectés.

10. a) Cela étant, la CNA était donc légitimée à demander au recourant la restitution des prestations versées à tort pour les événements des 1^{er} avril et 31 juillet 2014, soit respectivement 23'576 fr. 40 et 181'315 fr. 80. Pour le surplus, le recourant ne soutient ni ne démontre que le calcul effectué par la CNA pour déterminer les montants soumis à restitution – soit 23'576 fr. 40 et 181'315 fr. 80 – seraient erronés et l'examen du dossier n'apporte aucun élément concret incitant à s'en écarter.

b) Les décisions de restitution, rendues le 13 avril 2017, sont par ailleurs intervenues dans le délai utile (art. 25 al. 2 LPGA).

En l'occurrence, il ressort du dossier que, le 23 juin 2015, l'intimée a demandé à l'entreprise Z._____ qu'elle produise le contrat de travail du recourant ainsi que les fiches de salaire pour les mois de mars

2014 ainsi que mars et avril 2015, requête restée sans réponse. Le 2 septembre 2015, l'intimée a également requis de dite société qu'elle lui indique auprès de quelle caisse de compensation elle était affiliée, demande également restée sans réponse. On rappellera à toutes fins utiles qu'en date du 17 janvier 2015, B._____ a été informé personnellement par la Fiduciaire C._____, que cette dernière ne serait plus en mesure de faire suivre son courrier et de répondre aux différentes requêtes qui lui étaient adressées. Toutefois, cette information n'a pas été communiquée à l'intimée qui a continué à envoyer des demandes de renseignements à l'employeur par l'intermédiaire de la Fiduciaire C._____, mais en vain jusqu'au courrier du 30 janvier 2017 de cette dernière. Dans l'intervalle, à réception de l'extrait du compte individuel AVS du recourant produit le 23 mars 2016 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS - lequel extrait attestait que le recourant n'avait reçu aucun salaire de la société Z._____ en 2014 et en 2015, alors qu'il avait perçu durant ces deux années des revenus de la société P._____ -, la CNA a demandé à de nombreuses reprises au recourant de produire son contrat de travail, ainsi que des fiches de salaire. L'intéressé a finalement produit un contrat de travail en date du 8 juillet 2016, précisant lors d'un entretien téléphonique du 5 juillet 2016 avec le case manager qu'il ne retrouvait plus ses fiches de salaire et que l'entreprise Z._____ était en faillite. Le 25 juillet 2016, le médecin traitant de l'assuré indiquait que son patient était en mesure de reprendre une activité lucrative en date du 12 septembre 2016, reprise reportée au 7 novembre 2016, puis au 8 janvier 2017 (cf. certificat médical du 11 novembre 2016). Par décision du 29 novembre 2016, la CNA a ainsi mis fin aux prestations avec effet au 31 janvier 2017, dès lors que l'intéressé n'avait plus besoin de traitement. La CNA a par ailleurs sollicité de la Fiduciaire C._____ une copie des décomptes AVS de l'assuré et ce, par courriers des 27 décembre 2016 et 20 janvier 2017. Finalement, par courrier du 30 janvier 2017, la Fiduciaire C._____ informait la CNA qu'elle ne disposait d'aucun décompte AVS pour l'année 2014, ajoutant que l'intéressé ne travaillait pas réellement dans l'entreprise, mais qu'il y avait été enregistré avec effet rétroactif après son accident.

c) Ainsi, ce n'est qu'en possession de l'ensemble des documents déterminants que la CNA s'est trouvée en mesure de réviser ses décisions d'octroi et fondée à rendre ses décisions de restitution. Les décisions du 13 avril 2017 ont été rendues dans le délai d'un an dès la prise de connaissance du courrier du 30 janvier 2017 de la Fiduciaire C._____ et des pièces produites et dans le délai de cinq ans dès le versement des prestations à compter du 4 avril 2014.

d) Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était fondée à réclamer la restitution des prestations indûment versées pour la période allant du 4 avril 2014 au 31 janvier 2017, correspondant aux montants - non contestés - de 23'576 fr. 40 (19'801 fr. 15 d'indemnités journalières + 3'775 fr. 25 de frais de traitement) s'agissant de l'événement du 1^{er} avril 2014 et de 181'315 fr. 80 (143'490 fr. 45 d'indemnités journalières + 37'825 fr. 35 de frais de traitement) s'agissant de l'événement du 31 juillet 2014).

11. Il n'y a pas lieu de procéder aux auditions requises par la partie recourante, la Cour de céans étant convaincue que de telles mesures d'instruction ne modifieraient pas l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2, 8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2).

Au vu de l'issue du présent litige, la requête en restitution de l'effet suspensif au recours est sans objet, étant précisé que l'intimée avait maintenu l'effet suspensif s'agissant de la décision de restitution. Par ailleurs, le Tribunal fédéral a jugé que les oppositions ou les recours formés contre des décisions en matière de restitution de prestations indûment perçues (art. 25 al. 1 LPGA) ont un effet suspensif de par la loi, ce qui fait obstacle à leur exécution immédiate (voir ATF 130 V 407 consid. 3 not. 3.4 ; TF 8C_130/2008 du 11 juillet 2008 consid. 3.2 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3^{ème} édition, Berne/St-Gall/Zurich 2015, n° 40 *ss ad* art. 52 et n° 53 *ad* art. 56 LPGA).

12. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 2 janvier 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Hüsnü Yilmaz, avocat à Lausanne (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédérale de la santé publique, à Berne,

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 :