

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 juillet 2021

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me François Gillard, avocat à Bex et Belmont-sur-Lausanne,

et

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

---

**Art. 25 et 53 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 197[...], de nationalité [...], domicilié au chemin Boulevard LR.\_\_\_\_\_ à KT.\_\_\_\_\_, a travaillé pour F.\_\_\_\_\_ Sàrl à partir du 22 août 2016 en qualité de plâtrier peintre au taux d'activité de 100 % pour un salaire horaire brut de 30 francs. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée).

L'assuré a fait l'objet de diverses saisies par les autorités de poursuite.

Par déclaration de sinistre du 24 octobre 2016, F.\_\_\_\_\_ Sàrl a annoncé à la CNA que, le 21 septembre 2016, l'assuré, occupé sur un chantier, avait chuté d'un échafaudage et heurté des escaliers au niveau du dos et de l'épaule gauche, ce qui avait entraîné une lombalgie traumatique.

L'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail à 100 % dès cette date (certificat médical établi le 18 octobre 2016 par le Centre médical H.\_\_\_\_\_).

Le 15 novembre 2016, F.\_\_\_\_\_ Sàrl a attesté qu'elle avait versé en mains propres les salaires de R.\_\_\_\_\_ pour les mois d'août et de septembre 2016.

Le Centre médical H.\_\_\_\_\_ a adressé l'assuré à l'Unité de chirurgie spinale du Centre hospitalier J.\_\_\_\_\_. Au terme d'un examen par IRM et d'une consultation, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a posé les diagnostics de changements dégénératifs discaux au niveau des vertèbres L4-L5 et L5-S1 avec une petite hernie discale paracentrale à droite L5-S1 sans compression radiculaire. Ne

retenant pas d'indication chirurgicale, il a adressé l'assuré au Dr K.\_\_\_\_\_, médecin praticien, pour une évaluation physique (rapport du 6 décembre 2016).

A la demande de la CNA, la Caisse AVS T.\_\_\_\_\_ a attesté le 22 décembre 2016 que l'intéressé était salarié auprès de F.\_\_\_\_\_ Sàrl depuis le 22 août 2016.

Par courrier du 6 janvier 2017, la CNA a indiqué à l'assuré qu'elle prenait en charge le cas, allouait les prestations légales et fixait le droit l'indemnité journalière de l'assurance-accidents à 131 fr. 20 par jour calendaire dès le 24 septembre 2016.

Le 24 janvier 2017, le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de lombalgies post-traumatiques. Il a indiqué que l'évolution était lente et le pronostic bon.

Dans ce contexte, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a préconisé un séjour à la Clinique de réadaptation O.\_\_\_\_\_ (ci-après : la Clinique de réadaptation O.\_\_\_\_\_).

L'assuré a séjourné à la Clinique de réadaptation O.\_\_\_\_\_ du 7 au 29 mars 2017. Le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics de troubles dégénératifs lombaires, de hernie discale médiane protrusive L4-L5 et de hernie discale médiane extrusive L5-S1, d'arthropathie acromio-claviculaire à droite et de chute ayant entraîné des contusions cervicales et lombosacrées, ainsi qu'une entorse acromio-claviculaire droite de stade I. Il a estimé que l'incapacité de travail était entière jusqu'au 2 avril 2017 et de 70 % dès le 3 avril 2017 (rapport du 31 mars 2017).

Dès cette date, l'intéressé a travaillé au taux d'activité de 30 % pour C.\_\_\_\_\_ Sàrl.

Le 28 juillet 2017, le Dr M.\_\_\_\_\_ a réduit l'incapacité de travail à 50 % dès le 31 juillet 2017.

C.\_\_\_\_\_ Sàrl a licencié l'assuré pour le 31 juillet 2017 (confirmation de résiliation du contrat de travail du 4 août 2017).

Dès le 2 août 2017, l'assuré a travaillé au taux d'activité de 50 % pour I.\_\_\_\_\_ Sàrl, société dont l'associé gérant était alors W.\_\_\_\_\_ et dont la faillite a été prononcée le 11 septembre 2017 (FOSC du 20 septembre 2017, n° 3762951).

La CNA a obtenu les renseignements suivants au sujet de l'assuré par l'intermédiaire de l'A.\_\_\_\_\_ (courrier électronique du 29 août 2017, versé au dossier de la CNA le 6 juin 2018) :

« (...) vous trouverez en fichier joint les divers documents en notre possession concernant R.\_\_\_\_\_, (...).

De plus et pour votre information, le 9 juin 2017, j'ai eu (...) la SUVA à [...] (...) qui m'avait confirmé que :

- Z.\_\_\_\_\_ ne disposait pas du statut d'indépendant auprès de la SUVA ;

- Qu'il n'y a pas d'assurance SUVA pour ces employés ;

- Qu'il a 14 jours pour annoncer les employés, mais que le 9 juin 2017, il n'y avait pas d'annonce de l'entreprise raison individuelle Z.\_\_\_\_\_.

(...) »

En annexe à ce courrier électronique figuraient un contrat de travail de durée indéterminée du 16 juin 2017 entre l'assuré et raison individuelle Z.\_\_\_\_\_, soit une entreprise individuelle exploitée par Z.\_\_\_\_\_ (cf. FOSC du 11 mai 2017, n° 3516303), une attestation de salaire du même jour pour une durée de travail hebdomadaire de 42,5 heures et une déclaration de l'assuré à la Caisse AVS T.\_\_\_\_\_, indiquant le début de l'activité le 16 juin 2017.

Dès le 2 octobre 2017, selon contrat de travail du 29 septembre 2017, l'assuré a travaillé au taux d'activité de 50 % pour

L.\_\_\_\_\_ Sàrl, société dont l'associé gérant était alors W.\_\_\_\_\_ et le siège sis au Boulevard LR.\_\_\_\_\_ à KT.\_\_\_\_\_ « c/o R.\_\_\_\_\_ ».

Par courrier électronique du 18 janvier 2018, B.\_\_\_\_\_ SA a informé la CNA que l'assuré avait travaillé à son service durant « 15 jours » au mois d'août 2017. Etait jointe au courrier électronique une fiche de salaire faisant état d'une activité de 120 heures.

Le 18 janvier 2018, la CNA a invité l'assuré à lui transmettre, dans un délai échéant au 8 février 2018, ses contrats de travail depuis le mois de janvier 2017, toutes ses fiches salaire depuis le mois de janvier 2017, tous ses rapports du travail ainsi que les lieux où il avait travaillé depuis le mois de janvier 2017 et l'extrait du compte postal ou bancaire sur lequel son salaire était versé depuis le mois janvier 2017.

L'assuré a produit le 8 février 2018 les documents suivants :

- L'extrait de son compte bancaire auprès de AA.\_\_\_\_\_ SA montrant notamment qu'il a perçu de manière régulière des revenus d'X.\_\_\_\_\_ B.V. du 11 juillet 2017 au 10 octobre 2017 ;
- La confirmation de la résiliation de son contrat de travail pour C.\_\_\_\_\_ Sàrl (4 août 2017) ;
- Le contrat de travail pour L.\_\_\_\_\_ Sàrl du 2 octobre 2017 ;
- Le contrat de travail pour I.\_\_\_\_\_ Sàrl du 2 août 2017 ;

Le 20 mars 2018, le Dr M.\_\_\_\_\_ a réduit l'arrêt de travail à 30 % du 10 au 24 avril 2018 avec une reprise à un taux d'activité de 100 % dès le 25 avril 2017, ce que la CNA a admis (cf. courrier du 20 mars 2018).

Les 16 avril et 7 mai 2018, le Centre médical H.\_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail à 30 % jusqu'au 30 mai 2018.

Le 8 mai 2018, retenant que l'assuré n'avait pas donné suite à la demande de renseignements du 18 janvier 2018, la CNA a fixé à l'assuré un délai au 29 mai 2018 pour prendre position sur le fait que, selon les informations recueillies, il aurait travaillé à 100 % durant le mois d'août 2017, ceci malgré l'arrêt de travail de 50 % délivré pour cette période. La CNA a en outre avisé l'assuré qu'en l'absence de réponse, elle rendrait une décision sur pièces.

L'extrait de compte individuel AVS produit le 19 juin 2018 par la Caisse AVS T. \_\_\_\_\_ a montré que des cotisations AVS ont été perçues pour les mois de novembre et de décembre 2017 pour une activité pour G. \_\_\_\_\_ Sàrl.

Par décision du 6 juillet 2018, la CNA a demandé à l'assuré la restitution dans un délai de 30 jours des indemnités journalières perçues par l'assuré du 16 juin 2016 au 24 avril 2018, à savoir 7'891 fr. 10. Elle a retenu que les indemnités n'étaient pas dues du fait que l'intéressé pouvait mettre en valeur une pleine capacité de travail dès le 16 juin 2017 sur la base du contrat de travail avec raison individuelle Z. \_\_\_\_\_. La CNA a également informé l'assuré des conditions applicables à une demande de remise.

Par une nouvelle décision du 31 juillet 2018, la CNA a annulé sa décision du 6 juillet 2018. Elle a constaté qu'il n'était pas possible d'obtenir la restitution des sommes versées à l'Office des poursuites [...] dans le cadre des saisies opérées par cette autorité. En conséquence et pour les mêmes motifs que ceux retenus à l'appui de sa précédente décision, elle a demandé à l'assuré la restitution dans un délai de 30 jours des indemnités journalières perçues par l'assuré du 16 juin 2017 au 24 avril 2018, à savoir 23'238 fr. 65 et l'a informé des conditions applicables à une demande de remise.

Le 3 août 2018 (date du timbre postal), l'assuré a formé opposition à la décision du 6 juillet 2018, concluant implicitement à son annulation. Il a en substance soutenu qu'il avait travaillé par obligation à

un certain pourcentage lorsqu'il n'était pas en incapacité de travail à 100 % et qu'il n'avait jamais travaillé pour la raison individuelle raison individuelle Z.\_\_\_\_\_. Il a soutenu qu'il avait collaboré avec Z.\_\_\_\_\_ en qualité de sous-traitant, n'ayant fourni un contrat de travail que pour justifier qu'il soit déclaré.

Par décision sur opposition du 10 août 2018, la CNA a confirmé sa décision du 31 juillet 2018.

Le 3 septembre 2018, représenté par Me François Gillard, a complété l'opposition formée par son mandant à l'encontre de la décision du 31 juillet 2018. Il a notamment réclamé, à titre subsidiaire, la remise intégrale du montant réclamé.

Le 5 septembre 2018, la CNA a informé Me Gillard qu'elle avait déjà rendu sa décision sur opposition le 10 août 2018.

**B.**        **a)** Le 13 septembre 2018, R.\_\_\_\_\_, représenté par Me Gillard, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée. Il a pris les conclusions suivantes :

« A/ Principalement :

- I. Le présent recours est considéré comme étant recevable.
- II. Le recours est admis.
- III. La décision sur opposition rendue le 10 août 2018 par la SUVA (...) s'agissant de R.\_\_\_\_\_ est annulée.
- IV. La décision prise le 31 juillet 2018 par la SUVA (...) à l'encontre de R.\_\_\_\_\_ est elle aussi annulée.
- V. Il est en outre constaté que R.\_\_\_\_\_ ne doit pas être astreint à devoir rembourser à la SUVA (...) un quelconque montant en lien avec les indemnités pertes de gains qu'il a perçues entre juin 2017 et avril 2018.

B/ Subsidiairement :

- VI. Le recours est admis.
- VII. La décision sur opposition rendue le 10 août 2018 par la SUVA (...) s'agissant de R.\_\_\_\_\_ est annulée.
- VIII. Le dossier de la présente cause est retourné à la SUVA (...), pour que celle-ci complète l'instruction dans le sens des

considérants du futur arrêt de cassation, puis pour qu'elle rende une nouvelle décision.

C/ Encore plus subsidiairement :

- IX. La restitution à R. \_\_\_\_\_ du délai pour demander une remise de son éventuelle obligation de rembourser la SUVA lui est le cas échéant accordée.
- X. La demande de remise déposée le 3 septembre 2018 à titre subsidiaire par R. \_\_\_\_\_ en lien avec la décision de restitution d'un montant de Fr. 23'238.65 qui lui a été notifiée par la SUVA (...) est considérée comme étant recevable.
- XI. La demande de remise déposée le 3 septembre 2018 par R. \_\_\_\_\_ en lien avec la décision de restitution d'un montant de Fr. 23'238.65 qui lui a été notifiée par la SUVA (...) le 2 août 2018 est admise.
- XII. La SUVA (...) accorde à R. \_\_\_\_\_ une remise intégrale en lien avec le montant de Fr. 23'238.65 qu'elle lui réclamait en remboursement dans la décision qu'elle lui avait notifiée en date du 2 août 2018. »

Le recourant reproche à l'intimée une instruction lacunaire. Celle-ci se serait contentée de fonder son appréciation sur un contrat de travail pour raison individuelle Z. \_\_\_\_\_ et sur une attestation de salaire qui sont contestés par le recourant et qui auraient été émis à une date antérieure à la relation effective de travail. En outre, les relations de travail n'auraient été que de très brève durée. Il se prévaut aussi du contrat de travail avec I. \_\_\_\_\_ Sàrl selon lequel il aurait travaillé à 50 % dès le 1<sup>er</sup> août 2017. Subsidiairement, le recourant réclame la remise, voire la restitution du délai pour la demander. Il requiert l'interpellation écrite, respectivement l'audition, d'Z. \_\_\_\_\_ (raison individuelle Z. \_\_\_\_\_) et la tenue d'une audience pour faire valoir ses moyens.

**b)** Dans sa réponse du 18 décembre 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours, reprenant pour l'essentiel l'argumentation développée dans la décision attaquée.

**c)** Le recourant a répliqué le 7 mars 2019 et produit une déclaration écrite de W. \_\_\_\_\_ du 15 février 2019.

**d)** L'intimée a dupliqué le 29 mars 2019.

**e)** Par ordonnance du 16 avril 2019, la juge instructrice a requis la production par la Caisse AVS T.\_\_\_\_\_ de l'extrait de compte individuel AVS du recourant.

La Caisse AVS T.\_\_\_\_\_ a produit l'extrait requis le 27 avril 2019. Il montre que des cotisations AVS ont été perçues durant l'année 2018 pour une activité pour V.\_\_\_\_\_ SA.

Le recourant s'est déterminé le 23 mai 2019. A cette occasion, il a requis la tenue d'une audience pour procéder à sa propre audition, ainsi qu'à celle de W.\_\_\_\_\_.

L'intimée s'est déterminée le 23 mai 2019. Considérant l'extrait produit par la caisse AVS incomplet, elle a maintenu ses conclusions.

**e)** Par ordonnance du 18 juillet 2019, la juge instructrice a requis la production par le recourant de ses déclarations d'impôt pour les années 2017 et 2018.

Le 14 août 2019, le recourant a précisé qu'il ne disposait pas d'un permis C en 2017 et qu'il était en conséquence imposé à la source durant cette période. Il a indiqué, s'agissant de 2018, que sa déclaration d'impôt n'était pas encore réalisée.

Le 29 avril 2020, à l'issue de réitérées prolongations de délai, le recourant a produit sa déclaration d'impôt pour l'année 2018. Dans cette dernière, le recourant a déclaré un revenu de l'activité salariée de 8'650 fr. correspondant à une activité pour AB.\_\_\_\_\_ Sàrl du 1<sup>er</sup> juillet au 30 septembre 2018.

L'intimée s'est déterminée le 4 août 2020. Elle explique que l'extrait de compte individuel AVS est incomplet et que la déclaration d'impôt pour l'année 2018 n'est pas contributive.

Le 31 août 2020, le recourant a confirmé ses conclusions.

**E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**c)** Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** En l'occurrence, le recourant demande à la Cour de céans de statuer, « encore plus subsidiairement » à ses conclusions principales et subsidiaires (ch. I à VIII), sur sa « demande de remise déposée le 3 septembre 2018 » et sur la restitution du délai pour la demander (ch. IX à XII).

Pour être examinée, la remise doit faire l'objet d'une demande écrite, être motivée, et accompagnée des pièces nécessaires et être déposée au plus tard trente jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution (art. 4 al. 4 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]). De plus, tant la restitution d'un délai (Anne-Sylvie Dupont, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 14 ss ad art. 41 LPGa) que la remise de l'obligation de restituer (TF P 63/06 du 14 mars 2007 consid. 4.2.2 ; Sylvie Pétremand, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 30 ss ad art. 25 LPGa), nécessitent le prononcé d'une décision par l'autorité compétente à l'encontre de laquelle la personne assurée à l'opportunité de former opposition (art. 52 LPGa) avant de saisir la juridiction compétente (art. 56 LPGa).

En l'occurrence, la décision litigieuse porte sur la restitution des prestations. L'intimée n'a, à juste titre, pas encore statué sur la remise, voire sur la restitution du délai pour la demander, de sorte que les conclusions y relatives sont prématurées.

**c)** En définitive, le litige porte exclusivement sur le point de savoir si l'intimée était fondée à réclamer au recourant la restitution d'un montant de 23'238 fr. 65, correspondant à des indemnités journalières perçues à tort, du 16 juin 2017 au 24 avril 2018.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

**b)** L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, première phrase, LPGA).

**c)** Selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1). Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident ; est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (al. 2).

Selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1). Les bases de calcul dans le temps du gain assuré sont différentes pour l'indemnité journalière et pour la rente (art. 15 al. 2 LAA). Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident (art. 15 al. 2, première phrase, LAA), y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (art. 22 al. 3 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202])

**4. a)** Aux termes de l'art. 25 al. 1 première phrase LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. Les prestations allouées sur la base d'une décision formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel ne peuvent toutefois être répétées que lorsque les conditions d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) ou d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) sont remplies (ATF 142 V 259 consid. 3.2).

Ce principe s'applique également lorsque les prestations à restituer n'ont pas été allouées par une décision formelle mais par une décision traitée selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA. Après un laps de temps correspondant au délai d'opposition contre une décision formelle, l'administration ne peut demander la restitution des prestations allouées par une décision selon l'art. 51 LPGA et non contestée qu'aux conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (ATF 129 V 110).

**b)** Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA).

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (TF 8C\_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 2). Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, 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 (ATF 134 III 669 consid. 2.2). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir 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. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 353 consid. 5b).

**5. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**b)** 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

**6. a)** Dans un premier moyen, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir instruit suffisamment son dossier.

On constate toutefois que l'intimée a soigneusement recueilli l'ensemble des documents attestant des rapports de travail durant la période concernée (contrats de travail, fiches de salaires, extraits du compte individuel, etc.). Elle a obtenu des informations suffisantes auprès de différents employeurs et autorités pour statuer en toute connaissance de cause. De plus, si elle n'a pas pu éclaircir plus en avant les différentes irrégularités constatées, c'est en raison du fait que l'assuré n'a pas dénié vouloir répondre de manière complète aux différentes demandes d'informations complémentaires de l'intimée (cf. courriers de la CNA des 18 janvier et 8 mai 2018).

En tout état de cause, la juge instructrice a complété l'instruction en requérant un nouvel extrait du compte individuel AVS du recourant ainsi que ses déclarations d'impôts pour les années 2017 et 2018. L'extrait produit par la Caisse AVS T. \_\_\_\_\_ le 27 avril 2019 montre, sous réserve de l'année 2018, les mêmes données que celui produit sur demande de l'intimée le 19 juin 2018. Quant à la déclaration d'impôt 2018, finalement produite le 29 avril 2020, elle ne fait état que de revenus salariés pour un montant de 8'650 francs correspondant à deux mois de travail pour AB. \_\_\_\_\_ Sàrl, ceci alors même que des cotisations AVS ont été perçues par V. \_\_\_\_\_ SA. Ce second document n'est ainsi pas probant.

De plus, le recourant, pourtant représenté par un conseil, a disposé de près de deux ans entre le 13 septembre 2018 (date du dépôt du recours) et le 31 août 2020 (date de ses ultimes déterminations), pour soumettre d'autres documents à la juridiction de céans, étant rappelé que cette dernière dispose du même pouvoir d'examen en fait en en droit que l'autorité d'opposition.

Par conséquent, l'on ne saurait reprocher à l'intimée de ne pas avoir suffisamment éclairci le dossier du recourant, dans la mesure où,

compte tenu de la collaboration incomplète de ce dernier, tant l'intimée que la Cours de céans ont épuisé les possibilités d'instruction complémentaire.

**b)** Dans un second moyen, le recourant reproche à l'intimée d'avoir constaté les faits de manière inexacte et incomplète, respectivement d'avoir abusé de son pouvoir d'appréciation.

**aa)** En l'espèce et faute de collaboration complète du recourant, c'est sur la base d'un faisceau d'indices probants que l'intimée a retenu que le recourant travaillait à plein temps alors qu'il touchait des indemnités journalières de l'intimée.

Il ressort ainsi des informations fournies par B. \_\_\_\_\_ SA que le recourant a travaillé pendant 120 heures durant le mois d'août 2017 pour un salaire brut de 3'699 fr. 90 (cf. courrier électronique du 18 janvier 2018 et ses annexes). Le contrat de travail du recourant stipulé avec Z. \_\_\_\_\_ (raison individuelle Z. \_\_\_\_\_) le 16 juin 2017, l'attestation de salaire du même jour signée par les deux parties au contrat et l'annonce du personnel faite à la Caisse AVS T. \_\_\_\_\_ fournissent également une indication solide en faveur d'une activité lucrative à plein temps. Du fait qu'Z. \_\_\_\_\_ a fait l'objet d'un contrôle de l'A. \_\_\_\_\_, les documents récoltés par cette dernière et non annoncés à la CNA ont une valeur probante particulièrement élevée.

Il ressort également du contrat de travail de durée indéterminée signé avec L. \_\_\_\_\_ Sàrl le 29 septembre 2017 que le recourant a travaillé davantage que ce qu'il prétendait pouvoir faire sur le plan médical. Ce contrat de travail a la teneur suivante :

**« Contrat de travail à durée indéterminée**

L'employeur : L. \_\_\_\_\_ Sàrl

(...)

Engage R. \_\_\_\_\_

(...)

et passe avec lui/elle le contrat de durée indéterminée suivant :

### **1. ENGAGEMENT ET LIEU DE TRAVAIL**

1.1 Entrée en service le : 2 octobre 2017

(...)

### **2. FONCTION DU TRAVAILLEUR**

2.1 L'employeur engage le travailleur en qualité de : plâtrier B

### **3. DUREE ET HORAIRE DE TRAVAIL**

3.1 La durée du travail est déterminée en fonction de la Convention collective de travail romande du second œuvre (ci-après CCT).

3.2 L'horaire de travail fait l'objet d'une directive spécifique établie par l'employeur et dont le contenu peut varier.

### **3. REMUNERATION**

Le salaire horaire est de CHF 28.50 brut (vacances et 13<sup>ème</sup> salaire non compris)

(...)

L'employeur et le travailleur reconnaissent avoir pris connaissance de la CCT ci-annexée et faisant partie intégrante du présent contrat.

Etabli à [...], le 29.09.2017

en deux exemplaires, signés par chacune des parties.

L'employeur :

Le travailleur :

[signé]

[signé] »

Ledit contrat se réfère ainsi, en ce qui concerne la durée du travail, à la Convention collective de travail romande du second œuvre (ci-après : la CCT ; cf. Arrêté du Conseil fédéral du 7 mars 2013 étendant le champ d'application de la convention collective de travail romande du second-œuvre) qui prévoit une durée du travail comprise entre 39 et 45 heures (art. 12 ch. 1 let. b CCT). Aucun élément du dossier ne permet de remettre en cause la validité de ce document. On doit ainsi retenir, nonobstant l'absence d'inscription de cotisations à l'extrait du compte individuel AVS de l'intéressé, que les relations de travail entre le recourant et L. \_\_\_\_\_ Sàrl correspondaient à une réalité économique.

Certes, il existe un second contrat de travail conclu entre les mêmes parties le 2 octobre 2017 et dont la teneur est la suivante :

«

### **CONTRAT DE TRAVAIL**

Entre :

L. \_\_\_\_\_ Sàrl

et

R. \_\_\_\_\_

Il a été convenu ce qui suit:

R. \_\_\_\_\_ entre en service de l'employeur en qualité de Chef Chantier-Plâtrier à partir du 2 octobre 2017.

(...)

**Durée de travail**

Durée indéterminée taux d'occupation 50%.

**Salaire**

Nous vous accordons un salaire de CHF 27.00.- de l'heure

(...)

Ainsi fait à [...], le 02.10.2017, en deux exemplaires originaux dont une pour chacune des parties.

L'employeur:  
approuvé

Pour acceptation lu et

L'employée : (sic)

[signé]

[non signé] »

Ce second contrat a toutefois été produit par le recourant le 8 février 2018 à la suite de la demande de renseignement de l'intimée du 18 janvier 2018. A cet égard, il convient de rappeler qu'en présence de deux versions différentes et contradictoires, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6). En l'occurrence, le premier contrat n'a pas été versé au dossier dans le contexte d'une demande de renseignement de l'assureur et donc de vraisemblables réflexions du recourant, ce qui accrédite d'autant plus sa valeur probante. Au demeurant, le recourant n'explique pas de manière convaincante pourquoi ce second contrat aurait été conclu trois jours après le premier avec une société dont on rappelle le siège est à la propre adresse du recourant (Boulevard LR. \_\_\_\_\_ à KT. \_\_\_\_\_, « c/o R. \_\_\_\_\_ » ; cf. extrait du registre du commerce). Au degré de la

vraisemblance prépondérante, il convient ainsi de nier toute force probante à ce second contrat.

Il en va de même du contrat de travail que le recourant a stipulé le 2 août 2017 avec I.\_\_\_\_\_ Sàrl, soit environ un mois avant la faillite de cette société, à une époque où elle connaissait manifestement déjà des difficultés financières. De plus, tant L.\_\_\_\_\_ Sàrl que I.\_\_\_\_\_ Sàrl avaient pour associé-gérant unique W.\_\_\_\_\_ qui admet dans sa déclaration écrite du 15 février 2019 être un ami du recourant. Dans ce contexte, les documents établis par ces sociétés ou par leur associé-gérant unique ne peuvent être admis, au degré de la vraisemblance prépondérante, que dans la mesure où ils seraient corroborés par d'autres éléments du dossier, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Le « témoignage » écrit de W.\_\_\_\_\_, infirmé par d'autres éléments du dossier ne revêt ainsi pas de valeur probante. Dès lors que son audition n'apporterait pas de plus amples éléments, il convient d'y renoncer.

En sus de ces emplois d'ouvriers, il ressort aussi de l'extrait du compte bancaire du recourant auprès de AA.\_\_\_\_\_ SA qu'il a perçu de manière régulière des revenus d'X.\_\_\_\_\_ B.V. du 11 juillet 2017 au 10 octobre 2017, soit pendant la période litigieuse du 16 juin 2017 au 24 avril 2018. Cela accrédite également une capacité de travail supérieure à celle ressortant de l'évaluation médicale.

**bb)** Sur le plan médical, la situation n'est pas exempte de contradiction.

Il n'est certes pas contesté qu'à la sortie de la Clinique de réadaptation O.\_\_\_\_\_, la situation n'était pas stabilisée. Le rapport de cet établissement du 31 mars 2017 reflète toutefois la situation de la période du 7 au 29 mars 2017, soit avant la période litigieuse du 16 juin 2017 au 24 avril 2018.

Le 28 juillet 2017, le Dr M.\_\_\_\_\_ a mis en lumière de premières incohérences sur le plan médical en ces termes :

« Il y a un contraste entre la progression annoncée par le patient d'une part, et d'autre part l'évolution du score Oswestry (handicap fonctionnel subjectif en rapport avec le dos) ainsi que les résultats médiocres aux tests fonctionnels du dos. Le patient dit qu'il a mal aujourd'hui et qu'il aurait pu faire davantage dans un bon jour. Il n'a à l'évidence repris son travail que parce que le patron a accepté la suppression des tâches les plus physiques. »

Dans le rapport du 3 novembre 2017, le Dr M. \_\_\_\_\_ signale ce qui suit :

« Cette évolution me laisse un peu perplexe. En effet, il était attendu une augmentation progressive du taux de capacité de travail, augmentation qui n'a pas eu lieu. Le patient dit qu'il progresse, mais il signale toujours des douleurs lombaires assez intenses à froid et lors des pauses au travail. La douleur de l'épaule droite (acromioclaviculaire) n'a pas changé et n'est pas trop gênante car les tâches confiées ne sont pas trop contraignantes. Le patient dit s'engager activement dans sa rééducation et avoir toujours la crainte de revivre un violent blocage lombaire, événement qui ne s'est pas produit depuis le séjour à la Clinique de réadaptation O. \_\_\_\_\_.

(...)

Le patient et l'employeur semblent s'accommoder d'un équilibre associant travail adapté à 50 % et thérapies. J'ai expliqué au patient que la situation actuelle ne pouvait être définitive. Si son problème de dos ne lui permet pas d'augmenter sensiblement sa capacité de travail dès le début de l'année prochaine, un changement d'activité professionnelle devra être discuté. »

Ces rapports traduisent d'indéniables doutes quant à l'état de santé du recourant et à ses limitations fonctionnelles sur le plan objectif dans le cadre d'une situation qui, pour reprendre les termes du médecin, accommodait le recourant et son employeur. Dans ces circonstances, le recourant ne saurait pas tirer argument des rapports médicaux au dossier.

Au demeurant, en présence de nombreuses autres activités (B. \_\_\_\_\_ SA, raison individuelle Z. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_ Sàrl, X. \_\_\_\_\_ B.V.), il n'était pas nécessaire de compléter l'instruction sur le plan médical dès lors que les emplois occupés par le recourant démontrent une capacité de travail très nettement supérieure à celle admise sur le plan médical par la Clinique de réadaptation O. \_\_\_\_\_.

**cc)** Au final, aucun élément objectif ne vient accréditer la version soutenue par le recourant.

**c)** C'est dès lors à juste titre que l'intimée a retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante et sur la base d'un large faisceau d'indices concordants, que le recourant travaillait à un taux d'activité de 100 % tout en percevant des indemnités journalières de l'assurance-accidents.

Par conséquent, ce dernier est tenu de restituer à l'intimée le montant de 23'238 fr. 65, correspondant aux indemnités journalières perçues à tort, du 16 juin 2017 au 24 avril 2018. Vérifié d'office, le calcul opéré par l'intimée ne prête pas flanc à la critique.

**7. a)** Dans ses écritures, le recourant a requis « la tenue d'une audience » (13 septembre 2018), son audition par la Cour de céans (13 septembre 2018 et 23 mai 2019), celle d'Z.\_\_\_\_\_, ou des renseignements écrits de sa part (13 septembre 2018), et celle de W.\_\_\_\_\_ (23 mai 2019).

**b)** L'obligation d'organiser des débats publics au sens de l'art. 6 § 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) suppose une demande formulée de manière claire et indiscutable de l'une des parties au procès; de simples requêtes de preuves, comme des demandes tendant à une comparution ou à une interrogation personnelle, à un interrogatoire des parties, à une audition des témoins ou à une inspection locale, ne suffisent pas pour fonder une semblable obligation (ATF 136 I 279 consid. 1 ; 122 V 47 consid. 2e et 3a et 3b ; TF 9C\_442/2018 du 16 octobre 2018 consid. 2.1 et 2.2).

**c)** En l'espèce, le recourant, représenté par un mandataire professionnel, n'a pas formulé de manière claire et indiscutable une demande pour la tenue de débats publics au sens de l'art. 6 § 1 CEDH. Il n'est en effet pas précisé à quelle fin l'audience est requise, étant observé

qu'il a sollicité simultanément son audition et celle de témoins. Cela correspond à une requête tendant à l'administration d'un moyen de preuve. Dite requête est ainsi insuffisante au regard de la jurisprudence rappelée ci-dessus. Si le recourant souhaitait des débats publics, il les aurait requis expressément pour que son mandataire puisse plaider sa cause et ne se serait pas limité à demander des auditions.

**d)** Au surplus et pour les motifs indiqués ci-dessus (cf. consid. 6), le dossier est complet. Il permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions du recourant tendant à sa propre audition, à celle de témoins ou à une demande écrite de renseignements. Ces moyens n'apparaissent pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peuvent dès lors être écartés par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**8. a)** Le recours se révèle mal fondé en tant qu'il est recevable et doit dès lors être rejeté dans cette même mesure. La décision attaquée, qui est conforme au droit fédéral, sera donc confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 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 juge unique  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité.
- II.** La décision sur opposition rendue le 10 août 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

**III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me François Gillard (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (intimée),
- 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).

Le greffier :