

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 septembre 2025

Composition : M. NEU, juge unique
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

L. _____, à **V.** _____, recourant, représenté par Procap, Service juridique,
à Bienne,

et

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

Art. 25 al. 1 LPGA et 4 OPGA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, percevait des prestations de l'assurance-chômage depuis le 9 septembre 2019, tout en réalisant un gain intermédiaire en travaillant, depuis le 1^{er} juillet 2019, en qualité de chauffeur-déménageur sur appel au taux de 50 % pour le compte de la société S._____ SA et, depuis le 1^{er} mars 2020, en tant qu'employé du service chariots et porteurs (« Trolley and Porter Service ») au taux de 28 % pour le compte de W._____ AG. Il était, à ce double titre, obligatoirement assuré contre le risque d'accident professionnel et non professionnel auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 18 septembre 2020, L._____ s'est blessé à l'épaule gauche en plaçant sur un chariot un pot de plante en béton pesant entre 200 et 300 kilos.

Par courrier du 30 décembre 2020, la CNA a informé la société S._____ SA qu'elle allouait à l'assuré des prestations d'assurance pour les suites de l'accident du 18 septembre 2020 et que le droit à l'indemnité journalière prenait effet dès le début de l'incapacité de travail mais au plus tôt le 21 septembre 2020. L'indemnité journalière s'élevait à 134 fr. 40 par jour calendaire, tandis qu'elle s'élevait, aux mêmes conditions, à 44 fr. 85 pour la société W._____ AG (courrier du 7 janvier 2021). Un tirage de chacun de ces deux courriers a été adressé à l'assuré.

Par décision du 27 mai 2022, la CNA a demandé à l'assuré la restitution de la somme de 16'751 fr. 95. Elle a exposé avoir payé, via la société S._____ SA, une indemnité journalière de 134 fr. 40 pour la période comprise entre le 2 novembre 2020 et le 30 avril 2021, alors que le montant de dite indemnité aurait dû être de 16 fr. 15.

Représenté par le Service juridique de Procap, L._____ a, par courrier du 29 août 2022, demandé la remise de l'obligation de restituer le montant de 16'751 fr. 95. A l'appui de sa demande, il s'est en premier lieu

prévalu de la précarité de sa situation financière, puisqu'il percevait le revenu d'insertion. En second lieu, il s'est référé à un courriel du 31 mai 2021 adressé à la CNA, dont il entendait déduire qu'il ignorait et ne pouvait savoir que les prestations dont la restitution était demandée avaient été versées à tort au moment où il les avait perçues. Compte tenu par ailleurs de sa faculté de jugement, de son état de santé et de son niveau de formation, l'assuré estimait qu'il n'existait aucune intention malicieuse ou négligence grave de sa part de nature à remettre en cause sa bonne foi.

Par décision du 17 octobre 2022, la CNA a rejeté la demande de remise et maintenu sa demande de restitution de 16'751 fr. 95. Elle a considéré que le critère de la bonne foi n'était pas réalisé, l'assuré ayant violé son devoir de diligence, à savoir de vérifier que les prestations qu'il percevait étaient appropriées et perçues en conformité au droit et, si tel n'avait pas été le cas, de le communiquer.

Le 14 novembre 2022, L._____ a formé opposition à la décision susmentionnée par l'intermédiaire de son conseil. L'assuré a allégué en particulier se trouver dans une situation financière difficile et n'avoir, tout au plus, commis qu'une négligence légère, impropre à exclure sa bonne foi. A cet égard, il a notamment fait valoir qu'il pensait que le montant versé était correct, sachant qu'il était au bénéfice d'un contrat de travail prévoyant une rémunération à l'heure. Or les heures effectuées fluctuaient d'un mois à l'autre. De plus, en se référant au montant qu'il aurait dû gagner pour un équivalent à temps plein, ses revenus se seraient situés dans la tranche de ce qu'il obtenait avec les indemnités journalières versées. Ainsi, dans la mesure où il se trouvait en incapacité totale de travail, cela lui paraissait normal de percevoir des montants compatibles avec un plein temps, ce d'autant qu'en temps normal, il aurait reçu des indemnités de chômage comblant les lacunes des heures non travaillées.

Par décision sur opposition du 1^{er} décembre 2022, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 17 octobre 2022.

Elle a retenu en substance que l'assuré avait enfreint son devoir d'annoncer ou de renseigner et que cette négligence revêtait un caractère de gravité suffisant pour exclure sa bonne foi. Elle a relevé que l'attention de l'intéressé aurait dû être attirée, à réception de la communication du 30 décembre 2020, d'une part, par l'importance de la somme et, d'autre part, par le fait que celle-ci était objectivement et subjectivement suffisamment reconnaissable, même pour une personne sans formation. Au demeurant, la CNA a observé que l'assuré était capable de se montrer très réactif lorsqu'il s'agissait, par exemple, de demander d'être défrayé pour les frais de transport ou lorsqu'il s'agissait de comprendre le bien-fondé de la demande de restitution. Dans ces circonstances, la négligence dont il avait fait preuve devait être considérée comme grave, si bien que la condition de la bonne foi ne pouvait pas être retenue.

B. **a)** Par acte du 17 janvier 2023, L. _____, toujours représenté par le Service juridique de Procap, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 1^{er} décembre 2022 en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce que lui soit accordée la remise de l'obligation de restituer à la CNA la somme de 16'751 fr. 95. En substance, l'assuré a invoqué sa bonne foi et sa situation financière difficile, réitérant les arguments soulevés tant dans sa demande de remise que dans son acte d'opposition. S'agissant de la bonne foi, il a rappelé que, au moment de l'accident du 18 septembre 2020, il était inscrit au chômage et réalisait un gain intermédiaire auprès de deux employeurs. Le total de ses revenus cumulés durant cette période, indemnités de chômage et gains intermédiaires inclus, se montait à un peu plus de 4'000 francs. Ainsi, les montants versés par la CNA à la suite de l'accident précité - lequel avait entraîné une incapacité totale de travail - ne lui paraissaient pas excessifs. En effet, compte tenu d'une indemnité journalière versée à tort de 134 fr. 40 pendant trente jours, il en résultait un montant équivalent à celui perçu avant l'accident. L'assuré n'avait au demeurant pas compris les détails du calcul, lesquels étaient de toute façon difficilement compréhensibles, y compris pour des professionnels de la gestion administrative. Ainsi, par exemple, les périodes indemnisées ne correspondaient pas

nécessairement à des mois entiers ; de plus, les totaux pouvaient fluctuer d'une période à l'autre et la méthode pour déterminer l'indemnité journalière était susceptible de varier suivant les domaines concernés. Concrètement, lorsque l'assuré avait touché ensuite de l'accident subi des montants qui étaient équivalents à sa situation antérieure, cela lui avait paru normal et n'avait pas éveillé ses soupçons. A ses yeux, une personne raisonnable placée dans les mêmes circonstances aurait réagi de la même manière. Dans un tel contexte, la CNA ne pouvait lui reprocher une faute grave, mais tout au plus une faute légère, laquelle ne permettait pas d'exclure une remise. Quant à sa situation matérielle, l'assuré a expliqué qu'il était au bénéfice de l'aide sociale et qu'il ne disposait pas des moyens financiers pour rembourser le montant réclamé.

b) Dans sa réponse du 7 mars 2023, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a tout d'abord fait observer que, depuis l'accident du 18 septembre 2020, l'assuré s'était montré capable de faire preuve d'une attention soutenue dans le suivi du traitement de son cas, ce qu'elle a illustré au moyen de divers exemples. Ainsi, il apparaissait que le profil de l'intéressé ne correspondait en rien à celui décrit dans le mémoire de recours. L'attention que l'on pouvait raisonnablement attendre de sa part ne devait donc pas s'apprécier à l'aune d'une personne qui se trouverait dans l'impossibilité de cerner d'éventuelles erreurs en raison de son manque de formation et qui n'aurait même pas eu la présence d'esprit - contrairement à ce qu'avait fait l'assuré - de se faire aider pour remédier à ce manque de formation. De plus, en apprenant, par le biais de la communication du 30 décembre 2020, que l'indemnité journalière avait été fixée à 134 fr. 40, par jour calendaire en lien avec l'activité exercée pour le compte de la société S. _____ SA, l'assuré aurait immédiatement dû se rendre compte qu'il y avait une erreur, même s'il ne possédait pas de formation particulière. En effet, le montant mensualisé s'élevait à 4'166 fr. 40 (134 fr. 40 x 31), ce qui était nettement supérieur à la moyenne des revenus perçus auprès de cet employeur. Compte tenu de l'attention que l'intéressé vouait habituellement au traitement de son dossier et de l'importante différence qui existait entre les revenus qu'il percevait de S. _____ SA avant son accident et le montant des indemnités journalières

qui dépassait largement ceux-ci, l'erreur ne pouvait pas lui avoir échappé, ce d'autant que les indemnités journalières versées pour les activités exercées respectivement pour W._____ AG et S._____ SA avaient fait l'objet de communications et de décomptes distincts, mais aussi de versements séparés. Il fallait donc admettre que l'assuré s'était accommodé de cette situation et s'était bien gardé de réagir en constatant que les montants touchés par S._____ SA étaient trop importants. Partant, sa bonne foi ne pouvait pas être retenue.

c) En réplique du 25 mai 2023, l'assuré a relevé que, même s'il avait été capable de mettre en exergue des inexactitudes factuelles évidentes évoquées par la CNA dans sa réponse, cela ne signifiait pas encore qu'il ait été capable de déceler des imprécisions numériques sous-jacentes aux indemnités journalières. En réalité, le fait qu'un organisme professionnel traitant quotidiennement ces questions ait commis cette faute et ne l'ait détectée que plus tard démontrait qu'elle ne pouvait être décelée par un non-spécialiste. Quant au fait que l'assuré aurait dû s'apercevoir que le montant de 134 fr. 40 était manifestement excessif, la CNA perdait de vue qu'aucune information ne lui avait été fournie quant à la manière dont ce chiffre avait été calculé. Pour qu'il puisse comprendre la portée de l'indemnité journalière qui lui était versée, il aurait d'abord dû connaître les éléments pris en compte pour son calcul. Or cette première tâche n'était pas aisée compte tenu des fluctuations et de l'irrégularité de ses revenus. En outre, il n'était pas facile de déterminer si la notion de jour calendaire concernait uniquement des jours ouvrables ou si elle incluait également les jours fériés. Dans ces conditions, il était malaisé de déduire de la lettre du 30 décembre 2020 que le montant de 134 fr. 40 était excessif. Partant, l'assuré a déclaré maintenir ses conclusions.

d) Dupliquant en date du 7 juin 2023, la CNA a exposé, par le biais d'éléments chiffrés, qu'il était impossible que l'assuré ne se soit pas rendu compte que le montant de 134 fr. 40 versé au titre de l'indemnité journalière en lien avec son activité pour le compte de la société S._____ SA était manifestement excessif. En effet, les versements effectués entre décembre 2020 et janvier 2021 totalisaient un montant de 10'348 fr. 80, à

savoir un montant nettement supérieur à celui perçu au cours de toute l'année ayant précédé l'accident du 18 septembre 2020. L'assuré ne pouvait donc que s'aviser qu'une erreur s'était produite. C'était par conséquent en vain qu'il tentait de plaider sa bonne foi. La CNA a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

e) Dans ses déterminations du 10 juillet 2023, l'assuré a fait remarquer que les montants dont la CNA demandait le remboursement avaient été versés sur le compte bancaire de son employeur, la société S. _____ SA. Il pouvait donc supposer qu'ils étaient corrects. Si tel n'avait pas été le cas, il incombait à l'employeur de le signaler. Or celui-ci n'avait pas réagi, ce qui démontrait à quel point le fait de détecter pareille inexactitude était loin d'être aisé, à plus forte raison pour un employé inaccoutumé à traiter semblables questions. Par ailleurs, comme les montants versés se situaient dans les fourchettes salariales antérieures, l'assuré pouvait légitimement penser que les paiements effectués par S. _____ SA étaient corrects, dès lors que les paiements litigieux avaient été examinés et traités par la CNA et l'employeur prénommé. L'assuré a confirmé ses conclusions précédentes.

f) Le 21 février 2024, le conseil de l'assuré a produit le relevé chiffré de l'activité déployée dans le cadre de la présente procédure.

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 compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) 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 unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la remise de l'obligation de restituer les prestations de l'assurance-accidents versées à tort au recourant. Le principe de la restitution de la somme de 16'751 fr. 95 représentant le montant des indemnités journalières indûment perçues entre les mois de novembre 2020 et avril 2021 a été tranché de manière définitive par la décision - demeurée sans opposition - rendue le 27 mai 2022 par la CNA. Seule demeure litigieuse la question de savoir si le recourant peut obtenir la remise de son obligation de restituer.

3. a) Une demande de remise ne peut être traitée sur le fond que si la décision de restitution est entrée en force, la remise et son étendue faisant en principe l'objet d'une procédure distincte (art. 4 al. 2 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11] ; TF 8C_799/2017 et 8C_814/2017 du 11 mars 2019 consid. 6 et les références citées).

b) En l'occurrence, la demande de remise a été déposée le 29 août 2022, alors que la décision de restitution rendue le 27 mai 2022 par l'intimée était entrée en force, de sorte qu'il convient d'examiner si les conditions de la remise sont réunies.

4. a) Selon l'art. 25 al. 1 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées (première phrase). A teneur de l'art. 4 OPGA, la restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et

qu'elle le mettrait dans une situation difficile. Ces deux conditions matérielles sont cumulatives et leur réalisation est nécessaire pour que la remise de l'obligation de restituer soit accordée (ATF 126 V 48 consid. 3c ; TF 8C_207/2023 du 7 septembre 2023 consid. 3.3 et l'arrêt cité).

Si l'examen de la première condition (bonne foi) devait mener au constat que celle-ci n'est pas réalisée, celui de la seconde (situation difficile ; cf. à ce sujet : art. 5 OPGA) deviendrait superflue.

b) Selon la jurisprudence, l'ignorance, par le bénéficiaire des prestations, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations ne suffit pas pour admettre sa bonne foi. Il faut bien plutôt que le requérant ne se soit rendu coupable, non seulement d'aucune intention malicieuse, mais aussi d'aucune négligence grave. Il s'ensuit que la bonne foi, en tant que condition de la remise, est exclue d'emblée lorsque les faits qui conduisent à l'obligation de restituer – comme par exemple une violation du devoir d'annoncer ou de renseigner – sont imputables à un comportement dolosif ou à une négligence grave. En revanche, le bénéficiaire peut invoquer sa bonne foi lorsque l'acte ou l'omission fautifs ne constituent qu'une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner (ATF 138 V 218 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_43/2020 du 13 octobre 2020 consid. 3).

Il y a négligence grave quand un ayant droit ne se conforme pas à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances (ATF 110 V 176 consid. 3d ; TF 9C_43/2020 précité consid. 3). La bonne foi doit être niée quand l'enrichi pouvait, au moment du versement, s'attendre à son obligation de restituer, parce qu'il savait ou devait savoir, en faisant preuve de l'attention requise, que la prestation était indue (ATF 130 V 414 consid. 4.3 ; TF 9C_319/2013 du 27 octobre 2013 consid. 2.2).

Les comportements excluant la bonne foi ne sont pas limités aux violations du devoir d'annoncer ou de renseigner ; peuvent entrer en ligne de compte également d'autres comportements, notamment

l'omission de se renseigner auprès de l'administration (TF 9C_318/2021 du 21 septembre 2021 consid. 3.1). La mesure de l'attention nécessaire qui peut être exigée doit être jugée selon des critères objectifs, où l'on ne peut occulter ce qui est possible et raisonnable dans la subjectivité de la personne concernée (faculté de jugement, état de santé, niveau de formation, etc. ; ATF 138 V 218 consid. 4).

5. 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 ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

6. a) aa) L'intimée reproche au recourant de s'être gardé de réagir, alors qu'une erreur dans le calcul des indemnités journalières en lien avec l'activité déployée pour le compte de S._____ SA était manifeste. De son côté, le recourant soutient que sa faute ne serait que légère dans la mesure où, compte tenu de son inexpérience et de son incapacité de travail médicalement attestée, il avait pensé de bonne foi pouvoir bénéficier des indemnités journalières litigieuses.

bb) Les arguments du recourant sont pertinents et recevables.

b) À lire la communication de la CNA du 30 décembre 2020, il apparaît que celle-ci ne portait pas sur la question du salaire mensuel, mais ne faisait au contraire qu'indiquer le montant de l'indemnité journalière due par jour calendaire dès le 21 septembre 2020 au plus tôt, sans faire mention des éléments chiffrés ayant fondé le montant de 134 fr.

40. Au demeurant, les montants litigieux avaient été versés à l'employeur S. _____ SA lequel, en ne réagissant pas, avait ainsi cautionné les versements effectués. Qui plus est, même si le recourant ne maîtrise pas le mode de calcul des indemnités journalières allouées, il s'avère que le montant final touché (134 fr. 40 x 30 jours) se situe dans la fourchette des rémunérations antérieures ; en effet, il ressort des éléments chiffrés au dossier que le total des revenus mensuels cumulés perçus avant l'accident du 18 septembre 2020, incluant les salaires obtenus auprès de S. _____ SA et de W. _____ AG, auxquels s'ajoutent les indemnités journalières de l'assurance-chômage, s'élèvent à 4'000 fr. par mois environ (cf. mémoire de recours du 17 janvier 2023, pp. 4 et 5), ce que l'intimée ne conteste du reste pas. Comme l'observe cette dernière, le recourant a certes pu relever des erreurs dans le traitement de son dossier, mais celles-ci étaient aisément détectables puisqu'elles se rapportaient à des questions claires, telles que le début de l'incapacité de travail ou le fait que celle-ci avait été causée par un accident et non par une maladie ; en tout état de cause, le fait d'avoir été conseillé en procédure administrative accrédite son statut de « profane ». Enfin, il convient de relever que le versement litigieux a porté sur une période relativement brève, à savoir de novembre 2020 à avril 2021, ce qui n'a pas guère laissé de temps au recourant, inexpérimenté en un domaine particulièrement technique, pour repérer les erreurs commises et les signaler.

c) Dans ce contexte, il n'y avait pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, à imputer « malice » au recourant, ni, partant, à dénier sa bonne foi dans le fait de ne pas avoir su relever une erreur dont il y a lieu de rappeler qu'elle ne saurait lui être attribuée. A l'aune des circonstances de la présente affaire, il se justifie, par conséquent, de reconnaître la bonne foi du recourant au moment de la perception des indemnités journalières de l'assurance-accidents indûment perçues entre les mois de novembre 2020 et avril 2021.

d) Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimée, à qui il incombe en premier lieu d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al.

1 LPGA), afin qu'elle examine la situation économique du recourant sous l'angle de l'art. 5 OPGA, c'est-à-dire la seconde condition cumulative pour obtenir la remise entière ou partielle des prestations allouées indûment (cf. art. 4 al. 1 et 2 OPGA), ce qu'elle n'a pas fait dans la décision sur opposition attaquée.

7. En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis. Par conséquent, la décision sur opposition du 1^{er} décembre 2022 est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour examen de la seconde condition cumulative de la remise de l'obligation de restituer, soit la question de savoir si la restitution mettrait le recourant dans une situation difficile, puis nouvelle décision.

8. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

b) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'200 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 1^{er} décembre 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à L._____ une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Procap, Service juridique (pour L._____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :