

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mai 2026

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
 M. Tinguely, juge, et M. Hichri, juge suppléant
Greffier : M. Favez

* * * * *

Cause pendante entre :

C._____, à Q***, recourant, représenté par Me Philippe Zumsteg, avocat
à Neuchâtel,

et

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

Art. 25 et 37 al. 4 LPGA ; art. 4 OPGA

En fait :

A. C._____ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais, grutier, a travaillé auprès d'A._____ SA du 8 août 2022 au 12 octobre suivant, date à laquelle il a été licencié. Il était à ce titre obligatoirement assuré contre les accidents professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la CNA, la SUVA ou l'intimée).

Le 24 août 2022, alors qu'il se déplaçait sur un chantier pour contrôler la charge de sa grue, l'assuré a marché sur une rampe mouillée, a glissé et est tombé. Il a ressenti des douleurs à son genou droit. mais a poursuivi son travail jusqu'au 10 octobre 2022. En raison d'une péjoration de ses douleurs, des imageries ont été réalisées permettant de retenir une rupture horizontale/oblique, intéressant le segment postérieur du ménisque médial et s'étendant au segment moyen, et une chondropathie débutante de grade II fémoro-tibiale médiale, avec indication opératoire (cf. notamment rapport du 21 octobre 2022 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur). Une incapacité totale de travail a été médicalement attestée depuis le 11 octobre 2022 et le cas a été annoncé à la CNA qui l'a pris en charge (cf. déclaration de sinistre du 24 octobre 2022 et courrier du 2 novembre 2022).

La CNA a recueilli, entre autres pièces, les décomptes de salaire pour la période du mois d'août au mois d'octobre 2022 et le contrat de mission conclu le 8 août 2022 entre l'assuré et A._____ SA. Elle a ensuite informé l'employeur par courrier du 2 novembre 2022 qu'elle verserait une indemnité journalière de 324 fr. 25 par jour calendaire. Par courrier du même jour, elle a aussi informé l'assuré de son droit à cette prestation, en lui précisant que cette indemnité lui serait versée par son employeur. Le 4 novembre suivant, A._____ SA a téléphoné à la CNA pour lui faire part de son désaccord quant au montant de l'indemnité journalière. Selon elle, en cas d'accident, la personne assurée devait percevoir « plus que lorsqu'elle travaille ». La CNA lui a répondu le 7 novembre 2022 qu'elle n'allait pas revoir son calcul, car elle avait tenu compte du salaire ainsi que des heures

travaillées, conformément au contrat de mission en vigueur au moment de l'accident (notice téléphonique du même jour). Elle a ensuite procédé au versement de l'indemnité journalière au regard d'un salaire annuel de 159'130 fr. 55 (cf. fiche relative au détail de l'indemnité journalière).

Afin de compléter son dossier, la CNA a requis de l'assuré, par courrier du 6 décembre 2024 et rappel du 8 janvier 2025, ses décomptes de salaires depuis le 1^{er} août 2021, tout employeur confondu. Après avoir reçu les documents demandés le 20 janvier 2025, elle lui a téléphoné le 31 janvier 2025. La teneur de l'échange était la suivante (cf. notice téléphonique du 3 février 2025) :

« J'ai informé l'assuré de la situation comme quoi l'indemnité journalière versée n'était pas correcte et que nous sommes tenus de la rectifier. Initialement, une indemnité journalière de CHF 324.85 a été calculée et versée. Or, en regard avec la moyenne des salaires réalisés une année avant l'accident, l'indemnité journalière est de CHF 159.65. Il en résulte une demande de remboursement importante, resp. de CHF 134'307.60 (813 jours multipliés par CHF 165.20, ceci pour la période du 11 octobre 2022 au 31 décembre 2024). En outre, dès le 1^{er} janvier 2025, l'indemnité journalière sera versée à raison de CHF 159.65.

Je lui ai expliqué le calcul du montant de l'indemnité journalière basé sur la moyenne des salaires réalisés une année avant l'accident (selon l'art. 23 al. 3 OLAA = activité irrégulière ou salaires soumis à de fortes variations)

C. _____ a relevé son étonnement, resp. comment une telle situation a pu se produire, ceci après autant de temps alors que nous avions ou pourrions avoir toutes les informations. Et que de son côté, il n'a rien caché. Il m'informe n'avoir pas l'argent pour nous rembourser.

C. _____ me dit qu'il va devoir se renseigner et demander de l'aide pour examiner cette situation. Il relève qu'en plus des problèmes de santé suite à l'accident, cette situation de demande de remboursement l'anéanti. Je comprends qu'il s'agisse d'une mauvaise nouvelle. Je lui ai communiqué la suite, resp. la décision que nous allons devoir rendre, en principe la semaine prochaine + ses droits, resp. les possibilités qu'il a s'il n'est pas d'accord avec la restitution ou avec le calcul de notre indemnité journalière, resp. possibilité de faire opposition, mais également possibilité de demander une remises. Possibilité également d'un plan de paiement, si la décision entre en force et qu'une éventuelle demande de remise est refusée [...] ».

Par courrier du 3 février 2025, remplaçant celui du 2 novembre 2022, la CNA a informé A. _____ SA prendre en charge les suites de l'accident professionnel du 24 août 2022 et payer une indemnité journalière de 159 fr. 65 par jour calendaire.

Par décision du 7 février 2025, la CNA a demandé à l'assuré la restitution du montant de 134'307 fr. 60. Elle a expliqué que le montant de l'indemnité journalière de 324 fr. 85 était manifestement erroné en regard avec ses salaires réalisés une année avant l'accident. Ainsi, à la suite d'un contrôle de cas, elle a dû rectifier son calcul en tenant compte des salaires perçus entre les mois d'août 2021 et de juillet 2022. Le gain annuel à prendre en considération se montait donc à 72'820 fr. 60, ouvrant le droit à une indemnité journalière de 159 fr. 65 fr., le trop-perçu à lui restituer se montant à 134'307 fr. 60.

Par courriel du 27 février 2025 adressé à la CNA, l'assuré, dorénavant représenté par le Syndicat E. _____ (ci-après : le syndicat ou E. _____), a indiqué qu'il entendait déposer une opposition au paiement d'un montant de 134'307 fr. 60 et a demandé à l'assurance de rendre une décision formelle soumise à voie de droit et à demande de remise pour qu'il puisse faire valoir ses droits.

Par courriel du 4 mars 2025, la CNA a communiqué à E. _____ une copie de la décision de restitution du 7 février 2025, qui avait déjà été notifiée à son mandant.

Par courriel du 6 mars 2025, le syndicat a informé la CNA qu'il ne disposait pas de la décision de restitution du 7 février 2025 au moment de son précédent mail, si bien que sa demande était devenue « *sans objet* ».

Malgré le fait que dite décision mentionnait qu'elle entrerait en force à défaut d'opposition motivée dans les 30 jours dès sa notification, le recourant n'a pas formé opposition à l'encontre à son encontre.

Le 1^{er} avril 2025, l'assuré, toujours représenté par le Syndicat E. _____, a demandé à la CNA la remise de l'obligation de restituer en ces termes :

« [...] En l'espèce, s'agissant de la bonne foi, il y a lieu de considérer le salaire journalier que notre membre a perçu et de le comparer à l'indemnité journalière fixée initialement à CHF 324.85. Le contrat de travail du 8 août 2022 fixe un salaire horaire de CHF 44.- avec une durée de travail hebdomadaire de 40,5 heures, soit 8.1 h par jour. Le salaire journalier se monte donc à CHF 356.40, soit un peu plus que l'indemnité journalière fixée par la SUVA. Une différence de CHF 31.55 n'a pas été suffisamment élevée pour attirer son attention, ce d'autant plus qu'il a pensé que la rémunération de la SUVA porte sur tous les jours calendaires, ce qui explique une augmentation du montant perçu. L'omission d'annonce constitue ainsi une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner fondant ainsi la bonne foi de notre membre [...] ».

Par décision du 11 avril 2025, la CNA a refusé la demande de remise, au motif que l'une de ses conditions cumulatives faisait défaut. L'assuré ne pouvait qu'être conscient du fait que son indemnité journalière de 324 fr. 85 (maximum légal LAA) était calculée sur un gain assuré trop élevé, au vu des salaires qu'il avait réalisés sur une année. Une telle indemnité était invraisemblable au vu de sa situation professionnelle, de sorte qu'il ne pouvait lui échapper qu'il en percevait une trop élevée. Il savait ou pouvait raisonnablement se douter qu'il n'y avait pas droit. La bonne foi ne pouvait donc être admise.

L'assuré, dorénavant représenté par Me Philippe Zumsteg, avocat à Neuchâtel, a formé opposition à cette décision le 13 mai 2025 et l'a complétée le 23 mai suivant. Il a préalablement conclu à l'octroi de l'assistance juridique gratuite avec effet au 17 avril 2025 en se prévalant de sa situation financière particulièrement délicate et des chances de succès non nulles de sa démarche. A titre principal, il a conclu à ce que la CNA lui accorde une remise totale et à ce que celle-ci recalcule le montant des indemnités journalières, avec effet rétroactif à la date de la reconsidération, le tout sous suite de frais et dépens éventuels, sous réserve des règles liées à l'assistance juridique gratuite. En substance, il a fait valoir une erreur de calcul dans la fixation de sa nouvelle indemnité journalière – dont le montant à retenir devait se fonder sur le dernier salaire perçu dans le cadre de son contrat de mission, soit 118'131 fr. par an (salaire hebdomadaire de 2'271 fr. 75 x 52 semaines) – et le fait qu'un remboursement de la somme réclamée à tort de 134'307 fr. 60 le mettrait dans une situation financière insurmontable. Il s'est également prévalu de

sa bonne foi en mettant en avant sa méconnaissance du français et du fonctionnement du système d'assurances en Suisse, l'absence d'une quelconque omission dans la transmission de documents ou de renseignements, son salaire mensuel brut de grutier avant l'accident de 9'844 fr. 25 et la perception d'une indemnité journalière de 324 fr. 85 qui équivalait à un revenu mensuel net moyen de 8'366 francs. Selon lui, la différence entre ces deux revenus n'étant pas significative au point d'éveiller des doutes quant à la légitimité du montant de l'indemnité journalière versée et pouvait s'expliquer par le fait que la rémunération portait sur tous les jours calendaires, y compris les week-ends, et qu'aucune cotisation sociale n'était déduite des indemnités journalières. La CNA disposait enfin de l'intégralité des pièces nécessaires pour calculer son indemnité journalière. Il ne pouvait donc pas s'être rendu coupable d'une violation de son devoir d'annonce ou de renseignement, d'une omission fautive ou d'un comportement dolosif.

Par décision sur opposition du 3 juin 2025, la CNA a rejeté l'opposition. Elle a constaté que l'assuré ne s'était pas opposé à la décision du 7 février 2025, de sorte que celle-ci était entrée en force. Cette décision rectifiait le montant de l'indemnité journalière de 324 fr. 85 à 159 fr. 65. Il avait ainsi accepté cette correction et le montant trop-perçu de 134'307 fr. 60 en découlant. Elle a par ailleurs expliqué que le salaire annuel de 118'131 fr. qu'il prétendait avoir gagné ne correspondait ni à la déclaration de sinistre ni à son contrat de mission. Selon ce dernier, le gain annuel s'élevait à 81'797 fr. 04 ([35 fr. 46 de salaire horaire + 3 fr. 38 fr. à titre de 13^{ème} salaire] x 40,5 heures x 52 semaines), soit un montant journalier de 224 fr. 10. Le montant perçu en trop chaque mois constituait ainsi une part très substantielle de son droit aux indemnités journalières et il n'était donc raisonnablement pas possible d'admettre que celui-ci passait inaperçu. Cette situation ne nécessitait aucune faculté particulière de la part de l'assuré pour se rendre compte de l'erreur commise, ou à tout le moins pour déceler une incohérence, qui aurait dû le motiver à l'interpeller. En s'abstenant de le faire, il avait enfreint son devoir d'informer et de renseigner et ne pouvait se prévaloir de sa bonne foi. La première des deux conditions cumulatives permettant d'obtenir une remise de l'obligation de

restituer faisant défaut, la question de savoir si la restitution du montant réclamé mettrait l'assuré dans une situation difficile pouvait rester ouverte. La CNA a enfin rejeté la demande d'assistance juridique gratuite, la cause ne présentant pas un degré de complexité particulier d'un point de vue tant factuel que juridique.

B. Le 3 juillet 2025, C._____, toujours représenté par Me Zumsteg, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Canton de Vaud. Il a conclu préalablement à l'octroi de l'assistance judiciaire, avec effet au 4 juin 2025, principalement à l'annulation de la décision précitée, à une remise totale sur la somme de 134'307 fr. 60 et à l'octroi de l'assistance juridique gratuite pour la procédure d'opposition, subsidiairement à une remise partielle d'un montant à dire de justice sur la somme de 134'307 fr. 60 et à l'octroi de l'assistance juridique gratuite pour la procédure d'opposition, le tout sous suite de frais et dépens. Il a reproché en substance à l'intimée d'avoir violé le droit en retenant une indemnité journalière d'un montant de 159 fr. 65 et en refusant d'admettre sa bonne foi, notamment en raison du fait qu'elle était en possession de l'intégralité des pièces nécessaires pour calculer son indemnité journalière, commettant ainsi une négligence dans la fixation de son montant initial. Sa bonne foi devait également être reconnue au motif qu'il ne pouvait se douter d'une erreur de calcul, compte tenu de la différence peu significative entre le dernier salaire qu'il avait perçu avant l'accident (9'844 fr. 25) et le montant des indemnités journalières versées par la suite (8'366 fr.). Cette faible différence s'expliquait selon lui par l'absence de déduction de cotisations sociales sur le montant des indemnités journalières et par le fait que la rémunération portait sur tous les jours calendaires, y compris les week-ends. Il s'est par ailleurs prévalu de sa situation financière difficile, avec des dépenses supérieures à son revenu annuel déterminant au sens de la LPC (loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI ; RS 831.30), et a contesté le refus de l'assistance judiciaire gratuite pour la procédure d'opposition, faisant valoir, entre autres éléments, la complexité juridique de la cause au vu de sa nationalité, de la gravité de son accident,

de son absence de maîtrise de la langue française et de sa méconnaissance du système juridique et de celui d'assurance suisse.

Par décision du 14 juillet 2025, la juge instructrice a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 juin 2025, comprenant l'exonération d'avances et de frais judiciaires, l'assistance d'office de Me Zumsteg et le paiement d'une franchise de 50 fr. dès et y compris le 1^{er} septembre 2025.

Dans sa réponse du 18 août 2025, la CNA a rappelé que la décision du 7 février 2025, par laquelle elle corrigeait le montant de l'indemnité journalière et prévoyait la restitution d'un montant de 134'307 fr. 60, n'avait pas été contestée par le recourant et était ainsi entrée en force. L'objet de la présente procédure se limitait par conséquent à la demande de remise. Elle a ensuite expliqué que le salaire mensuel brut de 9'844 fr. 25 dont le recourant se prévalait n'était pas représentatif de son activité, puisque ce dernier devait effectuer, selon le contrat de mission du 8 août 2022, 40,5 heures par semaine en moyenne pour un salaire horaire de 35 fr. 56, ce qui correspondait à un salaire mensuel brut de 6'816 fr. 40 $([35 \text{ fr. } 56 \text{ de salaire horaire} + 3 \text{ fr. } 38 \text{ à titre de } 13^{\text{ème}} \text{ salaire}] \times 40,5 \text{ heures} \times 52 \text{ semaines} \div 12 \text{ mois})$. Or, avec une indemnité journalière de 324 fr. 85, le recourant aurait dû percevoir un salaire mensuel brut de 9'745 fr. 50 à 10'070 fr. 35, supérieur à celui de 9'844 fr. 25 allégué. Une personne capable de discernement, même sans connaissance du système des assurances suisses, l'aurait à tout le moins interpellée pour lui signifier l'incohérence. La condition de la bonne foi ne pouvait donc pas être admise. Elle a encore relevé que, même s'il était inutile de discuter de la deuxième condition de la remise, la comparaison entre les dépenses et les revenus effectués par le recourant était fondée sur des données en partie incorrectes ou non justifiées.

Par courrier du 26 août 2025, le recourant a confirmé sa position.

En droit :

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 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.

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. 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 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

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'espèce, la décision sur opposition du 3 juin 2025 a pour objet le refus de l'assistance juridique gratuite et de la remise de l'obligation de restituer la somme de 134'307 fr. 60. Concernant ce dernier point, il s'agit plus particulièrement de savoir si l'intimée a violé le droit en niant la condition de la bonne foi prévue à l'art. 25 al. 1 LPGA. La conclusion subsidiaire du recours tendant à remettre en cause le principe et l'étendue de la restitution par le biais d'une remise partielle d'un montant à dire de justice est donc irrecevable, le litige sur ce point ayant été tranché par décision du 7 février 2025, laquelle est entrée en force.

3. a) Selon l'art. 25 al. 1 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (art. 25 al. 1, deuxième phrase, LPGA ; voir également art. 4 al. 1 OPGA). 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 9C_43/2020 du 13 octobre 2020 consid. 3).

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 ; 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. 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. ; cf. ATF 138 V 218 consid. 4 ; TF 8C_441/2023 du 21 décembre 2023 consid. 3.2.2 et les références citées).

4. 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).

5. a) En l'occurrence, le recourant soutient que la CNA disposait de l'intégralité des pièces nécessaires pour calculer son indemnité journalière, de sorte qu'elle a fait preuve de négligence dans la fixation de ses prestations. Il n'a quant à lui jamais omis de l'informer et lui a toujours transmis les documents requis, par l'intermédiaire de son employeur. Il ne pouvait par ailleurs pas se rendre compte de la disproportion entre les indemnités journalières perçues (8'366 fr.) au vu du dernier salaire touché,

soit 9'844 fr. 25, correspondant à une semaine de travail extrapolé au mois. De son côté, l'intimée expose que le contrat de mission prévoyait un salaire mensuel brut de 6'816 fr. 40, de sorte que le revenu allégué par le recourant ne pouvait être admis, ce d'autant moins qu'avec une indemnité journalière de 324 fr. 25, ce salaire aurait été bien supérieur à ce qu'il prétend avoir obtenu.

b) A titre liminaire, il convient de rappeler que l'opposition formée par télécopie ou par courriel n'est pas admissible, faute de signature, si elle n'est pas régularisée avant l'échéance du délai d'opposition. Il n'est pas nécessaire de fixer un délai supplémentaire pour la régularisation de l'acte irrégulier, l'opposant sachant dès le dépôt de son acte que celui-ci ne satisfait pas aux exigences de forme prévues par le droit applicable. De plus, il n'y a pas lieu d'accorder un délai supplémentaire pour réparer le vice lorsqu'une éventuelle réparation pouvait encore intervenir dans le délai d'opposition (ATF 142 V 152 consid. 4.5 et 4.7 et 121 II 252 consid. 4b). Or, il est constant que le recourant ne conteste pas l'entrée en force de la décision du 7 février 2025. A cet égard, le recourant, représenté par un mandataire qualifié, à savoir E._____, a seulement annoncé par courriel du 27 février 2025 son intention de faire opposition, intention qu'il n'a ensuite pas confirmée dans les formes requises. Au contraire, le syndicat du recourant a même annoncé, dans un courriel du 6 mars 2025, que sa requête était devenue « *sans objet* ».

c) Le recourant indique qu'il était de bonne foi au motif qu'il ne pouvait se rendre compte du montant erroné de l'indemnité journalière puisque, selon lui, son salaire mensuel brut s'élevait à 9'844 fr. 25 avant l'accident alors que le montant mensuel perçu par le biais de l'indemnité journalière s'élevait à 8'366 fr., soit une infime différence salariale. A l'instar de l'intimée, on constate que le montant de 9'844 fr. 25 retenu par le recourant ne correspond pas à la réalité. Le recourant se fonde sur une période d'une semaine de travail qui n'est absolument pas représentative de son activité. En effet, en se référant au contrat de mission signé le 8 août 2022, soit environ deux semaines avant l'accident, on constate que le recourant devait effectuer 40.5 heures par semaine en moyenne pour un

salaire horaire de 35 fr. 46, ce qui correspond en réalité à un salaire mensuel brut de 6'816 fr. 40 ($[35 \text{ fr. } 46 + 3 \text{ fr. } 38] \times 40.5 \text{ heures} \times 52 \text{ semaines}] \div 12 \text{ mois}$).

De plus, dans sa décision du 7 février 2025 entrée en force, l'intimée a déclaré qu'après un nouvel examen du dossier en se fondant sur les salaires perçus par l'assuré durant l'année précédant l'accident, il s'est avéré que le montant de l'indemnité journalière aurait dû être de 159 fr. 65 basée sur un gain annuel de 72'820 fr. 60 ($72'820 \text{ fr. } 60 \div 365 \text{ jours} = 199 \text{ fr. } 50 \text{ à } 80 \% = 159 \text{ fr. } 65$), représentant un gain mensuel de 6'068 fr. 40, au lieu d'une indemnité journalière de 324 fr. 85, qui aurait correspondu à des salaires mensuels bruts de 9'745 fr. 50 à 10'070 fr. 35. Il en résulte non seulement que le recourant a perçu un salaire plus important après son accident, mais également des montants largement supérieurs au salaire mensuel brut du contrat de mission.

Compte tenu de tels écarts, le recourant aurait dû, avec un minimum d'attention et même sans connaissances particulières, se rendre compte que les montants versés ne coïncidaient en rien avec les salaires qu'il avait l'habitude de percevoir, notamment ceux réalisés l'année précédant son accident, et se douter qu'une partie des sommes versées était indue. A tout le moins aurait-on pu attendre de lui qu'il prenne contact avec l'intimée dès les premiers versements pour éclaircir la situation. Cette solution s'impose d'autant plus que le recourant – dont la faculté de jugement ou la capacité de discernement ne paraissent pas altérées, à défaut de tout indice ou de tout argument allant dans ce sens – ne manquait pas de ressources. En effet, il a été capable de s'adresser au Syndicat E._____, puis à un avocat pour s'informer et défendre ses intérêts, malgré son absence de maîtrise de la langue française ou de sa méconnaissance du fonctionnement du système d'assurances en Suisse, motifs derrière lesquels il ne saurait se retrancher pour éluder l'obligation de se renseigner sur la situation auprès de l'intimée. En s'abstenant d'agir en ce sens, il a commis une négligence grave excluant sa bonne foi.

Pour le surplus, le recourant ne saurait tirer un quelconque argument en soulevant la négligence de l'intimée dans la fixation du calcul de son indemnité journalière, puisque cet argument aurait dû être soulevé dans le cadre de la restitution du montant réclamé, à savoir en contestant la décision du 7 février 2025, ce qu'il n'a pas fait. Quant aux informations qu'il aurait régulièrement transmises à la CNA, elles ne sauraient pallier l'absence de contact avec celle-ci en vue de clarifier la situation (cf. consid. 3b *supra*).

d) Dans ces circonstances, la condition de la bonne foi nécessaire à la remise de l'obligation de restituer n'est pas remplie, si bien que la décision sur opposition attaquée peut être confirmée, sans qu'il soit nécessaire d'examiner si l'obligation de restituer le montant réclamé par l'intimée mettrait le recourant dans une situation difficile. Les griefs du recourant doivent ainsi être rejetés pour ces motifs.

6. a) Le recourant soutient enfin que la CNA aurait violé l'art. 37 al. 4 LPGa en niant son droit à l'assistance juridique gratuite dans le cadre de la procédure administrative.

b) D'après l'art. 37 al. 4 LPGa, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent. Par ailleurs, à l'instar de ce qui prévaut en procédure judiciaire (art. 61 let. f LPGa), la partie ne doit pas disposer de ressources suffisantes et sa cause ne doit pas paraître dépourvue de chances de succès (Ueli Kieser/Matthias Kradolfer/Miriam Lendfers, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 5^e éd., Zurich/Genève 2024, n° 38 ad art. 37 LPGa).

Dans la procédure en matière d'assurances sociales, l'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à lui parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entrent

pas en considération. A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours ; en particulier, il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure (TF 8C_180/2022 du 28 octobre 2022 consid. 2.2 ; 9C_786/2017 du 21 février 2018 consid. 4.2 ; 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.2).

En outre, le point de savoir si l'assistance d'un avocat est nécessaire doit être tranché d'après les circonstances concrètes objectives et subjectives. Pratiquement, il faut se demander pour chaque cas particulier si, dans des conditions semblables et dans l'hypothèse où le requérant ne serait pas dans le besoin, l'assistance d'un avocat serait judicieuse, compte tenu du fait que l'intéressé n'a pas lui-même des connaissances juridiques suffisantes et que l'intérêt au prononcé d'un jugement justifierait la charge des frais qui en découlent (ATF 130 I 180 consid. 2 ; TF 8C_297/2008 du 23 septembre 2008 consid. 3.2).

c) En l'occurrence, le recourant se prévaut du caractère complexe de son dossier, de sa méconnaissance du français et du système juridique pour justifier la nécessité de se faire assister par un avocat. Il soutient s'être retrouvé seul face à une institution expérimentée qui lui a réclamé sans qu'il ne comprenne pourquoi un montant de plus de 134'000 francs. Or, l'intimée elle-même s'était trompée dans le cadre de la fixation du montant de l'indemnité journalière, de sorte que l'on ne saurait lui reprocher de ne pas avoir su identifier seul les normes déterminantes pour le calcul des prestations, sa bonne foi et sa situation financière difficile.

Le recourant perd cependant de vue que la procédure d'opposition se limitait au principe de la remise et plus particulièrement sur la question de sa bonne foi. Il n'explique d'ailleurs pas en quoi le Syndicat E._____, qui avait déposé la demande de remise le 27 février 2025, n'aurait pas été à même de le représenter dans la procédure d'opposition. Quoi qu'il en soit, le fait de devoir démontrer sa bonne foi ne nécessite pas

de connaissance juridique particulière justifiant l'assistance d'un avocat. L'absence de maîtrise de la langue française ou le fait d'être étranger au déroulement d'une procédure par-devant l'intimée n'y change rien, puisque l'intéressé était manifestement en mesure de requérir l'aide de tiers dans ses démarches.

C'est ainsi sans violer l'art. 37 al. 4 LPGA que l'intimée a nié le droit du recourant à l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative, sans qu'il n'y ait besoin de se prononcer sur la situation financière de l'intéressé ou sur les chances de succès de son opposition dès lors que les conditions d'octroi d'une telle prestation sont cumulatives.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) aa) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire.

bb) Selon la jurisprudence, pour fixer la quotité de l'indemnité du conseil d'office, l'autorité cantonale doit s'inspirer des critères applicables à la modération des honoraires d'avocat. Elle doit tenir compte de la nature et de l'importance de la cause, des difficultés particulières qu'elle peut présenter en fait et en droit, du temps que l'avocat lui a consacré, de la qualité de son travail, du nombre de conférences, audiences et instances auxquelles il a pris part, du résultat obtenu et de la responsabilité qu'il a assumée (ATF 122 I 1 consid. 3a, JdT 1998 I 252, SJ 1996 379 ; TF 5D_118/2021, déjà cité, consid. 5.1.3 ; 5D_4/2018 du 17 avril 2018 consid. 3.4.2 ; 5D_149/2016 du 30 janvier 2017 consid. 3.3). Cependant, le temps consacré à la défense du client et les actes effectués ne peuvent être pris en considération sans distinction. Ainsi, le juge peut d'une part revoir le travail allégué par l'avocat, s'il l'estime exagéré en tenant compte des caractéristiques concrètes de l'affaire, et ne pas

rétribuer ce qui ne s'inscrit pas raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de la tâche du défenseur ; d'autre part, il peut également refuser d'indemniser le conseil pour des opérations qu'il estime inutiles ou superflues (TF 5D_118/2021, déjà cité, consid. 5.1.3 ; 5A_82/2018, déjà cité, consid. 6.2.2). L'avocat doit toutefois bénéficier d'une marge d'appréciation suffisante pour déterminer l'importance du travail qu'exige l'affaire (TF 5A_10/2018 du 17 avril 2018 consid. 3.2.2.3, RSPC 2018 p. 370 ; 5D_149/2016, déjà cité, consid. 3.3).

cc) Me Zumsteg peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office et a déposé une liste de ses opérations avec son mémoire de recours. Appliquant un tarif horaire de 180 fr., il réclame des honoraires de 1'824 fr. – équivalent à 10 heures et 8 minutes d'activité, dont 6 heures et 30 minutes dédiées à la rédaction du recours — et des frais forfaitaires à 10 % des honoraires (182 fr. 40), soit un total de 2'006 fr. 40, TVA en sus. Ce montant ne saurait être validé en l'état. En effet, selon l'art. 3^{bis} al. 1 RAJ (règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3), les débours du conseil commis d'office sont fixés forfaitairement à 5% du défraiement hors taxe en première instance judiciaire. En l'occurrence, le mandataire avait déjà connaissance du dossier lors de la procédure d'opposition et s'est très largement inspiré de son écriture du 23 mai 2025 pour la rédaction de son mémoire de recours. Compte tenu de ces circonstances et du dossier, l'activité déployée doit être ramenée à 6 heures. Avec une rémunération au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ), les honoraires se montent à 1'080 fr. (6 x 180 fr.). En y ajoutant les débours de 54 fr. (5 % x 1'080 fr.) et la TVA de 8,1 % sur le tout, l'indemnité de conseil d'office de Me Zumsteg est arrêtée à 1'225 fr. 85.

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité de son conseil d'office, provisoirement prise en charge par l'Etat, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 3 juin 2025 par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV.** L'indemnité de Me Philippe Zumsteg, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 1'225 fr. 85 (mille deux cents vingt-cinq francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de conseil d'office mis à la charge de l'Etat

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Zumsteg (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse 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 :