

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mars 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

B._____, à Y._____, (France), recourant, représenté par Me Marlyse Cordonier, avocate à Genève,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 53 LPG.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, était employé depuis le 6 juin 2011 en qualité de monteur en chauffage par la société I. _____ SA, pour un salaire horaire de 33 fr. 31. Du fait de cet emploi, il était assuré contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA, la Caisse ou l'intimée).

Le 25 août 2011, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Hormis une tentative de reprise d'activité le 12 septembre 2011 - dans l'optique d'être « *vraisemblablement [...] engagé en fixe* » (cf. rapport d'entretien avec la CNA du 29 septembre 2011 p. 2) - qui se soldera par un échec, l'intéressé ne reprendra pas le travail par la suite.

Le cas a été annoncé à la CNA.

Aux termes d'une fiche de calcul du 23 septembre 2011, la Caisse a retenu que, pour la période du 6 juin au 25 août 2011, l'assuré avait effectué 355 heures de travail réparties sur 57 jours couvrant les semaines 23 à 30, ainsi que la semaine 34 - soit une durée moyenne hebdomadaire de 31,15 heures. Il en résultait une indemnité journalière de 118 fr. 30.

Par courrier du 11 octobre 2011, la CNA, soit pour elle son agence de [...], a informé l'assuré qu'elle n'était pas encore en mesure de prendre position de manière définitive quant à une éventuelle allocation de prestations d'assurance mais qu'elle lui octroyait, dans l'intervalle, une indemnité journalière partielle de 59 fr. 15 par jour calendaire à compter du 28 août 2011.

Le 26 juin 2012, l'assuré s'est entretenu par téléphone avec un collaborateur de la CNA. Le procès-verbal y relatif a notamment la teneur suivante :

"[...]

M. B. _____ voulait savoir pourquoi le montant de l'IJ est si bas. Nous trouvons la cause dans la moyenne horaire (31h15 au lieu des 41h00 qu'il effectuait régulièrement). J'explique que c'est son absence de 3 semaines en août dernier qui baiss[e] la moyenne horaire. Nous ne pouvons pas les considérer comme vacances, puisque son travail avait commencé le 6.6.2011, soit moins de 3 mois auparavant.

Prend note. Essayera de récup[é]rer le manque à gagner avec la RC du tiers en cause : cela fait quand même 40 heures par mois."

A teneur d'un courrier du 3 juillet 2012, la Caisse, par son agence de [...], a fait savoir à l'assuré qu'elle ne pouvait encore prendre position de manière définitive quant à une éventuelle allocation de prestations d'assurance mais qu'elle lui octroyait, dans l'intervalle, une indemnité journalière partielle de 106 fr. 50 par jour calendaire à compter du 28 août 2011.

A la suite d'un entretien téléphonique avec la CNA le 3 juillet 2012 également, l'assuré, dans un courrier du 5 juillet suivant, a demandé à ce que la Caisse revienne sur certains éléments de son dossier, notamment le calcul des indemnités journalières.

Par communication du 20 juillet 2012, la CNA, par son agence de [...], a informé l'assuré que des prestations d'assurance lui étaient allouées pour les suites de l'accident non professionnel du 25 août 2011 - en particulier une indemnité journalière de 118 fr. 30 par jour calendaire, avec effet au 28 août 2011.

Par décision du 31 août 2012, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance (frais de traitement et indemnité journalière) avec effet au jour même, considérant en outre qu'il n'y avait pas lieu au versement d'une rente d'invalidité et/ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

L'assuré, sous la plume de son conseil, a fait opposition à cette décision en date du 2 octobre 2012, contestant la suppression des prestations d'assurance. Il a en outre fait valoir que le montant des

indemnités s'élevait non pas à 118 fr. 30 mais à 120 fr. 80, compte tenu du dernier salaire reçu en plein pour le mois de juillet 2011 - soit un salaire brut de 5'210 fr. correspondant à un montant net de 4'533 fr. 35 ($[4'533 \text{ fr. } 35 / 30] \times 80 / 100 = 120 \text{ fr. } 80$). En annexe, il a notamment produit un contrat de mission de durée indéterminée signé le 12 septembre 2011 avec I._____ SA avec une entrée en fonction au 6 juin 2011, moyennant un horaire moyen de 45 heures par semaine et un salaire horaire brut de 33 fr. 31 ; il a également fourni les décomptes de salaire des mois de juin et juillet 2011.

Par décision sur opposition du 5 février 2013, la CNA a confirmé l'interruption des prestations. Elle a en outre expliqué qu'elle ne pouvait entrer en matière sur le calcul des indemnités journalières, son agence de [...] étant priée de se pencher sur la question et de répondre au conseil de l'assuré.

Le 7 mars 2013, B._____ a interjeté recours sous la plume de Me Marlyse Cordonier contre la décision sur opposition précitée, contestant la suppression des prestations d'assurance au 31 août 2012. Ce recours sera rejeté par arrêt cantonal du 17 juillet 2015 (CASSO AA 25/13 - 74/2015), confirmé en instance fédérale le 11 juillet 2016 (TF 8C_763/2015).

B. Dans l'intervalle, par correspondance du 23 septembre 2014 adressée à Me Patrick Moser et ultérieurement transmise à la CNA, l'assuré, par le biais de son conseil, a fait valoir qu'une erreur s'était glissée dans le calcul des indemnités journalières. Il a plus particulièrement exposé ce qui suit :

"Pour calculer le montant de l'indemnité journalière, [la CNA] s'est basée sur le contrat de mission signé le 8 juin 2011 entre I._____ et Monsieur B._____.

Ce contrat prévoyait un début de mission au 6 juin 2011 avec une durée maximale de trois mois.

Monsieur B._____ a été victime de l'accident le 25 août 2011.

Pour calculer le montant des indemnités journalières, la SUVA s'est donc basée sur le nombre d'heures de travail effectuées par Monsieur B. _____ du 6 juin 2011 au 25 août 2011.

Pendant cette période, Monsieur B. _____ a effectué 355 heures sur un total de 57 jours, ce qui représente une durée moyenne hebdomadaire de 31,15 heures.

La SUVA parvient ainsi à une indemnité journalière de CHF 118.30.

Selon le contrat de mission, l'horaire de travail était en moyenne de 45 heures selon la Convention collective de travail. Le salaire s'élevait à CHF 29.76 par heure, plus CHF 2.48 au titre de vacances (+ 8.33 %), plus 1.07 d'indemnité pour jour[s] fériés (3.58 %).

Lorsque Monsieur B. _____ a commencé sa mission pour I. _____, on lui a indiqué oralement que cette mission devait se terminer au 31 juillet 2011.

Monsieur B. _____ n'avait pas prévu de travailler au mois d'août [...].

Pendant sa mission, I. _____ a informé Monsieur B. _____ du fait qu'elle était satisfaite de son travail et qu'elle souhaitait le garder pour une durée indéterminée.

Monsieur B. _____ était naturellement très content de cette proposition mais, dans la mesure où il avait des projets pour le mois d'août, il a demandé à I. _____ un congé sans solde du 1^{er} au 21 août 2011, ce qui a été accepté. Monsieur B. _____ n'a donc pas travaillé du 1^{er} au 21 août et a ainsi repris, d'entente avec I. _____, le travail le 22 août. Il a été victime de l'accident le 25 août 2011.

Un nouveau contrat d'une durée indéterminée et confirmant ce qui précède a été établi entre les parties le 12 septembre 2011, soit à l'échéance du délai maximum de trois mois prévu par le premier contrat.

A noter que ce nouveau contrat reprend, comme date de début de la mission, le 6 juin 2011.

Compte tenu de ce qui précède, le calcul des indemnités journalières tel qu'il a été effectué par la SUVA est inexact. Si l'on tient en effet compte d'une durée moyenne de 45 heures par semaine, le montant de l'indemnité journalière s'élève à CHF 170.85.

Il y a lieu d'ajouter à ce montant les allocations familiales, étant toutefois précisé que lesdites allocations familiales ont été versées à Monsieur B. _____ par I. _____ pour la période allant de juin à novembre 2011."

L'assuré a joint diverses pièces à son courrier, dont les copies des deux contrats de missions susdits, ainsi que des décomptes de salaire

des 4 avril 2012 et 3 avril 2013 d'I. _____ SA concernant les allocations familiales.

Par écriture du 4 novembre 2014, la CNA a relevé que l'indemnité journalière devait être calculée au regard de la situation et des conditions d'engagement au moment de l'accident, à l'exclusion du contrat de mission établi après l'accident. Cela précisé, elle a rappelé s'être basée sur le nombre d'heures de travail effectuées par l'intéressé du 6 juin au 25 août 2011, soit 355 heures sur 57 jours correspondant à une moyenne de 31,15 heures de travail hebdomadaires. Il en résultait un revenu annualisé de 53'955 fr. 55 (31,15 heures de travail hebdomadaires x 33 fr. 31 de salaire de base horaire x 52 semaines) et une indemnité journalière de 118 fr. 25 (53'955 fr. / 365 jours x 80% = 118 fr. 25). Par ailleurs, la Caisse a souligné que le montant de l'indemnité journalière avait fait l'objet d'une prise de position non formelle en 2012, laquelle n'avait pas été contestée en son temps.

Par courrier de son conseil du 2 décembre 2014, l'assuré a contesté le point de vue de la Caisse. Il a relevé que l'engagement de durée indéterminée lui avait été proposé par I. _____ SA en juillet 2011 et qu'il y avait donc lieu de se fonder sur le salaire et l'horaire de travail hebdomadaire convenus contractuellement. Il en résultait une indemnité journalière de 170 fr. 85, montant auquel il convenait encore d'ajouter les allocations familiales. L'assuré a, en outre, indiqué prendre « *bonne note que le montant de l'indemnité journalière avait fait l'objet d'une prise de position non formelle en 2012 qui n'avait pas été contestée en son temps* » mais que, cette prise de position n'étant pas une décision, il ne voyait pas ce qui empêchait de remettre en cause le calcul effectué.

Par décision du 15 décembre 2014, la CNA a confirmé le montant de l'indemnité journalière tel qu'arrêté dans son courrier du 4 novembre 2014.

Par acte du 2 février 2015 rédigé par son conseil, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision, reprenant en substance

les arguments développés dans ses précédentes écritures. Il a ajouté que la tentative de reprise du travail le 12 septembre 2011 démontrait bien qu'I. _____ SA avait eu l'intention de poursuivre la collaboration, faute de quoi le contrat initial se serait normalement éteint à l'échéance prévue, sans tentative de reprise du travail. Il a ainsi reproché à la CNA d'avoir considéré que l'activité effective au moment de la survenance de l'accident était une activité irrégulière et d'avoir pris en compte le salaire moyen entre le 6 juin et le 25 août 2011 au lieu du salaire convenu avec I. _____ SA. L'assuré a par ailleurs requis l'assistance judiciaire [recte : juridique]. En annexe, il a en particulier produit une attestation d'I. _____ SA du 28 janvier 2015 confirmant son absence de l'entreprise durant la période du 30 juillet au 21 août 2011 et la mutation de son contrat pour le mois d'août 2011.

Par décision sur opposition du 6 février 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 15 décembre 2014. Elle a relevé que, dans la mesure où l'assuré avait critiqué le calcul de l'indemnité journalière vingt-six mois après la décision informelle du 20 juillet 2012, seule la voie de la révocation de cette décision était ouverte. Dans ce contexte, la Caisse a retenu que l'intéressé n'avait pas découvert de faits nouveaux, ni trouvé de nouveaux moyens de preuve. En particulier, les documents qu'il avait produits à l'appui de sa demande lui étaient déjà connus lors de la communication du montant de l'indemnité journalière. Aussi l'opposition devait-elle être rejetée. Quant à la demande d'assistance juridique, elle devait être refusée puisque l'opposition était dépourvue de chances de succès.

A la suite d'un entretien téléphonique le 17 février 2015 avec le conseil de l'assuré, la CNA a encore exposé, dans un courrier du 18 février suivant, que les conditions d'une reconsidération n'étaient pas non plus remplies. En effet, le calcul de l'indemnité journalière effectué par la Caisse ne pouvait être considéré comme manifestement erroné au vu des éléments disponibles à l'époque.

C. Agissant par l'entremise de son conseil, B._____ a recouru le 11 mars 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 6 février 2015, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour nouveau calcul de l'indemnité journalière au sens des considérants et octroi de l'assistance judiciaire [recte : juridique] dans le cadre de la procédure d'opposition. En substance, le recourant concède qu'il n'y a effectivement pas de motif de révision procédurale faute de faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve. Il se prévaut, en revanche, d'un motif de reconsidération. Reprenant les explications fournies dans ses précédentes écritures et se prévalant notamment d'un arrêt rendu le 14 juin 2014 dans la cause 8C_296/2013, il fait plus particulièrement valoir que l'indemnité journalière allouée par la Caisse était manifestement erronée dans la mesure où l'intimée s'est fondée à tort sur une activité irrégulière au moment de l'accident et n'a pas tenu compte des allocations familiales. Il ajoute que la rectification revêt de toute évidence une importance notable s'agissant d'une prestation périodique. Pour le recourant, son indemnité doit ainsi être calculée à nouveau sur la base du salaire convenu avec I._____ SA pour un horaire moyen de 41 heures par semaine, allocations familiales en sus. Enfin, il soutient que les conditions d'octroi de l'assistance juridique sont remplies dans le cas particulier. Pour étayer ses dires, l'intéressé produit un onglet de pièces se rapportant essentiellement aux étapes antérieures de la procédure.

Dans sa réponse du 21 avril 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle estime tout d'abord qu'il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur le recours. A cet égard, elle relève que la demande de reconsidération a été formulée pour la première fois lors de l'entretien téléphonique du 17 février 2015 et donc postérieurement à la décision sur opposition querellée ; la demande s'avère ainsi étrangère au présent litige. Elle ajoute qu'elle n'avait pas l'obligation d'entrer en matière sur la question de la reconsidération, que ce soit dans la décision ou dans le cadre de la procédure d'opposition. Elle observe également que le recourant ne remet pas en cause la motivation de la décision entreprise, mais qu'il se contente d'affirmer que les conditions de la reconsidération sont réalisées.

Subsidiairement, dans l'hypothèse où il serait admis qu'elle avait l'obligation de se prononcer sur la reconsidération, la CNA considère que la décision du 20 juillet 2012 n'était pas manifestement erronée. En effet, le recourant se fonde sur une jurisprudence fédérale postérieure à la décision du 20 juillet 2012, alors même que dans un arrêt rendu le 31 mai 2010 dans la cause 8C_207/2010, le Tribunal fédéral a reconnu qu'il y avait lieu de calculer l'indemnité journalière d'un travailleur temporaire selon le revenu perçu avant l'accident.

Par réplique du 18 mai 2015, le recourant confirme ses conclusions. Il souligne, en substance, que ce n'est qu'à l'occasion de la décision sur opposition du 10 [recte : 6] février 2015 que l'intimée a abordé la problématique de la révocation d'actes entrée en force de chose décidée et que, dès lors, on ne peut lui reprocher de ne pas avoir invoqué plus tôt des motifs de reconsidération. Rappelant en outre la teneur de l'entretien téléphonique consécutif à la décision entreprise, il estime que la CNA est entrée en matière tant sous l'angle de reconsidération que sous l'angle de la révision procédurale.

Dupliquant le 9 juin 2015, l'intimée maintient sa position.

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 (cf. 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 (cf. art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

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

c) La valeur litigieuse correspond, en l'occurrence, à la différence entre l'indemnité journalière versée par la CNA et celle réclamée par le recourant pour la période du 28 août 2011 au 31 août 2012, date à laquelle les prestations d'assurance ont pris fin (cf. décision sur opposition du 5 février 2013, confirmée par la Cour de céans [cf. CASSO AA 25/13 - 74/2015 du 17 juillet 2015] puis par le Tribunal fédéral [cf. TF 8C_673/2015 du 11 juillet 2016]). Le montant en cause s'avère ainsi inférieur à 30'000 fr., de sorte que l'affaire est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).]

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'intimée était ou non justifiée à refuser de revenir sur le montant des indemnités journalières (118 fr. 30) versées au recourant du 28 août 2011 au 31 août 2012.

c) Il sera noté que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce,

vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. a) En vertu de l'art. 16 al. 1 et 2 LAA, l'assuré a droit à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident. Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail.

L'art. 17 al. 1 LAA prévoit que l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (cf. art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré ; si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

b) Les indemnités journalières sont calculées d'après le gain assuré (cf. art. 15 al. 1 LAA). Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident (cf. art. 15 al. 2 LAA).

En principe, l'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire que l'assuré a reçu en dernier lieu avant l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (cf. art. 22 al. 3 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]).

L'indemnité journalière est calculée conformément à l'annexe 2 à l'OLAA (selon la formule suivante : indemnité journalière = salaire annuel / 365 x 80%) et est versée pour tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés (cf. art. 25 al. 1 OLAA).

c) Conformément à la délégation de compétence prévue à l'art. 15 al. 3 LAA, le Conseil fédéral a édicté des dispositions sur la prise en considération du gain assuré dans des cas spéciaux, pour l'indemnité journalière (cf. art. 23 OLAA) et pour les rentes (cf. art. 24 OLAA). Ces dispositions ont pour but d'atténuer la rigueur de la règle du dernier

salaire reçu avant l'accident, lorsque cette règle pourrait conduire à des résultats inéquitables ou insatisfaisants (cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3^e éd., Bâle 2016, n° 183 p. 959 ; cf. Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfall-versicherung [UVG], 4^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2012, p. 114).

L'art. 23 al. 3 OLAA énonce plus particulièrement que lorsque l'assuré n'exerce pas d'activité lucrative régulière ou lorsqu'il reçoit un salaire soumis à de fortes variations, il y a lieu de se fonder sur un salaire moyen équitable par jour. Exerce une activité irrégulière l'assuré qui ne suit pas un horaire qui reste identique en moyenne pendant une certaine période ou dont le salaire est fondé sur des provisions (cf. ATF 139 V 464 consid. 2.5). Le critère des fortes variations de salaire est réalisé lorsque le revenu dépend du chiffre d'affaires obtenu ou d'autres facteurs plus ou moins indéfinis (cf. TF 8C_330/2008 du 24 octobre 2008 consid. 4.1). De fortes variations doivent également être admises lorsque le salaire de la personne assurée subit une variation unique (vers le haut ou le bas), par exemple quand au cours du mois durant lequel il a été victime de l'accident, l'assuré a exceptionnellement perçu un salaire inférieur, parce qu'il a pris un congé non payé de deux semaines (cf. TF 8C_648/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3.3).

4. a) D'après l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Seules les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par cette disposition peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (cf. art. 51 al. 1 LPGA). Tel est le cas s'agissant de l'octroi d'indemnités journalières de l'assurance-accidents (cf. ATF 138 V 140 consid. 5.3.3 et les références citées ; cf. art. 124 OLAA *a contrario*).

La loi ne précise pas dans quel laps de temps l'intéressé doit déclarer son désaccord avec le mode de règlement choisi par l'administration. Cela étant, d'après la jurisprudence, on contreviendrait

aux principes de l'équité et de la sécurité du droit si l'on considérait comme sans importance, du point de vue juridique, une renonciation – expresse ou tacite – à des prestations. On peut en effet attendre de la personne qui n'admet pas une certaine solution, et qui entend voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours, qu'elle fasse connaître son point de vue dans un délai d'examen et de réflexion convenable (cf. ATF 126 V 23 consid. 4b ; cf. RAMA 1990 n° K 835 p. 82 consid. 2a et la jurisprudence citée ; cf. TFA K 172/04 du 13 mars 2006). Ainsi, l'octroi de prestations sans décision formelle par un assureur social – dans le cadre de la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA – peut produire les mêmes effets qu'une décision entrée en force si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord ou sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (cf. ATF 122 V 367 consid. 3 ; cf. TF C 253/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1).

A cet égard, la jurisprudence distingue selon qu'il s'agit de la clôture du cas signifiée de manière informelle ou d'un décompte d'indemnités journalières. Dans la première éventualité, le délai pour faire part de son désaccord est d'un an car, sur cette question, l'administration aurait dû obligatoirement statuer par le biais d'une décision écrite (cf. art. 49 al. 1 LPGA ; voir aussi l'art. 124 OLAA; cf. ATF 134 V 145 consid. 5.3.2). La situation est en revanche différente dans la seconde éventualité, à savoir lorsque l'intéressé veut contester une communication pouvant faire l'objet d'une procédure simplifiée en vertu de l'art. 51 al. 1 LPGA. Contre une communication effectuée conformément au droit sous la forme simplifiée, il est possible d'exiger une décision écrite dans un délai de réflexion, qui, selon les circonstances, peut être supérieur au délai légal de trente jours mais qui ne saurait cependant dépasser plusieurs mois (cf. ATF 134 V 145 consid. 5.3.1.). Aussi ce délai doit-il être fixé à trois mois ou nonante jours à compter de la communication d'un décompte d'indemnité journalière (cf. TF 8C_789/2012 du 16 septembre 2013 consid. 4.1 et 8C_14/2011 du 13 avril 2011 consid. 5).

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

Sont "nouveaux" au sens de 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 (cf. ATF 134 III 669 consid. 2.2 et les références). 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 prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; cf. TF 8C_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 2, 9C_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1 et 9C_531/2014 du 27 janvier 2015 consid. 4.1).

La révision procédurale est soumise à un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision, ainsi qu'à un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (cf. art. 67 al. 1 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] en relation avec l'art. 55 al. 1 LPGA ; cf. TF 8C_434/2011 du 8 août 2011 consid. 3, *in* SVR 2012 UV n° 17 p. 63).

c) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (cf. ATF 133 V 50 consid. 4.1).

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (cf. ATF 141 V 405 consid. 5.2 et la référence). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits ; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (cf. ATF 135 V 215 consid. 5, 119 V 410 consid. 3a et 117 V 8 consid. 2c).

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. Autrement dit, pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable ; le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de fait essentiels. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (cf. TF 9C_508/2015 du 4 mars 2016 consid. 3 et 5.1 et 9C_709/2012 du 27 novembre 2012 consid. 2.1 et 2.3 avec les références).

La rectification revêt une importance notable en fonction du montant des prestations en cause. Il a par exemple été jugé qu'une

créance en restitution d'un montant de 706 fr. était suffisamment importante (cf. DTA 2000 n° 40 p. 208).

d) La révision procédurale (cf. art. 53 al. 1 LPGGA) et la reconsidération (cf. art. 53 al. 2 LPGGA) peuvent également s'appliquer à l'égard de prestations accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle et dont le versement a, néanmoins, acquis force de chose décidée (cf. TF 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 3 ; cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, n° 19 ad art. 53 LPGGA, p. 704).

5. a) Il apparaît en l'espèce que, lors d'un entretien téléphonique du 26 juin 2012, le recourant s'est vu expliquer que ses indemnités journalières avaient été calculées sur la base d'une moyenne horaire de 31h15, tenant compte d'une période d'absence de trois semaines en août 2011 - ce dont il a alors pris note. Puis, le 5 juillet 2012, il a demandé à ce que la CNA revienne sur le calcul des indemnités journalières. La Caisse lui a subséquemment adressé, le 20 juillet 2012, une communication indiquant que l'indemnité journalière s'élevait à 118 fr. 30 par jour calendaire, avec effet au 28 août 2011. L'assuré a contesté ce montant dans le cadre de son opposition du 2 octobre 2012 à la décision du 31 août 2012 supprimant les prestations d'assurance. Statuant sur opposition le 5 février 2013, l'intimée n'est toutefois pas entrée en matière sur le calcul des indemnités journalières, considérant que ce point devait être porté auprès de l'agence de [...]. La problématique n'a ensuite vraisemblablement plus été adressée jusqu'à l'écriture de l'assuré du 23 septembre 2014, par laquelle celui-ci est revenu sur la question du calcul de l'indemnité journalière - démarche qui a conduit à une prise de position de la CNA le 4 novembre 2014, suivie d'une décision le 15 décembre 2014 confirmée sur opposition le 6 février 2015.

Cela étant, il faut constater qu'après réception de la communication du 20 juillet 2012, le recourant a certes contesté le calcul de l'indemnité journalière le 2 octobre 2012 mais que la situation est ensuite restée au point mort jusqu'au 23 septembre 2014. Quand bien

même la jurisprudence n'impose pas de forme particulière à la manifestation de volonté de l'assuré de s'opposer à une décision non formelle (cf. TF 8C_849/2014 du 14 juillet 2016 consid. 5.2 et la jurisprudence citée), il n'en demeure pas moins que le recourant aurait été tenu, pour des motifs liés à la sécurité du droit et selon le principe de la bonne foi, de réclamer le prononcé d'une décision dans un délai raisonnable, dont la durée doit s'apprécier à l'aune des circonstances du cas concret (cf. TF 9C_623/2015 du 11 mai 2016 consid. 2.3.1 et 9C_702/2014 du 1^{er} décembre 2014 consid. 4.2.1, *in* SVR 2015 BVG n° 15 p. 60; cf. également TF 9C_788/2014 du 27 novembre 2014 consid. 4.1). Or, l'intéressé a manifestement excédé un tel seuil en restant inactif pendant près de deux ans sur la question du montant de son indemnité journalière, alors même qu'il était assisté d'un mandataire à l'époque des faits en cause.

En ce sens, on peut considérer - à l'instar de l'intimée - que la prise de position non formelle du 20 juillet 2012 était effectivement entrée en force de chose décidée lorsque l'assuré s'est manifesté le 23 septembre 2014. Le recourant, du reste, n'en disconvient pas (cf. déterminations du 2 décembre 2014 p. 2), d'autant qu'il a axé son argumentation sur les règles relatives à la révocation des décisions entrées en force.

b) Tant l'intimée (cf. décision sur opposition du 6 février 2015 p. 4) que le recourant (cf. mémoire de recours du 11 mars 2015 p. 6) s'accordent à admettre qu'il n'y a pas, en l'occurrence, de faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve ouvrant la voie à une révision procédurale (cf. consid. 4b supra) de la décision informelle du 20 juillet 2012. La Cour de céans ne peut d'ailleurs qu'abonder dans ce sens, dès lors que les éléments invoqués par l'assuré pour revenir sur le calcul de l'indemnité journalière étaient à l'évidence connus de lui lorsqu'il s'est vu communiquer le montant de celle-ci.

Aussi la présente affaire ne tombe-t-elle pas sous le coup de l'art. 53 al. 1 LPGA.

c) Reste à examiner le cas à la lumière de l'art. 53 al. 2 LPGA.

aa) Dans sa prise de position du 4 novembre 2014, la CNA s'est contentée de détailler le calcul de l'indemnité journalière telle qu'arrêtée le 20 juillet 2012. Elle a repris ce calcul dans la décision du 15 décembre 2014, tout en relevant que les éléments apportés par l'assuré n'étaient pas de nature à modifier son appréciation. Puis, aux termes de la décision attaquée, la Caisse s'est prononcée sans aborder la question de la reconsidération. Or, quoi qu'en dise le recourant, il reste que l'intimée n'avait pas à se prononcer sur l'existence ou non d'un motif de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

En effet, selon la jurisprudence, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (cf. ATF 133 V 50 consid. 4.1, 119 V 475 consid. 1b/cc et 117 V 8 consid. 2a ; cf. TF 8C_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2 ; cf. Kieser, op. cit., n° 73 ad art. 53 LPGA, p. 714). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa ; TF 8C_609/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.1). Rien ne s'oppose à l'application de cette jurisprudence au cas d'espèce, si l'on considère que la décision sur opposition litigieuse – comme, avant elle, la décision du 15 décembre 2014 – vaut décision implicite de refus d'entrée en matière sur la demande de reconsidération (cf. dans ce sens CASSO AI 42/16 – 292/2016 du 9 novembre 2016 consid. 6a).

Après la notification de la décision litigieuse, l'intimée, faisant suite à un entretien téléphonique du 17 février 2015, a certes adressé un écrit le 18 février 2015 au recourant, exposant que les conditions d'une reconsidération n'étaient pas remplies dans la mesure où le calcul de

l'indemnité journalière ne pouvait pas être considéré comme manifestement erroné au vu des éléments disponibles à l'époque. Outre que l'appel téléphonique comme l'écrit qui s'en est suivi s'avèrent postérieurs à la décision sur opposition du 6 février 2015 qui définit l'objet de la présente contestation (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; cf. TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1), il faut surtout constater qu'au travers de cette nouvelle écriture, la CNA s'est bornée à maintenir l'appréciation résultant de son prononcé initial, sur la base d'un examen sommaire - ce qui, selon la jurisprudence citée plus haut, est là encore assimilable à un refus d'entrer en matière sur la demande de reconsidération.

Sur le vu de ces considérations, il faut donc admettre que, sous cet angle, le recours n'est pas recevable.

bb) Dans sa réponse du 21 avril 2015 (p. 8 ss), la CNA s'est également déterminée à titre subsidiaires sur les arguments au fond du recourant quant à la reconsidération de la décision informelle du 20 juillet 2012. Attendu toutefois que le recours n'est pas recevable sur cet aspect (cf. consid. 5c/aa supra), il n'incombe donc pas à la Cour de céans de se prononcer plus avant à ce propos.

Tout au plus précisera-t-on, par surabondance, que selon la jurisprudence en allemand dont s'est prévalu l'intimée (cf. TF 8C_207/2010 du 31 mai 2010 consid. 3.3.1 ; cf. également ATF 139 V 464 consid. 4.5), le point de savoir si les conditions de l'art. 23 al. 3 OLAA - soit les critères de l'activité irrégulière et les fortes variations de salaire (cf. consid. 3c supra) - sont réalisées doit être examiné au regard de l'activité effectivement exercée « *vor dem Unfall* », autrement dit "avant" l'accident. Dans la jurisprudence en français citée par le recourant (cf. TF 8C_296/2013 du 14 janvier 2014 consid. 5.1), ces termes ont été traduits par « *au moment de l'accident* ». Il n'y a toutefois là aucune controverse, quoi qu'en disent les parties. En effet, les arrêts invoqués visent une seule et même notion qui renvoie à l'activité lucrative exercée lorsque se produit l'accident - professionnel ou non professionnel - donnant lieu à

des prestations d'assurance. Ainsi, c'est l'activité effective au moment de la survenance de l'accident qui doit être irrégulière pour entraîner l'application de l'art. 23 al. 3 OLAA (cf. TF 8C_296/2013 du 14 janvier 2014 consid. 5.1). Pour le surplus, dans la mesure où le recours est de toute façon irrecevable sur la question de la reconsidération (cf. consid. 5c/aa supra), la Cour ne se penchera pas davantage sur l'applicabilité de l'art. 23 al. 3 OLAA au cas d'espèce.

Pour le même motif, il n'appartient pas non plus à la présente juridiction de revenir sur les éléments de calcul retenus par la CNA – quand bien même on peut s'interroger sur le fait que la Caisse ne se soit pas déterminée quant à la prise en considération des allocations familiales dans le gain assuré (cf. TF 8C_733/2013 du 5 septembre 2014 consid. 5).

d) A la lumière des considérations qui précèdent, la Cour de céans ne peut donc que confirmer les termes de la décision sur opposition attaquée.

6. Par ailleurs, en tant que le recourant critique le refus d'assistance juridique en procédure administrative prononcé par la CNA, la Cour de céans relève ce qui suit.

a) Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (cf. art. 37 al. 4 LPGA). La LPGA a ainsi introduit une réglementation légale de l'assistance juridique dans la procédure administrative (cf. ATF 133 V 441 consid. 3 et les références citées). La jurisprudence y relative rendue dans le cadre de l'art. 4 aCst. (cf. art. 29 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) sur les conditions de l'assistance judiciaire en procédure d'opposition – partie dans le besoin, conclusions non dépourvues de toute chance de succès, assistance objectivement indiquée d'après les circonstances concrètes (cf. ATF 125 V 32 consid. 2 et les références) – continue de s'appliquer, conformément à la volonté du législateur (cf. TF 9C_489/2012 du 18 février 2013 consid. 2 ;

cf. TFA I 557/04 du 29 novembre 2004 consid. 2.1 et I 386/04 du 12 octobre 2004 consid. 2.1 ; cf. FF 1999 4242).

Le point de savoir si les conditions de l'assistance sont réalisées doit être examiné au regard de critères plus sévères dans la procédure administrative que dans la procédure judiciaire. En effet, l'art. 61 let. f LPGA, applicable à la procédure judiciaire, parle d'accorder l'assistance judiciaire gratuite lorsque les circonstances le "justifient", tandis que l'art. 37 al. 4 LPGA, applicable à la procédure administrative, parle d'accorder l'assistance gratuite d'un conseil juridique lorsque les circonstances "l'exigent" (cf. TF I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 4.3 et les références citées).

L'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à un avocat 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'entre pas en considération (cf. ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références ; cf. TF 9C_486/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2.1, non publié à l'ATF 139 V 600). A cet égard, il y a lieu de tenir compte du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. Si la procédure en cause présente des risques importants pour la situation juridique de l'intéressé (« *ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung der Partei* » : cf. ATF 125 V 32 consid. 4b), l'assistance gratuite d'un défenseur est en principe accordée. Sans cela, l'assistance juridique ne sera accordée que si, à la difficulté relative de l'affaire, s'ajoutent des problèmes de fait ou de droit auxquels le requérant ne pourrait faire face seul (cf. ATF 130 I 180 consid. 2.2 et 125 V 32 consid. 4, avec les références citées ; cf. TFA I 676/04 du 30 mars 2006 consid. 6.2). 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 (cf. TF 9C_489/2012 précité loc. cit. ; cf. TFA I 557/04 précité consid. 2.2).

b) A l'appui de son refus d'assistance juridique, l'intimée a retenu que la procédure d'opposition était dépourvue de chances de succès (cf. décision sur opposition du 6 février 2015 p. 4).

On ne peut qu'abonder dans ce sens. En effet, il faut relever que le recourant a admis le 2 décembre 2014 que la décision informelle du 20 juillet 2012 était entrée en force sans avoir été contestée en temps utile. Force est en outre de constater que les circonstances mises en exergue dans les écritures des 23 septembre et 2 décembre 2014 comme dans l'opposition du 2 février 2015 ne relèvent manifestement pas de motifs de révision procédurale, ce que l'assuré a du reste admis (cf. mémoire de recours du 11 mars 2015 p. 6). Enfin, à supposer que le droit à un conseil juridique (cf. art. 37 al. 4 LPGA) puisse s'étendre aux demandes de reconsidération de décisions passées en force (cf. art. 53 al. 2 LPGA), ce qui paraît de prime abord douteux (cf. TF 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 4.2) mais peut rester indécis, il reste que l'assureur ne peut être contraint à entrer en matière sur une demande de reconsidération (cf. consid. 5c supra) et que, sous cet angle, la procédure d'opposition était de toute manière vouée à l'échec.

En tout état de cause, on ne se trouve pas en présence d'une situation qui justifierait la désignation d'un conseil juridique. Il faut en effet rappeler que la problématique réside en définitive dans le montant des indemnités journalières allouées pour la période du 28 août 2011 au 31 août 2012, le recourant estimant avoir droit à un montant plus élevé sur la base d'éléments factuels différents de ceux retenus à l'origine par l'intimée. Si l'on ne peut ainsi nier l'intérêt financier de l'assuré à la procédure en cause, on ne saurait en revanche considérer que celle-ci présente des risques importants pour la situation juridique de l'intéressé. Par ailleurs, on ne voit pas en quoi le cas de l'assuré revêtirait un caractère exceptionnellement complexe s'agissant tant des faits que des questions de droit à résoudre. D'une part, il y a lieu de se rapporter au courrier du 23 septembre 2014, à l'origine de la présente affaire : dans cet écrit, le conseil du recourant s'est en effet contenté de mettre en exergue

la version des faits alléguée par son client, ce que l'intéressé aurait tout aussi bien pu faire sans représentant - comme c'était le cas lors de ses premiers échanges avec la CNA - ou avec la seule assistance d'un tiers intervenant. Le même constat s'applique à l'écriture du 2 décembre 2014 et à l'opposition du 2 février 2015, qui reprennent en substance les éléments factuels déjà invoqués le 23 septembre 2014. D'autre part, on notera que sur le plan juridique, la problématique visée est loin d'être insolite dans le domaine de l'assurance-accidents et que, d'un point de vue procédural, on ne peut voir au stade de l'instruction administrative une difficulté particulière, faute de formalisme spécifique à respecter.

En définitive, il y a donc lieu de retenir que l'assistance d'un avocat n'était pas nécessaire à l'assuré pour défendre ses intérêts devant l'intimée. Il en résulte que la CNA n'a pas violé le droit fédéral en rejetant la demande d'assistance juridique. Le recours doit en conséquence être également rejeté sur ce point.

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui succombe (cf. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD), ni à l'intimée qui n'y a pas droit comme assureur social (cf. ATF 128 V 323).

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

- I. Le recours déposé le 11 mars 2015 par B._____ est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision sur opposition rendue le 6 février 2015 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 :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Marlyse Cordonier (pour B._____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :