

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 janvier 2017

---

Composition : M. MÉTRAL, juge unique  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 53 al. 2 LPGA ; 10 al. 1, 16 al. 1 et 19 al. 1 LAA ; 11 et 23 al. 8 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], était au bénéfice d'un délai-cadre d'indemnisation de l'assurance-chômage et percevait régulièrement des indemnités journalières de cette assurance. A ce titre, elle était assurée contre les accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 21 janvier 2013, elle s'est blessée au genou et à l'épaule droits, lors d'un accident. La Dresse U.\_\_\_\_\_, médecin-assistante à l'Hôpital de [...], a posé le diagnostic de fracture du plateau tibial externe droit par enfoncement - séparation (cf. certificat médical LAA du 20 février 2013 de la Dresse U.\_\_\_\_\_). L'assurée s'est soumise, le jour même, à une opération de réduction ouverte et ostéosynthèse avec greffe de Tutoplast (cf. protocole opératoire du 21 janvier 2013 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique du Service d'orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur EHC à l'Hôpital de [...]). Une prothèse totale fémoro-tibiale a finalement dû être posée, le 21 août 2013 (cf. protocole opératoire du 21 août 2013 des Drs F.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

La CNA a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières d'un montant de 67 fr. 15 compte tenu d'une indemnité journalière de chômage de 102 fr. immédiatement avant l'accident (cf. décision du 30 mai 2013 de la CNA).

Dans le cadre de l'instruction par la CNA, l'assurée a effectué un séjour auprès de la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) à Sion, du 3 septembre au 1<sup>er</sup> octobre 2014. Dans leur rapport du 8 octobre 2014, les Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et S.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants:

#### “DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation fonctionnelle du genou droit.

#### DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Intervention du 21.08.2013 : PTG [prothèse totale fémoro-tibiale] du genou droit avec AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] tibia proximal droit.
- Gonarthrose du genou droit.
- Réduction ouverte et ostéosynthèse du plateau tibial externe à droite avec greffe de Tutoplast le 21.01.2013.
- Chute le 21.01.2013 avec fracture du plateau tibial externe par enfoncement-séparation.

#### CO-MORBIDITÉS

- Epicondylite externe droite.
- Infiltration épicondyle externe droite (Depo-Medrol 40 mg) le 17.09.2014.
- HTA [hypertension artérielle] traitée.
- Trouble anxieux et dépressif mixte.
- Obésité (34.47 kg / m<sup>2</sup>).
- Intolérance au lactose.

#### ANTÉCÉDENTS

- 12.03.2010 : AVP [accident de la voie publique] à scooter avec :
  - fracture ouverte du calcanéum droit de type IIC.
  - fracture trabéculaire du trochiter non-déplacée, déchirure partielle de la face articulaire du sus-épineux, tendinopathie du LCB de l'épaule gauche.
  - plaie sous-malléolaire interne droite.

#### ALLERGIES

- Pas connue.”

Les spécialistes de la CRR se sont exprimés ensuite sur l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Les limitations fonctionnelles définitives suivantes ont été constatées : ports de charges lourdes, marches sur terrains irréguliers, positions statiques debout très prolongées, activités nécessitant des accroupissements ou des appuis sur les genoux. En présence d'une évolution subjective et objective favorable, une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois à six mois en fonction des décisions prises avec le chirurgien traitant. S'il n'y avait pas de décision opératoire, la stabilisation pourrait intervenir à la fin de l'année. Le Dr R.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique consultant, ne posait pour sa part pas d'indication opératoire pour les dix-huit prochains

mois ; il conviendrait ensuite de réévaluer la situation « si vraiment la patiente était très très demandeuse pour une ré-intervention qui serait [à son avis] sans garantie » (cf. rapport de consultation orthopédique du 9 septembre 2014 du Dr R.\_\_\_\_\_).

Le 19 février 2015, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assurée. Cette dernière l'a informé d'une prochaine opération des varices aux membres inférieurs, prévue pour le 3 mars 2015. Par ailleurs, elle reverrait, le 19 mars 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_, qui avait posé la prothèse de genou, à l'Hôpital de [...]. Objectivement, la prothèse du genou était radiologiquement bien en place, sans signe de complication. La mobilité était toutefois limitée avec une flexion obtenue de 85°. La prothèse était stable. Il n'y avait pas d'épanchement ni de signe inflammatoire. Une amyotrophie était présente au niveau du membre inférieur droit, tant au niveau de la cuisse qu'au mollet. Toujours selon le Dr M.\_\_\_\_\_, les atteintes à la santé provoquées par l'accident du 21 janvier 2013 étaient désormais stabilisées. Il n'y avait plus lieu d'attendre une amélioration de la mobilité du genou, raison pour laquelle il convenait de limiter la physiothérapie à 3 x 9 séances annuelles ; le suivi médical par le Dr F.\_\_\_\_\_ restait également à la charge de la CNA, à raison de quatre contrôles annuels. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée, pas de station debout prolongée, pas de montée / descente répétée d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, pas de travaux accroupis ou à genoux, pas de port de charges répété de plus de quinze kilos. Dans une telle activité, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail. L'atteinte à l'intégrité était de 24.75%.

Par décision du 25 février 2015, la CNA a alloué à l'assurée une indemnité de 31'185 fr. pour une atteinte à l'intégrité de 24.75%. Elle a mis fin aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical avec effet dès le 31 mars 2015, sous réserve de trois séries de neuf séances de physiothérapie et de quatre consultations médicales par année à l'Hôpital de [...]. Elle a considéré que dès le 1<sup>er</sup> avril 2015,

l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle celle d'ouvrière d'usine exercée avant son chômage, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : sans marche en terrain irrégulier ou prolongée, sans station debout prolongée, sans montée / descente répétée d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, ni travaux accroupis ou à genoux et sans port de charges répété de plus de 15 kg.

Le 19 mars 2015, le Dr F. \_\_\_\_\_ a attesté la persistance d'une incapacité de travail totale, avec une reprise probable du travail dans un délai de deux mois. Il a prolongé cette attestation pour deux mois supplémentaires, le 21 mai 2015.

Entre-temps, l'assurée a fait opposition à la décision du 25 février 2015. Elle a toutefois retiré cette opposition le 30 avril 2015.

Par lettre du 4 août 2015, Me Alexandre Guyaz, conseil de l'assurée, a annoncé une rechute concernant le genou gauche (recte : droit), qui devait être opéré le 11 septembre 2015. Selon un téléphone et une lettre du 16 août 2015, l'assurée a annoncé à son tour une prochaine opération, prévue le 11 septembre 2015.

Le 11 septembre 2015, l'assurée s'est soumise à une arthrotomie para-patellaire externe et à une arthrolyse étendue du genou droit, avec synovectomie partielle (cf. protocole opératoire du 11 septembre 2015 du Dr F. \_\_\_\_\_).

Par communication du 9 novembre 2015, la CNA a accepté de prendre en charge les suites de la rechute et a alloué des indemnités journalières avec effet rétroactif au 2 juillet 2015. Elle versait une indemnité de 55 fr. 25 par jour.

Par décision du 10 juin 2016, la CNA a informé Me Guyaz du fait que le montant de l'indemnité journalière était trop élevé et a fixé à 27 fr. 70 le montant des indemnités journalières dès le 2 juillet 2015, en application de l'art. 23 al. 8 OLAA (Ordonnance du 20 décembre 1982 sur

l'assurance-accidents ; RS 832.202). Elle a demandé à l'assurée la restitution de 6'434 fr. 45 à titre de montant perçu à tort.

Le 24 juin 2016, l'assurée a formé opposition contre la décision précitée. Elle soutenait être restée en incapacité de travail totale pendant toute l'année 2015. A la suivre, l'art. 23 al. 8 OLAA avait été appliqué à tort par la CNA, son cas relevant de l'art. 23 al. 1 OLAA. Le montant de ses indemnités journalières devait être à tout le moins égal à celui versé jusqu'au début 2015, à savoir 67 fr. 15. Elle demandait à la CNA l'annulation de sa décision du 10 juin 2016 et la reprise du versement des indemnités journalières d'un montant de 67 fr. 15 à partir du 2 juillet 2015. En annexe à son opposition, l'assurée a joint quatre certificats médicaux du Dr F.\_\_\_\_\_, datés des 19 mars, 21 mai, 16 juillet et 17 septembre 2015, attestant une incapacité totale de travail ininterrompue pour toute la période allant du 19 mars 2015 à la fin octobre 2015.

Par décision du 14 octobre 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision querellée du 10 juin 2016. Selon ses constatations la décision du 25 février 2015 constatait, d'une part, que le traitement médical était terminé et, d'autre part, que l'assurée était apte à reprendre en plein, dès le 1<sup>er</sup> avril 2015, une activité professionnelle dans un travail du type de celui exercé avant l'accident. Cette décision était entrée en force. Enfin, par sa communication du 16 août 2015, selon laquelle elle devait se faire opérer le 11 septembre 2015, l'intéressée avait précisément annoncé une rechute. Cela étant, la CNA était en droit de fixer le montant de l'indemnité journalière conformément à l'art. 23 al. 8 OLAA. L'assurée ne percevait aucun salaire immédiatement avant la rechute, de sorte que l'indemnité journalière avait été fixée sur le montant maximum du gain journalier assuré, avec pour effet de fixer l'indemnité litigieuse à 27 fr. 70. Partant, la décision d'allouer une indemnité journalière de 55 fr. 25 était manifestement erronée et la CNA se devait de requérir les montants versés à tort, s'élevant à 6'434 fr. 45.

Entre-temps, le 4 juillet 2016, la CNA a annoncé mettre fin à ses prestations ensuite de la rechute, avec effet au 31 juillet 2016. Il

résulte d'un décompte de prestations du 14 juillet 2016 que l'assurée disposait notamment d'une capacité résiduelle de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> avril 2016.

**B.** Par acte de son conseil déposé le 15 novembre 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, A. \_\_\_\_\_ a conclu avec dépens, principalement à la réforme de la décision sur opposition précitée en ce sens qu'une indemnité journalière de 67 fr. 15, subsidiairement 55 fr. 25, doit lui être versée à compter du 2 juillet 2015. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi du dossier de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants de l'arrêt à intervenir. Elle soutient que son cas s'inscrit dans la continuité de l'atteinte à la santé et de l'incapacité de travail initiales, sans constituer une rechute. Elle allègue avoir toujours été incapable de travailler selon les médecins traitants. Elle se prévaut d'autre part, d'un très bref intervalle de temps jusqu'à son opération justifiant la reprise du versement des indemnités journalières. Elle ajoute que même s'il doit être conclu à un cas de rechute, il conviendrait de se référer au gain assuré initial. Elle cite en particulier l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 relatif à un cas de rechute survenue trois ans après la cessation du versement de ses prestations par l'assureur-accidents. Elle observe la nécessité d'investiguer la problématique de la guérison dans cet intervalle, et partant l'application de l'art. 23 al. 8 OLAA. Il convient selon la recourante, de retenir le salaire assuré qu'elle obtiendrait sans la survenance de l'incapacité de travail attestée. Il n'existe à cet égard aucun motif laissant à penser que ses revenus seraient inférieurs à ceux réalisés lors de l'accident du 21 janvier 2013. Le montant de l'indemnité journalière fixé à 67 fr. 15 peut donc être repris. La recourante soutient par ailleurs que les conditions formelles pour la révision de la décision du 9 novembre 2015 de la CNA ne sont pas remplies en l'espèce. Elle plaide qu'eu égard à la question juridique soulevée (à savoir l'applicabilité de l'un ou l'autre des alinéas de l'art. 23 OLAA), tributaire de l'appréciation de sa capacité de travail pendant les mois précédents la rechute du 2 juillet 2015, la décision précitée ne peut pas être qualifiée de manifestement erronée au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur

la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). Il est en outre douteux que sa rectification revête une importance notable compte tenu de la valeur litigieuse en jeu.

Au terme de sa réponse du 16 décembre 2016, la CNA a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition querellée. Elle maintient que l'événement annoncé le 16 août 2015 constitue un cas de rechute. Elle rappelle qu'elle avait formellement entériné la stabilisation de l'état de santé de l'assurée, par décision du 25 février 2015. La recourante n'apporterait aucune pièce médicale susceptible de douter de cette décision entrée en force, les certificats du Dr F. \_\_\_\_\_ n'étant pas aptes à remettre en cause les conclusions du rapport d'examen du Dr M. \_\_\_\_\_ ni la décision du 25 février 2015 consécutive. S'agissant enfin des conditions formelles pour la reconsidération de la décision du 9 novembre 2015, la CNA expose qu'au moment de l'annonce de sa rechute, l'assurée ne percevait aucun salaire, ce qui justifiait l'application de l'art. 23 al. 8 OLAA. Partant, la décision précitée lui allouant une indemnité journalière de 55 fr. 25 était manifestement erronée. En outre, le montant de 6'434 fr. 45 versé à tort revêt une importance notable.

Par réplique du 19 janvier 2017, la recourante persiste dans les conclusions prises à l'appui de son mémoire de recours du 15 novembre 2016. Elle plaide d'une part que l'opération du 11 septembre 2015 démontre *a posteriori* que son état de santé n'était pas stabilisé malgré la décision du 25 février 2015 de la CNA. Elle maintient d'autre part, que les conditions formelles pour la reconsidération de la décision du 9 novembre 2015 ne sont pas réunies en l'occurrence.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations

expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte en l'espèce sur le montant des indemnités journalières pour la période du 2 juillet 2015 au 31 juillet 2016. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si ces indemnités doivent être de 27 fr. 70 comme le soutient l'intimée, ou de 67 fr. 15, comme le soutient la recourante, pour une incapacité de travail de 100%, et si l'intimée est en droit d'exiger la restitution d'un montant de 6'434 fr. 45. Le 4 juillet 2016, la CNA a communiqué à la recourante qu'elle mettrait un terme aux indemnités avec effet dès le 1<sup>er</sup> août 2016. Par ailleurs, il ressort d'un décompte du 14 juillet 2016 que la capacité résiduelle de travail de la recourante était de 50% dès le 1<sup>er</sup> avril 2016. On peut en déduire que la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., ce qui fonde la compétence d'un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**3.** Le montant des indemnités journalières pour la période litigieuse a été fixé à 55 fr. 25 par jour, le 9 novembre 2015. Aucune des

parties ne conteste que cette décision est entrée en force, de sorte que l'intimée ne peut la revoir que dans la mesure où les conditions d'une révision ou d'une reconsidération seraient remplies.

**4.** Conformément à un principe général du droit des assurances sociales, l'administration (ou l'assureur) peut reconsidérer une décision formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA ; ATF 133 V 50 consid. 4.1, 119 V 475 consid. 1b/cc et 116 V 62 consid. 3a). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées).

Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c et 115 V 308 consid. 4a/cc). 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. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C\_709/2012 du 27 novembre 2012 consid. 2.1 et 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; SVR 2009 UV no 6 p. 21, TF U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.3.1 et I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

**5. a)** Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir:

- a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien;
- b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste;
- c. au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital;
- d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin;
- e. aux moyens et appareils servant à la guérison.

Selon l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement

médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (TF 8C\_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2).

Le texte de la disposition légale ne décrit pas ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ». Pour qu'une amélioration sensible soit possible, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF 134 V 109 consid. 4.1). Il ne suffit pas que le traitement médical laisse présager une amélioration sensible de peu d'importance (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

**b)** Une fois que le traitement médical a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA ; [Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les

prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées; TF 8C\_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.2 et 8C\_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). Il y a également rechute ou séquelle tardive si, auparavant, le traitement médical avait permis d'obtenir une relative stabilisation de l'état de santé, au point qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de ce traitement une amélioration sensible de cet état de santé (TF 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 6.1).

**6. a)** L'art. 23 al. 8 OLAA prévoit que le salaire déterminant en cas de rechute est celui que l'assuré a reçu juste avant celle-ci ; il ne saurait toutefois être inférieur à 10 % du montant maximum du gain journalier assuré, sauf pour les bénéficiaires de rentes de l'assurance sociale.

**b)** *In casu*, l'intimée a constaté la stabilisation de l'état de santé de l'assurée et a mis fin aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 31 mars 2015, sous réserve d'une physiothérapie et d'examens de contrôle, par décision du 25 février 2015. Elle a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), mais refusé d'allouer une rente au motif que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, son activité professionnelle antérieure à son chômage étant par ailleurs une activité adaptée. Cette décision est entrée en force et c'est donc en vain que la recourante soutient que son état de santé n'aurait pas été stabilisé à l'époque. La persistance d'une capacité de travail dans l'ancienne activité professionnelle a également été constatée dans cette décision, quand bien

même le médecin traitant (Dr F.\_\_\_\_\_) a maintenu des certificats d'incapacité de travail totale postérieurement à cette décision.

Dès lors que l'état de santé était stabilisé et que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans sa profession habituelle, c'est à juste titre que l'intimé soutient que l'art. 23 al. 8 OLAA, relatif au calcul des indemnités journalières en cas de rechute (cf. consid. 6a *supra*), est applicable pour l'incapacité de travail admise dès le 2 juillet 2015. L'argumentation de la recourante est donc mal fondée. Aucun des arrêts auxquels elle se réfère ne prescrit de faire abstraction de l'art. 23 al. 8 OLAA, ni d'appliquer l'art. 23 al. 1 OLAA en cas de nouvelles indemnités journalières après une rechute, lorsque la stabilisation de l'état de santé et la fin du droit aux indemnités journalières et au traitement médical après l'événement accidentel ont précédemment fait l'objet d'une décision entrée en force. L'arrêt 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 précise d'ailleurs expressément, au contraire de ce que soutient la recourante, que l'argumentation similaire présentée à l'époque devant le Tribunal fédéral ne permettrait pas d'écarter l'application de l'art. 23 al. 8 OLAA (consid. 7). Pour ce motif, la conclusion principale de la recourante doit être rejetée.

**c)** En revanche, la conclusion subsidiaire de la recourante doit être admise. En effet, quand bien même la position de l'intimée relative à l'application de l'art. 23 al. 8 OLAA en cas de rechute est en soi correcte, la situation ne revêt pas un caractère aussi clair que l'intimée le laisse entendre. En effet, la recourante était au chômage avant son accident et n'a pas retrouvé d'emploi après la stabilisation de son état de santé, en dépit de la capacité de travail que l'intimée lui reconnaissait. Le Dr F.\_\_\_\_\_ continuait par ailleurs à attester une incapacité de travail totale. Enfin, la période comprise entre la fin des indemnités journalières allouées après l'accident et la rechute a été particulièrement brève. Dans ces conditions, si l'intimée aurait certes dû faire application de l'art. 23 al. 8 OLAA, pour les motifs exposés au consid. 6b ci-avant, il n'était pas manifestement erroné de privilégier un calcul fondé sur l'art. 23 al. 1 OLAA et d'allouer des indemnités journalières de 55 fr. 25 au moins. Le point de

savoir pour quels motifs ces indemnités journalières n'ont pas été fixées à 67 fr. 15 à l'époque peut demeurer indécis.

**d)** Au final, il convient de constater que l'intimée n'est pas en droit d'exiger la restitution d'un montant de 6'434 fr. 45 et que le montant de l'indemnité journalière fixée à 55 fr. 25 par décision du 9 novembre 2015 de l'intimée est maintenu.

**7. a)** Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition litigieuse annulée en ce sens que la décision du 9 novembre 2015 est maintenue, étant admis que l'intimée établira un nouveau décompte d'indemnités journalières en tenant compte des considérants qui précèdent.

**b)** La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

**c)** La recourante, qui obtient gain de cause, avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre à des dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de l'affaire.

**Par ces motifs,  
le juge unique  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision sur opposition de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents du 14 octobre 2016 est annulée.

**III.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents établira un nouveau décompte d'indemnités journalières en tenant compte des considérants du présent arrêt.

**IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

**V.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A. \_\_\_\_\_ le montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Alexandre Guyaz (pour A. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :