



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2444/2019

ATAS/879/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 septembre 2019

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Constance ESQUIVEL

recourant

contre

LA MOBILIÈRE SUISSE, SOCIÉTÉ D'ASSURANCES, sise
Bundesgasse 35, BERNE

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ était employé de la société B_____ SA jusqu'au 31 décembre 2019. A ce titre, il était au bénéfice d'une assurance-accidents obligatoire auprès de La Mobilière Suisse Société d'Assurances SA (ci-après : l'assureur ou intimée).
2. Par courriel du 8 novembre 2017, l'assuré a annoncé à l'assureur un accident survenu le 7 février 2017 qui lui a occasionné un kyste à la main gauche.
3. Par courrier du 26 novembre 2018, l'assureur a refusé de prendre en charge les suites de l'accident déclaré, au motif qu'il n'y avait aucun lien de causalité entre celui-ci et la lésion en cause. Selon son médecin-conseil, il s'agissait d'une lésion d'origine dégénérative.
4. Dans son certificat médical du 6 décembre 2018, le docteur C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique du membre supérieur au Centre lémanique de la main à Annemasse (France), a attesté avoir été consulté le 4 avril 2017 par l'assuré concernant une douleur de la première commissure de la main gauche, dans les suites d'un traumatisme direct au badminton. Cette pathologie avait fini par évoluer en kyste synovial qui avait nécessité une intervention chirurgicale par la suite.
5. Par courriel du 6 décembre 2018, l'assuré a fait parvenir à l'assureur le certificat médical du Dr C_____ précité.
6. Par courriel du 16 janvier 2019, l'assuré a demandé à l'assureur s'il maintenait sa position.
7. Par courriel du 3 février 2019, l'assuré a expliqué à l'assureur que le Dr C_____ confirmait qu'il avait été consulté en raison de son accident de sport, et a regretté que l'assureur remettait en cause sa parole ainsi que celle du médecin. Si cela ne devait pas suffire, il continuerait à étoffer son dossier avec le témoignage de ses trois collaborateurs sportifs présents le jour de l'accident. Cela étant, il a invité l'assureur à statuer dans les meilleurs délais.
8. Par décision du 5 février 2019, l'assureur a confirmé le refus de prester en relevant que l'assuré n'avait consulté le Dr C_____ que deux mois après le choc direct sur son poignet gauche survenu le 7 février 2017. Cela étant, l'assureur a considéré que le lien de causalité n'était pas prouvé et qu'il s'agissait, conformément à l'avis de son médecin-conseil, d'une lésion d'origine dégénérative.
9. Par courrier recommandé du 5 mars 2019, l'assuré a formé opposition à cette décision, en indiquant qu'il attendait toujours le remboursement intégral de ses frais de CHF 1'759.82. Par ailleurs, il recontacterait l'assureur en temps voulu par le biais de sa défense.
10. Par courrier du 25 mars 2019, l'assureur a invité l'assuré à motiver son opposition dans un délai échéant au 1^{er} avril 2019.

11. Par courrier reçu par l'assureur le 2 avril 2019, l'assuré a maintenu son opposition et l'a informé que son avocat prendrait prochainement contact avec lui.
12. Par courrier du 18 avril 2019, l'assureur a octroyé à l'assuré un délai supplémentaire au 5 mai 2019 au plus tard pour fournir une motivation, tout en l'informant qu'à défaut, il ne pourrait "plus entrer en matière dans cette affaire".
13. Par courrier du 5 mai 2019, envoyé par courriel et sous pli recommandé, l'assuré a invité l'assureur à patienter, tout en précisant que sa réponse ne devrait plus tarder et que l'assureur était libre de clôturer le dossier en lui versant la somme de CHF 1'900.-.
14. Par courrier du 21 mai 2019, l'assureur a informé l'assuré qu'à défaut d'avoir motivé son opposition dans le délai fixé au 5 mai 2019, il considérait que sa décision du 5 février 2019 était entrée en force.
15. Par acte du 24 juin 2019, l'assuré a recouru contre la décision de l'assureur du 21 mai 2019 en concluant à son annulation et à la condamnation de l'intimée au paiement de la somme de CHF 2'000.- sous suite de dépens. Il a fait valoir avoir été persuadé avoir entrepris toutes les démarches nécessaires pour sauvegarder ses droits auprès de l'assureur, étant précisé qu'il ne disposait pas de connaissances juridiques particulières. En particulier, il pensait que l'envoi d'un second certificat médical en date du 6 décembre 2018 serait pris en compte par l'assureur dans le cadre du traitement du dossier. Même si une motivation formelle n'était pas parvenue à l'intimée, il n'avait eu de cesse de motiver, d'argumenter et de documenter les raisons de son opposition à la non-prise en charge des frais d'intervention médicaux. L'intimée aurait pu aisément comprendre les raisons qui motivaient son opposition et était en possession des certificats médicaux pour ce faire. Dans la mesure où il avait formé opposition dans les délais légaux et que l'intimée ne s'était jamais prononcée sur le certificat médical du Dr C_____, il paraissait abusif de lui reprocher la non-motivation de son opposition. Partant, celle-ci devait être validée. Enfin, le recourant a motivé son opposition sur le fond.
16. Par courrier du 9 juillet 2019, l'intimée a informé la chambre de céans avoir rendu une décision formelle le 5 février 2019. A défaut de motivation de l'opposition dans les délais impartis, l'assuré avait été informé de la clôture du dossier par courrier du 21 mai 2019.
17. Par écriture postée le 5 août 2019, le recourant a contesté n'avoir pas fourni de motivation à son opposition. En effet, il l'avait motivée par l'envoi de certificats médicaux expliquant clairement que les traitements qu'il avait subis étaient la conséquence directe d'un accident. Il était ainsi abusif et de mauvaise foi de rejeter l'opposition, alors même que l'intimée connaissait les motifs de son opposition.
18. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la recevabilité de l'opposition formée par le recourant à la décision du 5 février 2019.
4. Les décisions des assureurs sociaux peuvent être attaquées dans les 30 jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA). Selon l'art. 10 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée (al. 1). Elle doit être formée par écrit, s'agissant d'une décision qui a pour objet une prestation (al. 2 let. a). Si l'opposition ne satisfait pas aux exigences de l'art. 10 al. 1 OPGA ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (al. 5).

L'opposition est ainsi un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi. Il appartient à l'assuré de déterminer l'objet et les limites de sa contestation, l'assureur devant alors examiner l'opposition dans la mesure où sa décision est contestée (ATF 123 V 130 consid. 3a; 119 V 350 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 18 mars 2001 in SJ 2001 II 212).

5. En l'occurrence, le recourant a certes formé opposition dans le délai légal à la décision du 5 février 2019. Toutefois, il ne l'a pas motivée, se contentant d'informer l'intimée qu'il la contacterait en temps voulu par le biais de son avocat.

Le recourant admet qu'il n'a pas envoyé à l'intimée une motivation formelle, mais fait valoir qu'il n'a cessé de motiver son opposition à la non-prise en charge des frais médicaux et que l'intimée aurait pu aisément comprendre les raisons qui motivaient son opposition, étant en possession des certificats médicaux. Par ailleurs, l'intimée ne s'était jamais prononcée sur le certificat médical du Dr C_____ du 6 décembre 2018. De ce fait, le recourant estime abusif de lui reprocher la non-motivation de son opposition.

En premier lieu, le certificat médical du Dr C_____ du 6 décembre 2018 ne peut être considéré comme une motivation implicite de l'opposition du recourant. En effet, le recourant a envoyé ce certificat avant la notification de la décision formelle

du 5 février 2019. Après avoir formé opposition à cette décision, il n'a jamais fait savoir à l'intimée pour quelle raison il estimait que le lien de causalité entre l'accident et le kyste synovial était établi. Au demeurant, le Dr C_____ ne se prononce pas non plus précisément sur cette question. Enfin, contrairement à ce que le recourant semble avoir compris, l'intimée ne conteste pas la survenance de l'accident.

Au demeurant, le recourant a bien compris la nécessité d'une motivation de l'opposition. En effet, à plusieurs reprises, il a informé l'intimée que sa motivation suivrait.

Partant, il ne peut être considéré que le recourant ait motivé son opposition conformément à la loi.

Il convient par ailleurs de constater que l'intimée a averti le recourant dans son courrier du 18 avril 2019 qu'à défaut d'une motivation de l'opposition dans un délai échéant au 5 mai 2019, elle n'entrerait pas en matière sur son opposition. Ce délai doit être considéré comme convenable, en particulier du fait que l'assureur avait déjà accordé à l'assuré un délai supplémentaire pour la motivation. L'intimée a ainsi satisfait aux exigences de l'art. 10 al. 5 OPGA.

Cela étant, à défaut d'une motivation, l'opposition n'est pas recevable et l'intimée était en droit de ne pas entrer en matière sur celle-ci.

6. Par conséquent, le recours sera rejeté.
7. La procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le