

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juillet 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mme Thalmann et M. Merz
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

V. _____, à Bogis-Bossey, recourant,

et

E. _____ SA, à Lausanne, intimée.

Art. 49, 52, 56 LPGA; 82 LPA-VD

E n f a i t :

A. V._____ est administrateur de la société H._____ SA. A ce titre, il est assuré contre les accidents, au sens de la LAA, auprès de E._____ SA (auparavant: I._____ - ci-après: E._____).

V._____ a subi le 19 avril 2010 un accident. A Hong Kong, en sortant d'un bateau, il a chuté et s'est réceptionné sur son épaule droite. De retour en Suisse, il a consulté des médecins et a été opéré le 22 juillet 2010. E._____ a pris en charge ces traitements.

B. Le 23 juin 2011, E._____ a envoyé à V._____ un préavis (intitulé: "droit d'être entendu") où il était indiqué que les prestations d'assurance pour les lésions de l'épaule pourraient être accordées jusqu'au 31 juillet 2011 parce qu'au-delà de cette date, les éventuels soins prodigués seraient à rattacher à un état antérieur ne relevant pas de son devoir d'indemnisation. L'assureur se référait à un rapport d'un expert qu'il avait mandaté, le Dr P._____. Il était annoncé qu'une décision formelle serait prise ultérieurement.

Le 8 juillet 2011, V._____, en tant qu'administrateur de H._____ SA, a écrit en ces termes à E._____ pour manifester son désaccord:

"Monsieur V._____, assuré par le biais du contrat qui nous lie, nous a transmis votre lettre datée du 23 juin 2011 dans laquelle vous exprimez votre désir de rejeter toute obligation d'assurance en regard de continuation de contrôle ou de traitement ou d'éventuelles séquelles quant au déchirement du ligament sub-scapulaire à l'épaule droite de l'assuré survenu le 19 avril 2010 à cause d'une chute violente et glissement rapide de l'assuré. Votre décision étant basée sur le rapport de P._____, médecin, mandaté par vos soins, dont ni l'assuré ni nous-mêmes n'avons pris encore connaissance. Des expertises complémentaires sont prévues, et dans l'immédiat nous nous opposons à cette mesure proposée. Nous ne manquerons pas de vous contacter dans le cours de cette année et plus probablement dans les trois mois."

Le 29 juillet 2011, E._____ a rendu une décision formelle dont le contenu correspond à celui du préavis du 23 juin précédent (octroi des prestations d'assurances jusqu'au 31 juillet 2011, pour les lésions à

l'épaule droite). Il était précisé que la décision entrerait en force si, dans les 30 jours dès sa notification, aucune opposition motivée n'était déposée.

C. Le 10 février 2012, V._____ a écrit à E._____ en exposant que, suite à la lettre du 8 juillet 2011, il était toujours en attente du rapport de l'expert Dr P._____. Il ajoutait en conclusion: "Nous ne pouvons [...] nous prononcer quant à votre décision, et notre droit d'être entendu n'a pu encore être exercé. Nous vous prions instamment de nous faire parvenir la copie de ce rapport avec les documents de preuves (radiographies, ...)".

Le 6 juin 2012, E._____ a envoyé à V._____ une copie du rapport d'expertise du 15 mars 2011 du Dr P._____. Elle a ajouté: "Pour le surplus, nous attirons votre attention sur le fait que notre décision du 29 juillet 2011 est entrée en force de chose jugée, faute d'opposition dans le délai légal".

D. Le 15 juin 2012, V._____ a écrit à E._____ dans les termes suivants:

"Dans notre lettre du 8 juillet 2011, nous vous avons demandé [...] de prendre connaissance du rapport de votre expert ayant déterminé votre décision d'interrompre toute indemnité et nous avons également indiqué notre opposition à votre décision unilatérale. Nous formulons à nouveau formellement par la présente cette opposition, à noter que votre notification du 23 juin 2011 est irrégulière dans la mesure où l'accidenté et/ou son employeur n'ont pas reçu ni pu recevoir la pièce majeure justifiée dans votre décision, soit le rapport de votre expert P._____ remis le 14 juin 2012 [...]. Sur le fond, nous nous opposons à la décision unilatérale d'interruption de la prise en charge des frais de traitement [...]."

E. Le 9 juillet 2012, V._____ - en son nom propre et en tant qu'administrateur de sa société - a écrit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en se référant à la "décision de l'assureur I._____ Assurances du 6 juin 2012" et en demandant au tribunal de "statuer ou prendre position quant à une décision de la compagnie I._____ Assurances, négative [...]". V._____ a ajouté ceci: "Ayant déjà porté notre opposition le 8 juillet 2011 et ayant pu exercer en toute

connaissance de cause notre droit d'être entendu le 15 juin 2012, mais comprenant que la compagnie d'assurance LAA prétend que sa décision unilatérale est déjà entrée en force, nous vous adressons notre recours par la présente".

Il n'a pas été demandé de réponse à E. _____.

E n d r o i t :

1. 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 selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'occurrence, l'écriture adressée le 9 juillet 2012 au Tribunal cantonal est présentée comme un recours contre une décision de l'assureur intimé du 6 juin 2012. Or cet assureur n'a pas rendu le 6 juin 2012 une décision sujette à recours: il a simplement fait une communication écrite à l'assuré, qui n'a à l'évidence pas la portée d'une décision administrative portant sur des prestations, au sens de l'art. 49 LPGA. A fortiori cette communication n'est-elle pas une décision sur opposition au sens de l'art. 56 al. 1 LPGA; or, en vertu de cette disposition, ce sont les décisions prises sur opposition par l'assureur - quand il s'agit de statuer sur le droit à des prestations - qui sont sujettes à recours au Tribunal cantonal. Le recours est donc irrecevable en tant qu'il est dirigé contre l'acte du 6 juin 2012.

Cela étant, on déduit de l'écriture du 9 juillet 2012, à laquelle le recourant a, entre autres documents, joint une copie de la décision du 29 juillet 2011, qu'il reproche à l'assureur intimé d'avoir mis fin de

manière prématurée aux prestations liées à l'accident du 19 avril 2010. Il est constant que la décision formelle (au sens de l'art. 49 LPGA) du 29 juillet 2011 n'a pas fait l'objet d'une opposition dans le délai légal de trente jours, prévu à l'art. 52 LPGA. Le recourant avait certes contesté un préavis antérieur à cette décision formelle mais, ensuite, dans les trente jours, il n'a pas renouvelé ses critiques dans un acte d'opposition. Aussi l'assureur intimé n'a-t-il pas été appelé à rendre une décision sur opposition, qui aurait pu faire l'objet d'un recours au Tribunal cantonal.

On pourrait néanmoins éventuellement déduire des écritures du recourant, notamment de sa lettre du 15 juin 2012 à l'assureur, qu'il dispose désormais des éléments nécessaires pour faire opposition à la décision mettant fin aux prestations, et qu'il demande donc implicitement une restitution du délai d'opposition. Le recourant n'a pas indiqué si l'assureur avait donné suite à sa lettre du 15 juin 2012. Quoi qu'il en soit, il n'appartient pas à la Cour de céans d'examiner plus en détail cette question, à ce stade. En effet, si l'assureur refuse d'entrer en matière sur l'opposition parce qu'elle est tardive, ou refuse de restituer le délai d'opposition, il pourra le cas échéant rendre sur ce point une décision formelle sujette à recours au Tribunal cantonal. Il serait prématuré, en l'état, de se prononcer sur le sort d'un tel recours.

2. En définitive, comme le recours n'est pas dirigé contre une décision sur opposition au sens de l'art. 56 LPGA, ou, en d'autres termes, contre une décision sujette à recours, il doit être déclaré irrecevable, selon la procédure simplifiée de l'art. 82 LPA-VD (loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative, RSV 173.36).

Le présent arrêt doit être rendu sans frais. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens.

Par ces motifs,

**la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est irrecevable.
- II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. V. _____,
- E. _____ SA,
- 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 :