

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mars 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Neu et Mme Pasche
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Isabelle Jaques, avocate à Lausanne,

et

B._____ **ASSURANCE**, à [...], intimée, représentée par Me Philippe A. Grumbach, avocat à Genève.

Art. 52 LPG

E n f a i t :

A. **a)** V. _____ (ci-après : l'assurée), ressortissante française née en 1982, travaillait depuis le 1^{er} novembre 2010 en tant qu'employée de maison pour le compte de E. _____, à [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la [...] (ci-après : la B. _____ assurance).

b) Le 26 avril 2011, à 13h40, l'assurée a ressenti un claquage à l'épaule droite avec une perte de sensation dans la main droite, alors qu'elle déplaçait de la vaisselle et des ustensiles de cuisine chez son employeur. Le jour même, elle a consulté le Service des urgences du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier L. _____), où il a été conclu à des cervico-brachialgies droites.

En sortant du Centre hospitalier L. _____ dans la nuit du 26 avril 2011, à 22h40, l'intéressée a été victime d'un accident de la voie publique alors qu'elle s'installait à bord d'une voiture en stationnement, cette voiture s'étant simultanément fait percuter par l'arrière par un autre véhicule, lui-même tamponné par une troisième voiture. L'assurée s'est alors rendue derechef aux urgences du Centre hospitalier L. _____, où il a été constaté qu'elle présentait des contusions multiples aux niveaux thoracique et lombaire.

Ces deux événements ont été annoncés à la B. _____ assurance.

c) Le 30 janvier 2012, la B. _____ assurance a adressé à l'assurée une lettre comportant en en-tête la référence des deux sinistres du 26 avril 2011, à savoir «**Sinistre [...] - accident du 26.04.2011 à 13h40**» et «**Sinistre [...] - accident du 26.04.2011 à 22h40**» [sic], et précisant que, pour des raisons administratives, les deux affaires seraient traitées par courrier séparé. Se référant plus particulièrement au sinistre du 26 avril 2011 à 13h40 en relation avec l'atteinte à l'épaule droite,

l'assureur a fait savoir à l'intéressée qu'il refusait de prendre en charge cet événement.

Toujours le 30 janvier 2012, la B. _____ assurance a adressé à l'assurée une seconde correspondance portant également en en-tête la références des deux sinistres du 26 avril 2011, soit «**Sinistre [...] - accident du 26.04.2011 à 13h40**» et «**Sinistre [...] - accident du 26.04.2011 à 22h40**» [sic], et précisant que, pour des raisons administratives, ces deux affaires allaient être traitées par courrier séparé. Se rapportant plus spécifiquement au sinistre du 26 avril 2011 à 22h40 en lien avec le diagnostic de contusion au niveau thoracique et de la colonne lombaire, l'assureur a informé l'intéressée que son intervention se limiterait aux frais médicaux engendrés par ces contusions.

La B. _____ assurance ayant par ailleurs communiqué sa position au Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique ayant été consulté par l'assurée suite aux événements du 26 avril 2011, ce dernier a écrit à l'assureur le 1^{er} février 2012, en mentionnant le numéro de référence des deux sinistres précités. Il a observé en substance que l'intéressée présentait une déchirure de la coiffe des rotateurs d'origine traumatique, consécutive à l'un de ses deux accidents, et a par ailleurs sollicité l'envoi de documentation médicale concernant des déchirures dégénératives de la coiffe chez de jeunes patients.

Par écrit du 8 février 2012 mentionnant sous objet «*Opposition et demande de réévaluation de dossier*», l'assurée, se référant à l'envoi du 30 janvier précédent, a fait valoir qu'elle contestait «*vivement cette décision*» et qu'elle sollicitait une nouvelle analyse de son dossier. Elle a pour le surplus produit diverses pièces médicales.

En date du 10 février 2012, la B. _____ assurance a adressé à l'assurée une décision indiquant en en-tête la référence des deux sinistres du 26 avril 2011, à savoir «**Sinistre [...] - accident du 26.04.2011 à 13h40**» et «**Sinistre [...] - accident du 26.04.2011 à 22h40**» [sic]. Aux termes de cette décision, la B. _____ assurance a pris note de ce que

l'intéressée sollicitait la réévaluation de son dossier. Elle a rappelé que les deux événements précités faisaient l'objet de procédures séparées, et a précisé que la présente décision ne visait que l'événement survenu le 26 avril 2011 à 13h40, étant relevé que pour celui intervenu à 22h40, le dossier ainsi que les pièces médicales produites par l'assurée avaient été transmis au médecin-conseil de l'assurance afin de déterminer l'étendue des prestations. Cela étant, s'agissant de l'événement du 26 avril 2011 à 13h40, la B. _____ assurance a maintenu son refus de prise en charge.

A teneur d'une communication du 2 mars 2012 indiquant les numéros de référence des deux sinistres précités («**Sinistre [...] - accident du 26.04.2011 à 13h40**» et «**Sinistre [...] - accident du 26.04.2011 à 22h40**» [sic]), la B. _____ assurance, se référant uniquement à l'accident de la voie publique du 26 avril 2011 à 22h40, a informé l'assurée qu'elle admettait que cet événement avait pu provoquer une contusion de l'épaule droite induisant une incapacité de travail jusqu'au 10 juillet 2011, qu'au-delà de cette date toutes les affections liées aux événements accidentels du 26 avril 2011 étaient à considérer comme guéries, et qu'il revenait à l'assureur-maladie de l'intéressée d'intervenir pour les frais de guérison dès le 11 juillet 2011.

Dans un courrier du 5 mars 2012 se référant aux deux événements accidentels du 26 avril 2011, le Dr N. _____ a accusé réception du courrier de la B. _____ assurance du 2 mars 2012 concernant l'assurée, et a ajouté demeurer dans l'attente de la documentation médicale sollicitée en date du 1^{er} février 2012.

Par écriture du 8 mars 2012 indiquant sous objet «*Opposition et demande de réévaluation de dossier*», l'assurée, se référant au courrier de la B. _____ assurance du 2 mars 2012, a exposé qu'elle contestait «*vivement cette décision*» et requérait une réévaluation de son dossier. Elle s'est prévaluée des différents écrits du Dr N. _____ à l'attention de l'assureur, dont elle a inféré que les déchirures des rotateurs ne pouvaient pas être dégénératives à 30 ans.

Par décision du 23 mars 2012 portant toujours la référence des deux numéros de sinistre («**Sinistre [...] - accident du 26.04.2011 à 13h40**» et «**Sinistre [...] - accident du 26.04.2011 à 22h40**» [sic]), la B._____ assurance, se référant plus particulièrement à l'accident de la voie publique du 26 avril 2011 à 22h40, a exposé qu'elle avait pris connaissance du courrier de l'assurée du 8 mars 2012 ainsi que des différents écrits du Dr N._____, mais qu'elle ne pouvait retenir d'éléments nouveaux susceptibles de modifier son appréciation. Elle a dès lors maintenu la position exprimée dans sa correspondance du 2 mars 2012.

Par acte du 3 avril 2012 se référant au sinistre du 26 avril 2011 à 22h40, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision du 23 mars 2012.

Par courrier du 3 avril 2012 mettant en exergue le numéro des deux sinistres du 26 avril 2011, le Dr N._____ a invité l'assureur à revenir sur sa décision et à prendre en charge le cas de l'intéressée.

Par communication du 12 avril 2012 portant la référence du sinistre [...], la B._____ assurance a accusé réception du courrier de l'assurée du 3 avril 2012 faisant opposition à la décision du 23 mars 2012.

Dans un courrier du 1^{er} mai 2012, Me Isabelle Jaques a porté à la connaissance de la B._____ assurance avoir été constituée mandataire de l'assurée à la suite de l'opposition à la décision du 23 mars 2012. Aux termes d'une correspondance du 8 mai 2012 se référant au «**Sinistre n° [...] et [...] V._____**» [sic], la B._____ assurance a pris note de ce mandat. Par la même occasion, l'assureur a également souligné que l'assurée ne s'était pas opposée formellement à la décision du 10 février 2012 concernant le premier sinistre ([...]) et que par conséquent, suite à l'opposition du 3 avril 2012, seules les conséquences de l'accident de la circulation étaient à prendre en considération. La B._____ assurance a en outre imparti à l'intéressée un délai supplémentaire pour compléter son opposition.

Par acte du 31 mai 2012 rédigé par son conseil, l'assurée a complété ses observations, alléguant notamment qu'elle avait fait opposition non seulement à la décision du 23 mars 2012 concernant l'accident du 26 avril 2011 à 22h40, mais également à la décision du 10 février 2012 relative à l'accident ayant eu lieu le même jour à 13h40. A ce propos, elle a considéré que, par son courrier du 8 mars 2012, elle avait valablement contesté les décisions qui avaient été rendues par l'assureur les 10 février 2012 et 2 mars 2012. Dans la mesure où la B._____ assurance n'avait par la suite rendu une nouvelle décision qu'à l'égard de l'accident survenu le 26 avril 2011 à 22h40, alors même que le courrier du 8 mars 2012 sollicitait la réévaluation du dossier, cet assureur avait adopté une attitude contraire à la bonne foi, cela d'autant qu'il s'était systématiquement référé aux deux sinistres sous la rubrique «*Concerne*» de ses courriers, ce qui pouvait prêter à confusion. Cela étant, l'assurée a fait valoir que la décision du 10 février 2012 n'était pas définitive et exécutoire et qu'il y avait lieu de prendre en considération les suites des deux sinistres survenus le 26 avril 2011. Pour le surplus, elle a estimé que l'instruction devait être complétée s'agissant de l'événement survenu le 26 avril 2011 à 13h40, respectivement que des prestations d'assurance devaient être allouées pour l'événement intervenu le même jour à 22h40.

d) Par décision sur opposition du 16 juillet 2012, la B._____ assurance a déclaré irrecevable l'opposition de l'assurée à l'encontre de la décision du 10 février 2012 et a rejeté celle formée contre la décision du 23 mars 2012. L'assureur a notamment retenu ce qui suit :

"a) Recevabilité de l'opposition contre la décision du 10 février 2012, concernant l'événement du 26 avril 2011 à 13h40 (sinistre n° [...])

[...]

4. En l'occurrence, la décision de la B._____ assurance du 10 février 2012 a été notifiée à Mme V._____ le lendemain, soit le 11 février 2012. Le délai de 30 jours a ainsi couru du 12 février 2012 au lundi 12 mars 2012.

5. Aucune opposition formelle contre la décision du 10 février 2012 n'est parvenue à la B. _____ assurance avant l'expiration du délai le 12 mars 2012.

6. Or, l'assurée allègue que par courrier du 8 mars 2012, soit dans le délai d'opposition de trente jours, elle aurait valablement contesté « *les décisions ayant été rendues le 10 février 2012 et le 2 mars 2012* ».

7. Cet allégué ne trouve cependant aucun appui dans les faits.

8. En premier lieu, le courrier du 8 mars 2012 ne se réfère uniquement qu'à la décision du 2 mars 2012 et ne mentionne nullement la décision du 10 février 2012. Or, le projet de décision du 2 mars 2012 [...] précisait explicitement qu'il concernait exclusivement l'« *accident de la voie publique du 26.04.2011 qui a eu lieu à 22h40* ». Le projet de décision soulignait encore que les deux événements du 26 avril 2011 étaient traités séparément.

9. Par courrier du 8 mars 2012, l'assurée a ainsi fait valoir son droit d'être entendu par rapport au projet de décision de la B. _____ assurance du 2 mars 2012, qui ne concernait que l'accident qui a eu lieu à 22h40.

10. En second lieu, même si l'on devait admettre que par courrier du 8 mars 2012 l'assurée entendait également contester la décision du 10 février 2012 - ce qui n'est pas le cas - cette « *opposition* » devrait être déclarée irrecevable à la forme, car ne contenant aucune motivation appuyant la contestation de la décision du 10 février 2012. La motivation très sommaire du courrier du 8 mars 2012 ne porte en effet que sur l'accident qui a eu lieu à 22h40.

11. Dans ces circonstances, le principe de la bonne foi garanti à l'art. 5 Cst. et invoqué par l'assurée n'impose nullement à la B. _____ assurance de considérer la lettre du 8 mars 2012 comme une opposition à sa décision du 10 février 2012.

12. Dans son courrier du 8 mai 2012, par lequel elle a spontanément imparti un délai à l'assurée pour compléter son opposition, la B. _____ assurance a, en outre, clairement indiqué que le complément d'opposition ne pouvait concerner que l'opposition formée à l'encontre de la décision du 23 mars 2012, aucune opposition n'ayant été formée à l'encontre de la décision du 10 février 2012.

13. Partant, il est constaté qu'aucune opposition n'a été valablement formée par l'assurée contre la décision du 10 février 2012 avant l'expiration du délai le 12 mars 2012.

14. Dans la mesure où elle porte sur la décision du 10 février 2012, l'opposition (complémentaire) du 31 mai 2012 a été formée hors délai et sera, par conséquent, déclarée irrecevable."

B. **a)** Agissant par l'entremise de son conseil, l'assurée a recouru le 31 août 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à son annulation, au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction concernant l'événement du 26 avril 2011 à 13h40 avec mise en œuvre d'une expertise pour déterminer les lésions consécutives à ce sinistre, et à l'octroi de prestations d'assurance en lien avec l'événement du 26 avril 2011 à 22h40, et requérant subsidiairement – sur ce dernier plan – la mise sur pieds d'une expertise pour déterminer la cause de l'affection touchant son épaule droite. S'agissant plus particulièrement de la recevabilité de l'opposition à la décision du 10 février 2012, la recourante fait valoir qu'à ses yeux, chacun de ses courriers à l'intention de la B._____ assurance se rapportait aux deux accidents du 26 avril 2011. Elle reproche à l'assureur d'être l'unique responsable de sa confusion, dès lors qu'il ne l'a informée que neuf mois après le début de la procédure qu'il entendait traiter séparément les deux événements du 26 avril 2011, que les premiers préavis concernant ces deux sinistres ont été envoyés le même jour, qu'elle y a répondu par un courrier unique dont l'intimée a admis qu'il se rapportait aux deux accidents, et que l'assurance ne l'a alors pas invitée à procéder par des courriers distincts mais a elle-même continué à indiquer les deux numéros de sinistre dans ses correspondances. L'assurée estime que dans ces conditions, la B._____ assurance n'était pas en droit de déclarer irrecevable pour cause de tardiveté son opposition à la décision du 10 février 2012. En annexe, elle produit un onglet de pièces.

b) En date du 7 septembre 2012, le juge instructeur a informé les parties de l'ouverture de deux dossiers distincts suite au dépôt du recours du 31 août 2012, l'un concernant la recevabilité de l'opposition s'agissant du sinistre du 26 avril 2011 à 13h40 (AA 79/12) et l'autre concernant le rejet de l'opposition s'agissant du sinistre du 26 avril 2011 à 22h40 (AA 83/12).

Dans le cadre de la présente affaire, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31 août 2012 et a nommé Me Isabelle Jaques en qualité d'avocat d'office.

c) Par réponse du 9 novembre 2012, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision du 16 juillet 2012.

d) Dans sa réplique du 14 janvier 2012 [recte : 2013], la recourante persiste dans ses précédents motifs et conclusions, tout en se prévalant au surplus du courrier du Dr N. _____ du 5 mars 2012, dont elle estime qu'il doit être considéré comme une opposition à la décision du 10 février 2012.

e) Aux termes de sa duplique du 7 février 2013, l'intimée confirme sa position. Elle relève en particulier que l'écrit du Dr N. _____ du 5 mars 2012 ne répond pas aux exigences requises pour valoir opposition à la décision du 10 février 2012, dès lors que ce médecin ne justifie d'aucun pouvoir de représentation et que son courrier, dépourvu de motivation et de conclusions, se réfère non pas à cette décision mais à une communication du 2 mars 2012.

f) Se déterminant le 8 février 2013, la recourante fait valoir que le courrier du Dr N. _____ du 5 mars 2012 démontre qu'elle s'est valablement opposée à la décision du 10 février 2012 en la contestant par différents moyens.

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

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et ATF 130 V 138 consid. 2.1; cf. également TF 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2 et 8C_627/2009 du 8 juin 2010 consid. 1.2). 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 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Aux termes de la décision attaquée du 16 juillet 2012, la B._____ assurance a retenu qu'aucune opposition n'avait été introduite en temps utile à l'encontre de la décision du 10 février 2012 concernant le sinistre du 26 avril 2011 à 13h40, et a déclaré irrecevable pour cause de tardiveté l'opposition formée par l'assurée le 31 mai 2012 en tant que celle-ci visait cette décision. Tel que défini par la décision entreprise du 16 juillet 2012, l'objet de la contestation, soit la recevabilité ou non de l'opposition à la décision du 10 février 2012, circonscrit celui de la présente cause. Tout autre grief ou conclusion qui sort du cadre précité doit en conséquence être déclaré irrecevable. Il en va notamment ainsi de l'argumentation et des conclusions de la recourante portant sur le fond de

l'affaire et visant au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire portant sur l'événement du 26 avril 2011 à 13h40.

3. a) Conformément à l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions rendues en matière d'assurance sociale peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Se fondant sur la délégation de compétence prévue à l'art. 81 LPGA, le Conseil fédéral a édicté les art. 10 à 12 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.11) relatifs à la forme et au contenu de l'opposition, ainsi qu'à la procédure d'opposition. L'art. 10 al. 1 OPGA prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. Si elle ne satisfait pas aux exigences de l'al. 1 ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit à l'assuré un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (cf. art. 10 al. 5 OPGA).

b) L'opposition est 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 (cf. ATF 125 V 121 consid. 2a et les références). Elle assure la participation de l'assuré au processus de décision et poursuit notamment un but d'économie de procédure et de décharge des tribunaux, dans les domaines du droit administratif où des décisions particulièrement nombreuses sont rendues (cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} édition, Zurich 2009, n° 2 ss ad art. 52 LPGA, p. 652 ss; cf. Pierre Moor et Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II : Les actes administratifs et leur contrôle, 3^{ème} édition, Berne 2011, n° 5.3.2.2 p. 629 s.; cf. André Grisel, Traité de droit administratif, vol. II, Neuchâtel 1984, p. 939). Dans ce cadre, la procédure d'opposition ne revêt de véritable intérêt que si l'opposant doit exposer les motifs de son désaccord avec la décision le concernant (voir cependant Kieser, op. cit., n° 23 ad art. 52 LPGA, p. 658); à défaut, on courrait le risque de faire de l'opposition une simple formalité avant le dépôt d'un recours en justice, sans qu'assuré et autorité aient véritablement examiné sur quoi portent leurs divergences. Les exigences formelles posées par l'art. 10 al. 1 OPGA

concrétisent, par ailleurs, l'obligation de l'assuré de collaborer à l'exécution des différentes lois d'assurances sociales (cf. art. 28 al. 1 et 43 al. 3 LPGA; cf. Marco Reichmuth, ATSG – [erste] Erfahrungen in der IV, in : René Schaffhauser/Ueli Kieser (édit.), *Praktische Anwendungsfragen des ATSG*, St-Gall 2004, p. 44), et correspondent largement à celles posées par la jurisprudence antérieure à la LPGA pour la procédure d'opposition prévue dans certaines branches d'assurances sociales (cf. ATF 123 V 128 consid. 3 et les références; voir également, en matière d'assurance-accidents, l'art. 130 al. 1 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202], dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002).

c) Selon la jurisprudence développée en relation avec l'ancien art. 85 al. 2 let. b 2^{ème} phrase LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10) – également applicable dans la procédure de recours devant le tribunal cantonal des assurances (cf. art. 61 let. b 2^{ème} phrase LPGA; cf. TFA I 126/05 du 6 juin 2005 consid. 2) et, *mutatis mutandis*, dans la procédure d'opposition (cf. art. 10 al. 5 OPGA; cf. TFA I 99/06 du 8 septembre 2006 consid. 2.2; voir également ATF 123 V 128 consid. 3a et b et les références) –, un délai permettant à l'intéressé de rectifier son mémoire de recours doit être fixé non seulement si les conclusions ou les motifs manquent de clarté, mais, d'une manière générale, dans tous les cas où le recours ne répond pas aux exigences légales. Il s'agit là d'une prescription formelle, qui oblige le juge de première instance à fixer un délai pour corriger les imperfections du mémoire de recours, excepté dans les cas d'abus de droit manifeste (cf. ATF 107 V 244 consid. 2 in fine et ATF 104 V 178).

d) Le formalisme excessif est un aspect particulier du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101). Il est réalisé lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi, complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (cf. ATF 130 V 177 consid. 5.4.1, 128 II

139 consid. 2a, et 127 I 31 consid. 2a/bb). En tant qu'il sanctionne un comportement répréhensible de l'autorité dans ses relations avec le justiciable, l'interdiction du formalisme excessif poursuit le même but que le principe de la bonne foi consacré aux art. 5 al. 3 et 9 Cst. A cet égard, il commande à l'autorité d'éviter de sanctionner par l'irrecevabilité les vices de procédure aisément reconnaissables qui auraient pu être redressés à temps, lorsqu'elle pouvait s'en rendre compte assez tôt et les signaler utilement au plaideur (cf. ATF 135 I 6 consid. 2.1 et ATF 125 I 166 consid. 3a; cf. TF 2C_45/2013 du 23 janvier 2013 consid. 4.1).

4. En l'espèce, l'intimée estime qu'aucune opposition n'a été formée en temps utile à l'encontre de la décision du 10 février 2012 concernant le sinistre du 26 avril 2011 à 13h40, respectivement que l'opposition déposée le 31 mai 2012 l'a été tardivement.

La recourante, pour sa part, soutient qu'elle s'est valablement opposée à la décision du 10 février 2012 et se prévaut en particulier de ses déterminations du 8 mars 2012 ainsi que du courrier du Dr N. _____ du 5 mars 2012.

Se pose dès lors la question de savoir si la recourante a ou non exprimé auprès de l'intimée sa volonté de s'opposer à la décision du 10 février 2012 avant l'échéance du délai légal pour ce faire.

a) A cet égard, on relèvera tout d'abord que dans ses courriers à l'assurée dès le 30 janvier 2012, la B. _____ assurance a certes attiré l'attention de cette dernière sur le traitement séparé réservé aux deux sinistres survenus le 26 avril 2011, le premier à 13h40 et le second à 22h40. L'assureur n'en a pas moins continué à mentionner simultanément les références de ces deux sinistres dans la plupart de ses correspondances, se limitant le cas échéant à employer une police légèrement agrandie pour citer la référence de l'événement plus spécifiquement visé par chaque courrier. Il en a notamment été ainsi pour la décision du 10 février 2012, qui concernait essentiellement le premier

sinistre survenu à 13h40, et la communication du 2 mars 2012, qui se rapportait au second événement intervenu à 22h40 (cf. let. A.c supra).

Cela étant, même s'il est vrai que la recourante s'est expressément référée au courrier de l'intimée de 2 mars 2012 à l'occasion de sa prise de position du 8 mars 2012, la B. _____ assurance ne saurait toutefois se retrancher derrière le texte de cette lettre (cf. décision sur opposition du 16 juillet 2012 p. 10 ch. 8 et 9) en passant sous silence les deux numéros de sinistre mentionnés en en-tête de ses différentes communications, dont celle du 2 mars 2012. En effet, cette double référence était de toute évidence propre à jeter la confusion quant au prétendu traitement séparé annoncé par l'assureur, étant précisé que le procédé consistant à recourir à une police de taille légèrement supérieure pour la référence plus particulièrement touchée par chaque courrier n'était en lui-même pas suffisamment clair pour lever toute ambiguïté. Bien plus, aux termes de son courrier du 2 mars 2012, l'intimée a écrit qu'au-delà du 10 juillet 2011 «*toutes les affections liées aux événements accidentels du 26.04.2011 [étaient] à considérer comme guéries*», formulation équivoque qui pouvait d'autant plus laisser à penser que l'assureur entendait se référer en définitive non pas au seul accident de la voie publique du 26 avril 2011 à 22h40, mais également à l'événement du même jour à 13h40. A cela s'ajoute que l'objet de la prise de position du 8 mars 2012 tel que défini par l'assurée demeure très général - «*Opposition et demande de réévaluation de dossier*» - et ne permet pas d'opérer une quelconque distinction entre les deux sinistres du 26 avril 2011. Dans son écrit du 8 mars 2012, l'intéressée s'est en outre référée à des lésions de la coiffe des rotateurs pouvant se rapporter tant à l'atteinte à l'épaule droite ayant donné lieu à la décision du 10 février 2012, qu'à la contusion de l'épaule droite évoquée par l'assureur dans sa communication du 2 mars 2012. Enfin, en prenant position le 8 mars 2012, l'assurée a procédé dans le respect du délai de 30 jours dont elle disposait pour s'opposer à la décision du 10 février 2012. Pris dans leur ensemble, ces éléments démontrent que c'est à tort que l'intimée a considéré que le courrier de la recourante du 8 mars 2012 ne pouvait pas être interprété comme une

manifestation de volonté tendant à contester la décision du 10 février 2012.

De surcroît, dans son courrier du 5 mars 2012 faisant suite au préavis de l'intimée du 2 mars 2012, le Dr N._____ s'est également référé aux numéros des deux sinistres du 26 avril 2011 et a pour le surplus rappelé la requête formulée dans son précédent courrier du 1^{er} février 2012, aux termes duquel il avait sollicité l'envoi de documentation médicale concernant les déchirures dégénératives de la coiffe chez de jeune patients, considérant pour sa part que l'intéressée présentait une déchirure de la coiffe des rotateurs d'origine traumatique, consécutive à l'un de ses deux accidents. Par ce courrier rédigé avant la fin du délai d'opposition à la décision du 10 février 2012, le médecin traitant de l'assurée a donc lui aussi pris position quant au sinistre du 26 avril 2011 à 13h40, dont l'intimée avait refusé la prise en charge.

Sur le vu de ce qui précède, il faut admettre que le bien-fondé de la décision du 10 février 2012 a bel et bien été contesté par l'assurée - respectivement son médecin traitant - avant la fin du délai d'opposition.

b) La B._____ assurance invoque des irrégularités formelles pour dénier aux écrits des 5 et 8 mars 2012 leur caractère d'opposition (cf. décision sur opposition du 16 juillet 2012 p. 10 ch. 10 s'agissant du courrier du 8 mars 2012; cf. duplique du 7 février 2013 concernant l'écrit du 5 mars 2012). Le raisonnement de l'intimée procède toutefois d'une méconnaissance des règles applicables à la procédure d'opposition. En effet, lorsque l'opposition ne répond pas aux exigences légales, il incombe à l'assureur de fixer à l'assuré un délai pour corriger ces éventuelles imperfections, en l'avertissant qu'à défaut l'opposition ne sera pas recevable (cf. art. 10 al. 5 OPGA et consid. 3c supra). En vertu de ces principes, l'intimée aurait donc dû impartir à l'assurée un délai pour clarifier la situation, ce dont elle s'est abstenue. En retenant qu'aucune opposition n'avait été valablement formée à l'encontre de la décision du 10 février 2012 sans même avoir au préalable interpellé l'intéressée en lien avec les courriers des 5 et 8 mars 2012, la B._____ assurance a

donc contrevenu à une prescription formelle découlant de l'art. 10 al. 5 OPGA (cf. consid. 3c supra).

Le comportement de la B. _____ assurance relève par ailleurs du formalisme excessif, attendu que la stricte application des règles de procédure dont elle se prévaut n'était en l'occurrence justifiée par aucun intérêt digne de protection (cf. consid. 3d supra; cf. également ATF 123 V 128 consid. 3b).

A cela s'ajoute que l'attitude de l'intimée est d'autant plus critiquable qu'elle est incohérente. Il faut en effet rappeler que, le 30 janvier 2012, la B. _____ assurance a écrit à l'assurée deux courriers séparés pour informer celle-ci du traitement réservé à chacun des deux sinistres du 26 avril 2011, ce à quoi l'intéressée a répondu par un seul et même courrier, en date du 8 février 2012 (mentionnant sous objet «*Opposition et demande de réévaluation du dossier*», à l'instar de l'écrit du 8 mars 2012). A réception de ce courrier, la B. _____ assurance a considéré que celui-ci concernait les deux sinistres, et a de ce fait précisé, dans sa décision du 10 février 2012, qu'elle refusait la prise en charge s'agissant du premier sinistre et que l'instruction se poursuivait s'agissant du second. Cela étant, l'assurée ne pouvait que difficilement s'attendre à ce que l'intimée s'en tienne à une ligne de conduite bien plus restrictive à peine un mois tard. En tout état de cause, l'attitude ambivalente de l'intimée ne saurait jouer en défaveur de l'assurée dans le cas particulier.

c) Par conséquent, force est de constater qu'en tant qu'elle concerne la recevabilité de l'opposition à la décision du 10 février 2012, la décision sur opposition du 16 juillet 2012 s'avère mal fondée. Le recours doit par conséquent être admis sur ce point et la cause retournée à l'intimée, à laquelle il appartiendra de procéder conformément aux règles de procédure découlant de l'art. 10 al. 5 OPGA avant de rendre, le cas échéant, une nouvelle décision sur opposition.

5. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision sur opposition annulée en tant qu'elle porte sur l'affaire AA 79/12 et la cause renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

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

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de la B. _____ assurance, qui succombe, cette somme couvrant celle revenant à l'avocat d'office.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** En tant qu'il porte sur l'affaire AA 79/12, le recours déposé le 31 août 2012 par V. _____ est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 juillet 2012 par la B. _____ assurance est annulée en ce qu'elle concerne l'affaire AA 79/12, la cause étant renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.
- IV.** La B. _____ assurance versera à V. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Isabelle Jaques (pour la recourante),
- Me Philippe A. Grumbach (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :