

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 décembre 2014

---

Présidence de      Mme      PASCHE  
Juges      :      M.      Neu et Mme Dessaux  
Greffière      :      Mme      Brugger

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,  
avocat à Lausanne,

et

**S.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 52 al. 1 LPGA; 10 al. 1 et 5 OPGA; 29 al. 1 Cst.**

## **E n f a i t :**

**A. a)** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en 2010 pour le compte de la [...] à [...] en qualité de [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de S.\_\_\_\_\_ (ci-après : S.\_\_\_\_\_ ou l'intimée).

**b)** Le 13 mars 2010, l'assuré a fait une chute à snowboard qui a entraîné une fracture-tassement du plateau supérieur de la vertèbre D6 et a subi d'importantes complications lors du traitement de cette atteinte.

Dans le cadre de l'instruction du dossier de l'assuré par S.\_\_\_\_\_, une expertise pluridisciplinaire a été confiée au T.\_\_\_\_\_ (ci-après : le T.\_\_\_\_\_). Dans leur rapport du 7 décembre 2012, les Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu ce qui suit sous la rubrique « analyse du dossier » :

« Le 13.03.2010, à 15h45, Monsieur B.\_\_\_\_\_ fait une chute en snowboard avec réception sur le dos. Il se plaint de douleurs au dos. Il est hélicoptéré à l'hôpital [...], site de [...]. On diagnostique une fracture tassement de T6, sans troubles neurologiques. Monsieur B.\_\_\_\_\_ est resté hospitalisé du 13 au 14.03.2010. Il a été traité médicalement, sans corset.

A la demande de son médecin traitant, le Dr V.\_\_\_\_\_ de [...], Monsieur B.\_\_\_\_\_ a consulté le Dr H.\_\_\_\_\_, neurochirurgien à la N.\_\_\_\_\_ le 12.04.2010. Un bilan radiologique a été effectué ce jour. Les radiographies de la colonne dorsale ont montré une fracture tassement du plateau supérieur de T6, sans recul significatif du mur postérieur identifiable sur ces clichés radiologiques standards, une cyphose conservée et harmonieuse dans le plan sagittal.

Selon le Dr H.\_\_\_\_\_ comparativement au scanner initial, les radiographies de la colonne lombaire montraient une mise en cyphose importante de la vertèbre T6 avec une perte de hauteur de plus de 50%, raison pour laquelle il a proposé une cémentation aigue avec mise en place d'un ballon dans la vertèbre qui devrait permettre à cette vertèbre de retrouver une hauteur un peu plus satisfaisante.

Le 27.04.2010, le Dr H.\_\_\_\_\_ pratique donc une kyphoplastie percutanée. En fin d'intervention, sur la radiographie de contrôle, on s'aperçoit qu'une partie du ciment a tendance à refouler par l'ancien trajet pédiculaire.

Un CT-scan effectué le lendemain confirme une extravasation de ciment radio-opaque par le trajet trans-pédiculaire gauche. La perte de hauteur du mur postérieur de T6 est faible, environ 1 mm par rapport aux vertèbres sus et sous-jacente, alors que la perte de hauteur du mur antérieur atteint 4.5 mm.

Ce ciment intracanalair a été relativement bien toléré pendant 48 heures, mais par la suite, Monsieur B.\_\_\_\_\_ a alors présenté des douleurs importantes, avec une sensation de striction thoracique un peu plus de difficultés à se mobiliser, et des minimes troubles urinaires.

Après échec d'un traitement aux corticoïdes, le 04.05.2010, le Dr H.\_\_\_\_\_ a pratiqué une laminectomie D5 à D7 et exérèse d'une plaque de ciment intra rachidienne, extradurale.

Alors que le patient s'était bien réveillé et qu'il bougeait tout à fait les deux membres inférieurs, au bout d'une heure, on s'aperçoit qu'il présente une faiblesse de la jambe droite, qui très rapidement devient complètement hypotonique. Une IRM [imagerie par résonance magnétique] effectuée le 04.05.2010 démontre la présence d'une collection sanguine comprimant la moelle et la refoulant antérieurement. Deux heures après la première intervention, Monsieur B.\_\_\_\_\_ a été repris en salle pour évacuation d'un hématome épidual.

Le Dr H.\_\_\_\_\_ décrit une évolution assez lourde, le patient conservant de bons mouvements au niveau de la jambe gauche, mais avec une atteinte sur le plan moteur au niveau de la jambe droite avec des mouvements qui sont bien obtenus, mais de manière faible au niveau du moyen fessier, de la loge quadricipitale, et également quelques mouvements des extenseurs du pied à droite, mais qui restent assez faibles. Le Dr H.\_\_\_\_\_ décrit également des troubles sphinctériens avec une absence complète du contrôle anal et la nécessité d'une sonde urinaire.

Monsieur B.\_\_\_\_\_ a été hospitalisé à la C.\_\_\_\_\_ de [...] du 12.05 au 28.06.2010. Durant ce séjour, il a bénéficié, le 15.06.2010 d'un bilan urodynamique. Celui-ci a montré une vessie normosensible de compliance normale et de bonnes capacités, de cystomanométrie, mais qui est faiblement contractile par stimulations, chimique, sans dyssynergie vésico-sphinctérienne ou altération morphologique de la vessie. L'introduction de Myocholine 12.5 mg 3 x/jour avec un schéma de clampage pour rééducation de la vessie a été recommandée pour faciliter la récupération vésicale fonctionnelle avant de procéder à une ablation définitive de la sonde vésicale. Les problèmes digestifs mentionnés sont quasi-stabilisés avec l'association du Laxobéron et PED. A l'issue du séjour à C.\_\_\_\_\_, Monsieur B.\_\_\_\_\_ était capable de se déplacer à l'aide de cannes auxiliaires sur un périmètre de 80 mètres avec aide.

En raison d'un syndrome inflammatoire, Monsieur B. \_\_\_\_\_ a été transféré à la N. \_\_\_\_\_ du 28.06 au 12.07.2010. Les investigations réalisées n'ont pas permis de déterminer l'origine de ce syndrome inflammatoire, qui s'est progressivement amendé.

A sa sortie, le 12.10.2010, on retient les diagnostics de paraplégie incomplète ASIA D de niveau sensitivomoteur T7 bilatéral, vessie, intestins et douleurs neurogènes. Compte tenu de son activité sédentaire, il avait été convenu d'une reprise thérapeutique dès le 01.11.2010 à un taux qui restait à définir.

A la demande du Dr V. \_\_\_\_\_, Monsieur B. \_\_\_\_\_ a été examiné le 06.12.2010 par le Dr J. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique.

Sur la base d'une IRM du 19.11.2010, qui montre une consolidation de la fracture de T6, ainsi que sur la base de son examen clinique, le Dr J. \_\_\_\_\_ a confirmé l'absence d'indication à un nouveau traitement chirurgical, et recommandé la poursuite d'une rééducation.

Le Dr V. \_\_\_\_\_ a attesté d'une reprise du travail à titre thérapeutique à 15% dès le 03.01.2011.

Le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation à la [...], a examiné l'assuré le 04.02.2011. Il a confirmé une bonne évolution globale sur le plan moteur en particulier.

Sur sa proposition, la S. \_\_\_\_\_ a estimé qu'une capacité de travail réelle de 15% était exigible dès le 07.03.2011, puis de 30% dès le 01.04.2011.

Comme prévu, Monsieur B. \_\_\_\_\_ a été revu par le Dr Z. \_\_\_\_\_ le 09.03.2011. Il se plaignait, depuis quinze jours auparavant, de diminution de force dans le membre inférieur droit, se traduisant par une diminution de la distance de marche, qui a passé de 1h30 à 10 minutes, d'une difficulté à marcher sur la pointe du pied droit. Il a donc adressé Monsieur B. \_\_\_\_\_ au Dr J. \_\_\_\_\_ qui l'a réexaminé le 07.04.2011. Ce dernier a fait pratiquer une IRM dorsale le 25.03.2011 qui n'a montré aucune modification significative par rapport à celle de novembre 2010. Il restait sans explication devant cette dégradation de la fonction neurologique avec difficultés à utiliser le pied droit.

Monsieur B. \_\_\_\_\_ se plaignait également, et de manière concomitante, d'une aggravation de sa constipation. Des investigations gastroentérologiques ont été initiées au M. \_\_\_\_\_ [M. \_\_\_\_\_]. Une coloscopie effectuée le 17.05.2011 n'a révélé qu'une diverticulose colique. Le Dr E. \_\_\_\_\_, de la consultation de gastroentérologie du M. \_\_\_\_\_, a conclu à une constipation d'origine mixte, médicamenteuse et sur trouble de l'exonération possiblement neurogène. Une déféco-IRM a mis en lumière les difficultés d'exonération qui, laissant suspecter une possible dyssynergie abdominopelvienne d'origine neurogène, a nécessité une manométrie anorectale. Cet examen a montré que le tonus sphinctérien de base et après contraction volontaire était conservé et que le réflexe recto-anal inhibiteur était également présent. Par contre il y a un net asynchronisme qui explique les troubles de la

vidange. Celui-ci pourrait être consécutif à une perte des réflexes d'exonération suite à la longue période de paraplégie. Des séances de physiothérapie de type bio feed-back sont indiquées.

Parallèlement, le Dr V. \_\_\_\_\_ attestait d'une progression de la capacité de travail de 5% par mois (ITT [incapacité de travail] 80% dès le 22.04.2011, 75% dès le 01.05.2011, 70% dès le 01.07.2011, 65 % dès le 01.08.2011) puis ITT 55% dès le 01.09.2011.

A la demande du Dr Z. \_\_\_\_\_, le Dr D. \_\_\_\_\_ a examiné Monsieur B. \_\_\_\_\_ le 21.09.2011. Cette consultation a permis de préparer le nouveau séjour à la [...], qui s'est déroulé du 16.11 au 07.12.2011.

Sur le plan digestif, le patient se plaignait de ballonnements et de flatulences, avec transit plus ou moins régulier, mais imprévisible. La réplétion rectale est ressentie, souvent impérieuse, avec la perte de traces de selles, environ une fois par mois en moyenne. Sur le plan urologique, un nouveau bilan urodynamique a été effectué, et a conclu à la présence d'une vessie de bonne capacité cystomanométrique (500 ml) de bonne capacité fonctionnelle (350 ml) normosensible, de compliance normale, vraisemblablement hyporéflexive, associée à une poussée abdominale paradoxale à l'effort de retenue, pour laquelle, une physiothérapie du plancher pelvien par bio feed-back est préconisée. Du point de vue sexuel, les troubles persistent, avec érections toujours insatisfaisantes, malgré la prise de Viagra 50 mg. Dans le cadre de ces problèmes sexuels, urinaires et digestifs, un EMG [électromyogramme] du plancher pelvien a montré une atteinte séquellaire du cordon postérieur médullaire, se traduisant par une anomalie de la réponse des potentiels évoqués somesthésiques du nerf pudendal.

Sur le plan ostéoarticulaire, Monsieur B. \_\_\_\_\_ présentait un fond douloureux rachidien dans la région médiadorsale, des douleurs dans la zone fracturaire survenant plutôt à la fatigue, à la marche, ainsi que des douleurs au gros orteil droit.

Un bilan radiologique standard de la colonne dorsale n'a pas montré de modification de la situation comparativement aux clichés antérieurs. Une nouvelle IRM du rachis dorsal a montré une cunéiformisation et une perte de hauteur du mur antérieur de T6 de l'ordre de 40%, une absence d'hyperintensité de signal STIR de ce corps vertébral qui pourrait faire suspecter une non-consolidation de cette fracture, une hypo intensité de signal correspondant au signal correspondant au ciment de la vertébroplastie dans le corps vertébral de T6, une cavité kystique compatible avec une hydromyélie mesurant 6 mm de diamètre dans le cordon postérieur du côté droit, sans composante hémorragique décelable sur les séquences en écho de gradient T2, les dimensions du canal rachidien étant normales à tous les niveaux, sans autre lésion médullaire décelable.

Pour les problèmes de douleur, la médication a été revue et modifiée, et les orthèses plantaires corrigées. Sur le plan psychique, on ne relevait pas de psychopathologie majeure. Le diagnostic retenu est celui d'accentuation de certains traits de personnalité dans le contexte d'une paraplégie incomplète.

A l'issue du séjour, une capacité de travail à 50% dès le 08.12.2011 a été reconnue.

Comme prévu, le patient a été revu le 23.02.2012 par le Dr D.\_\_\_\_\_. Il a été constaté un status quo. Sur le plan sexuel, il a été proposé de passer au Cialis, en raison de sa durée d'action plus longue.

Alors que le Dr V.\_\_\_\_\_ attestait toujours d'une incapacité de travail à 55%, il apparaît que la S.\_\_\_\_\_, sur recommandation de son médecin conseil, le Dr F.\_\_\_\_\_, estimait, sur la base du dossier, que la capacité de travail exigible de Monsieur B.\_\_\_\_\_ était de 65% dès le 01.03.2012.

Monsieur B.\_\_\_\_\_ a été hospitalisé dès le 04.03.2012 dans le département de psychiatrie de l'Hôpital [...] pour trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Un traitement de Cymbalta a été instauré. Monsieur B.\_\_\_\_\_ est rentré à domicile le 14.03.2012.

Le Dr V.\_\_\_\_\_ attestera d'une incapacité de travail à 100% dès le 04.03.2012, puis à 80 % dès le 30.03.2012.

Le Pr X.\_\_\_\_\_ a examiné Monsieur B.\_\_\_\_\_ à sa [...] du 17.04.2012. Il a expliqué au patient les options d'une neuromodulation (stimulations médullaires ou administrations intrathécales de médicaments), aucune autre option pharmacologique ou physiothérapeutique ne lui semblant indiquée.

Dès le 01.06.2012, l'ITT attestée par le Dr V.\_\_\_\_\_, est de 70%.

Le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin conseil de la S.\_\_\_\_\_, interpelle le Pr X.\_\_\_\_\_ estimant que ce traitement n'est pas économique. Dans sa réponse, ce dernier estime au contraire qu'un test de neuromodulation se justifie étant donnée la réponse partielle aux différents traitements médicamenteux.

Dans ce contexte, une expertise pluridisciplinaire, est demandée ».

**c)** Le 14 avril 2014, S.\_\_\_\_\_ a rendu une première décision relative au droit à la rente, dans laquelle elle a notamment retenu ce qui suit :

« 1.4 Degré de l'invalidité

Au vu des constatations médicales et après examen de la situation économique, il apparaît que Monsieur B.\_\_\_\_\_ présente une diminution de gain de 50%.

[...]

2. Frais de traitement

Le versement d'une rente fait en principe cesser le droit au remboursement de tels frais, sous réserve des exceptions prévues à l'article 21.1 de la loi. Dans le cas particulier, nous restons prêts à prendre en charge quatre contrôles par année maximum chez le médecin traitant de M. B.\_\_\_\_\_ ; le traitement antalgique; le

traitement de physiothérapie à raison de deux fois par semaine au maximum jusqu'à la réévaluation qui sera effectuée par le T. \_\_\_\_\_ à deux ans de l'expertise d'automne 2012. En ce qui concerne le traitement psychiatrique, nous sommes prêts à prendre en charge les frais y relatifs jusqu'à la nouvelle prise de position du T. \_\_\_\_\_.

### 3. Décision

La S. \_\_\_\_\_ rend la décision suivante :

- une rente d'invalidité de Fr. 4'200.— est allouée dès le 01.05.14
- les frais de traitement conformément au chiffre 2 ci-dessus restent garantis ».

Dans une autre décision du 14 avril 2014, S. \_\_\_\_\_ a reconnu à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 50'400 francs.

Le 8 mai 2014, l'assuré, par le biais de son conseil, a adressé l'opposition suivante à S. \_\_\_\_\_ :

« Continuant d'agir au nom et pour le compte de M. B. \_\_\_\_\_, je vous informe que ce dernier forme opposition aux décisions LAA (IPAI et rente d'invalidité) que vous avez rendues dans le cadre de l'affaire mentionnée sous rubrique.

Nous entendons en effet procéder à quelques vérifications d'ordre médical notamment avant de prendre position définitivement sur ces décisions.

Aussi, je vous serais extrêmement reconnaissant de bien vouloir suspendre l'instruction de ces oppositions, ce dans l'attente du résultat de nos investigations, dont je vous ferai part sans attendre bien entendu.

Vous voudrez bien en tout état de cause nous impartir un délai pour motiver dite opposition, que l'on pourra arrêter au plus tôt à la mi-juin ».

En réponse à la demande de l'avocat de l'assuré, S. \_\_\_\_\_ lui a fait savoir le 9 mai 2014 qu'un délai au 16 juin 2014 lui était impartie pour motiver ses oppositions du 8 mai 2014.

Par fax et courrier A du 16 juin 2014, l'avocat de l'assuré s'est adressé en ces termes à S. \_\_\_\_\_ :

« Je ne suis malheureusement pas en mesure de motiver l'opposition formée.

Je vous serais reconnaissant d'ailleurs de bien vouloir nous impartir un délai supplémentaire de l'ordre de 4 semaines au moins ».

Le 30 juillet 2014, S.\_\_\_\_\_ a rendu deux décisions sur opposition, par lesquelles elle a déclaré irrecevables les oppositions du 8 mai 2014, avec la motivation suivante (identique aux deux décisions) :

« Dans la mesure où l'art. 10 al. 1 OPGA, édicté sur la base de la délégation de compétence prévue à l'art. 81 LPGA, prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée et où malgré le délai supplémentaire imparti jusqu'au 16.06.14 aucune motivation n'a été fournie, l'opposition est irrecevable ».

**B.** Agissant par l'entremise de son conseil, B.\_\_\_\_\_ a recouru le 12 septembre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre des décisions de S.\_\_\_\_\_ du 30 juillet 2014, en concluant principalement à leur réforme en ce sens qu'un délai fixé à dire de justice, cas échéant ultime, lui est imparti pour motiver ses oppositions, et subsidiairement à leur annulation, la cause étant renvoyé à l'intimée pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. En substance, il reproche à l'intimée d'avoir rendu ses décisions sur opposition sans avoir donné suite à la requête de suspension de l'instruction formée le 8 mai 2014, respectivement sans avoir donné suite à sa demande de nouvelle prolongation de délai, et sans l'avoir averti qu'il n'aurait qu'un unique délai pour motiver ses oppositions.

Dans sa réponse du 5 novembre 2014, S.\_\_\_\_\_ conclut au rejet du recours, en expliquant que l'opposant n'a pas droit à la fixation d'un délai supplémentaire, et encore moins à la fixation d'un second délai pour remédier au défaut de forme de son opposition, sauf circonstances particulières non réalisées en l'espèce. Pour l'intimée, le mandataire du recourant aurait dû faire valoir ses griefs, même sommairement, dans le délai d'opposition imparti, estimant que l'opposition du 8 mai 2014 est abusive et irrecevable.

**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 sociale; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (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 (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 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile compte tenu de fériés estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 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 (ATF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a).

**b)** Aux termes des décisions attaquées du 30 juillet 2014, l'intimée a retenu qu'aucune opposition motivée n'avait été produite dans le délai prolongé au 16 juin 2014 et a déclaré irrecevables les oppositions

formées le 8 mai 2014, les décisions du 14 avril 2014 (relatives pour l'une à la rente d'invalidité et pour l'autre à l'IPAI) entrant en force définitive.

Le litige porte ainsi sur le point de savoir si l'intimée était fondée à nier la recevabilité des oppositions du recourant dans ses décisions du 30 juillet 2014 au motif que celles-ci n'auraient pas été motivées en temps utile.

**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 (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 (ATF 125 V 118 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<sup>ème</sup> édition, Zurich 2009, n° 2 ss ad art. 52 LPGA, p. 652 ss; Pierre Moor et Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II : Les actes administratifs et leur contrôle, 3<sup>ème</sup> édition, Berne 2011, n° 5.3.2.2 p. 629 s.; 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; 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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 (ATF 107 V 244 consid. 2 in fine et ATF 104 V 178). La jurisprudence a ainsi précisé qu'il y a lieu d'accorder un délai convenable en application de l'art. 61 let. b LPGA non seulement dans les cas où l'acte de recours est insuffisamment motivé mais également en l'absence de toute motivation

pour autant que le recourant ait clairement exprimé sa volonté de recourir contre une décision déterminée dans le délai légal de recours; demeure réservé l'abus de droit (ATF 134 V 162; TF 8C\_828/2009 du 8 septembre 2010 consid. 6.2; TF 9C\_248/2010 du 23 juin 2010 consid. 3.1). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que l'existence d'un éventuel abus de droit pouvait être admise plus facilement lorsque l'assuré était représenté par un mandataire professionnel, dès lors que celui-ci est censé connaître les exigences formelles d'un acte de recours (ATF 134 V 162 consid. 5.1).

**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 (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 (ATF 135 I 6 consid. 2.1 et ATF 125 I 166 consid. 3a; TF 2C\_45/2013 du 23 janvier 2013 consid. 4.1).

**4.** En l'espèce, l'intimée estime qu'aucune opposition motivée n'a été formée en temps utile - savoir dans le délai prolongé au 16 juin 2014 - à l'encontre des décisions du 14 avril 2014.

Le recourant soutient pour sa part que son état de santé n'était pas stabilisé, qu'il devait dès lors investiguer plus avant la question médicale, mais ne s'était pas trouvé en possession des éléments médicaux nécessaires le 16 juin 2014. Il avait alors sollicité un deuxième

délai pour motiver ses oppositions, que l'intimée ne lui avait pas accordé, se contentant de lui notifier des décisions d'irrecevabilité. Pour le recourant, il n'y avait aucune raison de lui refuser un deuxième délai, ce notamment au regard de la complexité médicale de son dossier.

Se pose dès lors la question de savoir si l'intimée aurait dû accorder une nouvelle prolongation de délai au recourant pour motiver ses oppositions.

Il n'est pas contesté que le recourant a formé opposition à l'encontre des décisions du 14 avril 2014, ce qu'il a déclaré expressément le 8 mai 2014, soit en temps utile. A cette date, il a sollicité la suspension de l'instruction des décisions sur opposition, respectivement l'octroi d'une prolongation de délai pour motiver ses oppositions. L'intimée, sans se prononcer sur la requête de suspension formulée par l'intéressé, lui a alors accordé une prolongation au 16 juin 2014. Toutefois, elle n'a pas spécifié qu'il s'agissait d'une unique prolongation et qu'à défaut de motivation des oppositions au 16 juin 2014, les oppositions seraient déclarées irrecevables. Pourtant la teneur de l'art. 10 al. 5 OPGA est claire : si l'opposition ne satisfait pas aux exigences de l'al. 1 (savoir contenir des conclusions et être motivée), 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*. Dans la mesure où l'intimée n'a pas averti le recourant, dans son courrier du 9 mai 2014, des conséquences d'un défaut de motivation des oppositions d'ici au 16 juin 2014, elle a contrevenu à la prescription formelle découlant de l'art. 10 al. 5 OPGA et n'était dès lors pas fondée à déclarer les oppositions irrecevables par décisions sur opposition du 30 juillet 2014.

Le comportement de l'intimée 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. Le fait que l'assuré ait été représenté par un mandataire professionnel n'est en outre d'aucun secours à l'intimée : demander une seconde prolongation de délai afin de réunir des

documents médicaux complémentaires, dans un contexte médical d'une complexité certaine, ne constitue manifestement pas un abus de droit qui devrait être sanctionné par l'irrecevabilité des oppositions.

Par conséquent, force est de constater qu'en tant qu'elles concernent la recevabilité des oppositions aux décisions du 14 avril 2014, les décisions sur opposition du 30 juillet 2014 s'avèrent mal fondées. Le recours doit par conséquent être admis 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 de nouvelles décisions sur opposition.

**5. a)** En définitive, le recours doit être admis, les décisions sur opposition annulées et la cause renvoyée à l'intimée pour nouvelles décisions 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.

Le recourant, 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 l'intimée, qui succombe.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** Les décisions sur opposition rendues le 30 juillet 2014 par S.\_\_\_\_\_ sont annulées, la cause étant renvoyée à l'intimée pour nouvelles décisions dans le sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

**IV.** S.\_\_\_\_\_ versera à B.\_\_\_\_\_ 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 Gilles-Antoine Hofstetter (pour B.\_\_\_\_\_),
- S.\_\_\_\_\_,
- 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 :