

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 août 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

L._____, à **G.**_____, recourant, représenté par Me Elio Lopes, avocat à
Fribourg,

et

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

Art. 52, 61 let. b et 81 LPGA ; 10 al. 1 et 5 OPGA

E n f a i t :

A. L._____, né en 1975 (ci-après : l'assuré, l'opposant ou le recourant), est le directeur de la société C._____ depuis 2008. En cette qualité, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée).

Le 21 janvier 2018, l'assuré a été victime de malaises à son domicile, qui ont provoqué des chutes. Il a été hospitalisé du 21 au 29 janvier 2018. Le diagnostic principal retenu était une fibrillation auriculaire paroxystique. Dans les diagnostics secondaires étaient notamment mentionnés un traumatisme crânien simple, un traumatisme du coccyx et une plaie au coude. Les examens radiographiques réalisés n'ont pas montré de fracture. L'IRM du genou droit effectuée le 2 février 2018 mentionne une chondropathie focale de grade II du condyle fémorale interne, une chondropathie débutante de grade I rétro-rotulienne et une petite fissure de la corne postérieure du ménisque externe, stable, considérée comme d'origine dégénérative.

Dans son appréciation médicale du 21 août 2019, le médecin d'arrondissement de la CNA a conclu que selon les documents à disposition, l'assuré ne présentait aucune lésion structurelle en lien avec l'événement du 21 janvier 2018, de sorte qu'on pouvait raisonnablement estimer que trois mois après l'événement initial, la persistance de symptômes était à mettre sur le compte de l'état préexistant, non traumatique.

Par décision du 22 août 2019, la CNA a mis fin aux prestations de l'assuré avec effet au 21 avril 2018 notamment en ces termes :

« Compte tenu du cours de la guérison, nous avons réexaminé la question de l'obligation de vous verser des prestations.

Aux termes de la loi et de la jurisprudence, la Suva est habilitée à verser des prestations tant qu'il n'est pas établi au degré de

vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre plus des séquelles de l'accident.

Lorsqu'un accident aggrave ou, de manière générale, provoque l'apparition d'un état préexistant qui lui est étranger, l'obligation de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire lorsque celle-ci repose exclusivement sur les causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque la personne intéressée recouvre l'état de santé qui existait immédiatement avant l'accident ou présente celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite de l'évolution ordinaire d'un état pathologique préexistant.

Selon l'appréciation du médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistent aujourd'hui ne sont plus dus à l'accident.

Selon l'appréciation médicale, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident peut être considéré comme atteint le 20 avril 2018 au plus tard, soit 3 mois post événement.

Nous sommes ainsi tenus de clore le cas au 21 avril 2018 et de mettre fin aux prestations d'assurance à cette même date et mettre fin au versement des prestations d'assurance perçues jusqu'ici (indemnité journalière et frais de traitement). Cependant, les indemnités journalières vont être remboursées jusqu'au 16 novembre 2018, date du dernier certificat d'incapacité de travail. Quant aux frais de traitement, nous renonçons au remboursement des factures payées en trop mais nous vous informons que nous ne prendrons plus en charge les prestations à venir. »

Le 20 septembre 2019, F._____, avocate auprès de Z._____, a formé opposition au nom de l'assuré notamment en ces termes (sic) :

« Dans la décision querellée, vous retenez sur la base de l'appréciation de votre médecin d'arrondissement que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pourrait être considéré comme atteint le 20 avril 2018 au plus tard, soit 3 mois post événement.

Ce point de vue est intégralement contesté.

Monsieur L._____ a pris contact avec ses différents médecins afin d'apporter des informations médicales complémentaires à celles qui était en possession du médecin d'arrondissement lors de son appréciation, et le cas échéant, la prise de position de ses médecins sur celle-ci.

En raison de la pause estivale, il ne lui a toutefois pas encore été possible de recueillir les rapports médicaux souhaités.

Il requiert dès lors l'octroi d'un délai complémentaire pour le dépôt des rapports médicaux demandés et qui ne lui sont à ce jour pas encore parvenus. »

La mandataire de l'assuré a ainsi conclu, préalablement, à ce qu'un délai complémentaire suffisamment long lui soit imparti pour lui permettre de déposer tout rapport médical utile à son droit aux prestations et, sur le fond, à l'admission de l'opposition, à l'annulation de la décision du 22 août 2019 et à la reprise du versement des prestations légales.

Plusieurs délais ont été accordés à Z._____ pour motiver l'opposition et produire les rapports médicaux annoncés. Le 3 décembre 2019, la CNA lui a accordé une ultime prolongation de délai de 30 jours à compter du 22 novembre 2019, avec la précision qu'aucune autre prolongation de délai ne serait accordée.

Le 19 décembre 2019, faisant suite au courrier de la CNA du 3 décembre précédent, Z._____ a produit le rapport relatif à l'IRM du genou droit du 2 février 2018 pour le cas où il ne serait pas en sa possession.

Le 8 septembre 2020, Z._____ a demandé à la CNA de rendre une décision formelle avec indication des motifs détaillés en lien avec les différents accidents de l'assuré.

Le 24 septembre 2020, la CNA a expliqué à Z._____ qu'elle avait clos le dossier de 2018 car elle n'avait rien reçu malgré les différentes demandes de prolongation de délai accordées.

Par courrier du 29 septembre 2020, la CNA a imparti à Z._____ un ultime délai au 13 octobre 2020 pour motiver l'opposition du 20 septembre 2019, faute de quoi elle serait dans l'obligation de rendre une décision de non entrée en matière.

Une note téléphonique de la gestionnaire de la CNA, [...], du 13 octobre 2020 expose ce qui suit (sic) :

« tél. de Z. _____ qui m'informe que Me F. _____ est absente et a reçu un appel de Mr L. _____ au sujet de son dossier. Il me dit que depuis le début de l'année, il est embêté à cause du COVID-19 et demande si nous pouvons prolonger le délai jusqu'à fin octobre ou novembre. Je lui dis que la décision date du mois d'août 2019 et que l'année passée, le COVID-19 n'était pas encore arrivé. Je lui explique que cela fait plus d'un an et que nous n'allons pas prolonger le délai et l'informe que j'ai envoyé le dossier au secteur juridique pour qu'ils fassent le nécessaire de leur côté. Il comprend tout à fait et imagine faire opposition dans les 30 jours à notre décision sur opposition en espérant avoir reçu les documents médicaux nécessaires. »

Par décision sur opposition du 19 octobre 2020, la CNA a déclaré l'opposition de l'assuré irrecevable au motif qu'elle n'était pas motivée et que l'assuré n'avait pas remédié au vice constaté dans le délai imparti.

B. Par acte du 17 novembre 2020, L. _____, désormais représenté par Me Elio Lopes, avocat à Fribourg, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision sur opposition rendue le 19 octobre 2020 par la CNA en concluant à son annulation, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instructions complémentaires et nouvelle décision sur opposition sur le fond. Le recourant se prévaut d'une constatation inexacte des faits et d'une violation du droit ayant conduit l'intimée à considérer que l'opposition du 20 septembre 2019 n'était pas motivée et à la déclarer irrecevable. Il prétend qu'il ressort clairement de l'opposition du 20 septembre 2019 qu'il n'acceptait pas la décision du 22 août 2019 de l'intimée, dès lors qu'il a formulé des conclusions tendant à son annulation et à la reprise du versement des prestations légales, ce qui serait suffisant. Il fait valoir en outre qu'en contestant le fait que son état de santé était celui qu'il aurait été sans l'accident à la date du 20 avril 2018, son opposition remplissait l'exigence de motivation. Dans un deuxième grief, le recourant soutient que l'exigence de motivation telle qu'elle ressort de l'art 10 al. 1 OPGA serait inconstitutionnelle, car violerait le principe de séparation des pouvoirs. Selon lui, l'exigence de motivation prévue par le Conseil fédéral restreint le droit fondamental de toute personne à ce que sa cause soit jugée par une autorité judiciaire. Or, toujours de l'avis du recourant, une telle restriction aurait dû être prévue dans une base légale formelle

adoptée par le pouvoir législatif alors que l'art. 81 LPGA ne contient aucun principe permettant de poser des restrictions s'agissant du contenu et de la forme de l'opposition.

Dans sa réponse du 30 novembre 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle considère que le recourant, pourtant dûment représenté par un mandataire professionnel, et après avoir été mis au bénéfice de plusieurs prolongations de délai et informé des conséquences s'il ne les mettait pas à profit, n'a à aucun moment présenté une argumentation dirigée contre le dispositif de la décision du 22 août 2019 susceptible de conduire à sa réforme ou à son annulation. Il s'est contenté de contester le point de vue de la CNA selon lequel son état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint le 20 avril 2018 au plus tard, soit 3 mois post événement, sans amener aucun développement ou élément de preuve, ce qui ne permet pas d'identifier précisément le motif de son désaccord avec la décision du 22 août 2019. Par ailleurs, la seule pièce médicale produite durant la procédure d'opposition figurait au dossier et a été prise en compte par le médecin d'arrondissement dans son appréciation médicale du 21 août 2019. Ainsi, selon l'intimée, l'opposition a été à juste titre considérée comme insuffisamment motivée, ce qui justifiait qu'elle la déclare irrecevable. Quant à l'argument subsidiaire du recourant selon lequel l'art. 10 al. 1 OPGA serait inconstitutionnel car violant le principe de la séparation des pouvoirs, l'intimée rappelle que le Tribunal fédéral, tout comme la Cour de céans, a déjà été amené à se référer à la disposition incriminée à plusieurs reprises (cf. notamment TF 8C_355/2017 du 14 mars 2018, consid. 1.2), sans qu'il n'émette jamais le moindre doute quant à sa légalité, à juste titre.

Par réplique du 7 janvier 2021, le recourant a confirmé ses conclusions. Il fait valoir que, contrairement à ce que soutient l'intimée, la jurisprudence du Tribunal fédéral n'exige pas qu'une opposition soit motivée de façon circonstanciée mais que la volonté du destinataire d'une décision de ne pas accepter celle-ci ressorte de son écriture ou de ses déclarations, et que tel est bien le cas en l'espèce. Pour le surplus, il fait

valoir que, faute d'avoir été saisi par un recours sur ce point, ni le Tribunal fédéral ni la Cour de céans n'ont jamais eu à discuter le grief d'inconstitutionnalité de l'art. 10 al. 1 OPGA.

Dans son écriture du 26 janvier 2021, l'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours, en exposant que, dans sa réplique, le recourant n'avait amené aucun élément nouveau de sorte qu'elle renonçait à déposer une duplique formelle et renvoyait la Cour de céans à son mémoire de réponse.

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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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) 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'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte uniquement sur la question de savoir si l'intimée était légitimée à refuser d'entrer en matière sur l'opposition du 20

septembre 2019 au motif qu'elle était insuffisamment motivée et par conséquent irrecevable.

3. a) Selon l'art. 52 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. L'art. 10 al. 1 OPGA (ordonnance du Conseil fédéral du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.11), 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. Si elle ne satisfait pas à ces exigences 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 (art. 10 al. 5 OPGA).

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. 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 entreprise (ATF 123 V 130 consid. 3a; 119 V 350 consid. 1b ; TFA arrêt U 259/00 du 18 mars 2001 in SJ 2001 II 212). C'est pourquoi la décision de l'assureur entre partiellement en force dans la mesure où elle n'est pas attaquée en procédure d'opposition (sur certains points), et ne fait pas l'objet d'un examen d'office (ATF 119 V 350 consid. 1b).

Dans un arrêt (TF 9C_191/2016 du 18 mai 2016), le Tribunal fédéral a rappelé que les art. 61 let. b LPGA et 10 al. 5 OPGA, qui prévoient l'octroi d'un délai supplémentaire pour régulariser un acte de recours respectivement une opposition, visent avant tout à protéger l'assuré sans connaissances juridiques qui, dans l'ignorance des exigences formelles de recevabilité, dépose une écriture dont la motivation est inexistante ou insuffisante peu avant l'échéance du délai de recours ou de l'opposition, pour autant qu'il en ressorte clairement que son auteur entend obtenir la modification ou l'annulation d'une décision le concernant

et sous réserve de situations relevant de l'abus de droit (cf. ATF 134 V 162). Le Tribunal fédéral a ensuite souligné que l'existence d'un éventuel abus de droit peut être admise plus facilement lorsque l'assuré est représenté par un mandataire professionnel, dès lors que celui-ci est censé connaître les exigences formelles d'un acte de recours ou d'une opposition et qu'il lui est également connu qu'un délai légal n'est pas prolongeable. Aussi a-t-il jugé qu'en cas de représentation, l'octroi d'un délai supplémentaire en application des dispositions précitées s'impose uniquement dans la situation où l'avocat ou le mandataire professionnellement qualifié ne dispose plus de suffisamment de temps à l'intérieur du délai légal non prolongeable du recours, respectivement de l'opposition, pour motiver ou compléter la motivation insuffisante de l'écriture initiale. En dehors du cas de figure décrit, le Tribunal fédéral a retenu a contrario que les conditions de l'octroi d'un délai supplémentaire en vertu des art. 61 let. b LPGA et 10 al. 5 OPGA ne sont pas données (8C_817/2017 Arrêt du 31 août 2018).

b) En l'occurrence, l'assuré a mandaté Z._____, qui revêt la qualité d'un mandataire professionnellement qualifié en matière de droit des assurances sociales, pour la défense de ses intérêts dans la procédure d'opposition. Or, force est de constater que, dans son acte d'opposition du 20 septembre 2019, le recourant, respectivement sa mandataire, s'est limité à contester que son état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint le 20 avril 2018. Il n'a en rien motivé cette allégation et n'a pas contesté la valeur probante des rapports médicaux au dossier. Certes, dans le cadre des nombreuses prolongations de délai qui lui ont été accordées pour compléter son acte d'opposition, il a produit le rapport d'IRM du 2 février 2018 qui figurait toutefois déjà au dossier. Toujours est-il qu'il n'en a tiré aucune argumentation. On soulignera par surabondance que, du 22 août 2019, date de la décision initiale de la CNA mettant fin à ses prestations, jusqu'au 13 octobre 2020, date de l'échéance de l'ultime prolongation accordée pour motiver son opposition, le recourant aurait eu plus que largement le temps de compléter sa motivation, même en période de pandémie, surtout que les

exigences de motivation ne sont pas très élevées en procédure d'opposition.

4. a) Dans un grief subsidiaire, le recourant fait valoir que l'art. 10 al. 1 OPGA serait inconstitutionnel, qu'il violerait le principe de la séparation des pouvoirs dès lors qu'il restreint, selon le recourant, l'accès des assurés à voir leur cause jugée par une autorité judiciaire, alors que l'art. 81 LPGGA ne contient aucun principe permettant de poser des restrictions s'agissant du contenu et de la forme de l'opposition.

b) Pour rappel, selon l'art. 52 LPGGA, les décisions rendues en matière d'assurances sociales 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. L'art. 10 al. 1 OPGA, édicté sur la base de la délégation de compétence prévue à l'art. 81 LPGGA sous le titre « Exécution », prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'opposition constitue une sorte de procédure de reconsidération qui confère à l'autorité ayant statué la possibilité de réexaminer sa décision avant que le juge ne soit éventuellement saisi. Il s'agit d'un véritable « moyen juridictionnel » ou « moyen de droit » (ATF ATF 118 V 185 consid. 1a et les références). A ce titre, l'opposition doit être motivée, faute de quoi elle manque son but, lequel est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près (ATF 118 V 186 consid. 2b). En d'autres termes, 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 entreprise (ATF 123 V 130 consid. 3a ; 119 V 350 consid. 1b ; arrêt U 259/00 du 18 mars 2001 in SJ 2001 II 212). L'autorité valablement saisie d'une opposition devra donc se prononcer une seconde fois sur les aspects de ce rapport juridique en regard avec l'obligation d'articuler les griefs (ATF 119 V 347 consid. 1a et 1b p. 349 s. ; arrêts I 1/04 du 17 février 2005 consid. 1 ; I 191/04 du 11 janvier 2005 consid. 2.2). En cas de recours ultérieur à un juge, ce rapport juridique constituera également l'objet du litige dont il a à connaître (cf. ATF 125 V 413 consid. 2 p. 415 ss). Ainsi, de jurisprudence constante, il appartient à

l'opposant d'articuler les griefs qu'il fait valoir (ATF 131 V 407). On peine dès lors à comprendre, et le recourant ne l'explique pas, les raisons pour lesquelles l'art. 10 al. 1 OPGA serait contraire à la loi, respectivement violerait la Constitution fédérale. L'obligation de motiver une opposition comme un recours fait partie du système légal permettant à l'autorité de comprendre ce qui est litigieux et de motiver sa position. A cet égard, la loi prévoit également que l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA). Il n'y a rien d'insolite à cela, peu importe que l'obligation de motiver l'opposition figure dans une ordonnance d'exécution édictée par le Conseil fédéral sur la base d'une disposition légale claire (art. 81 LPGA), qui doit être rapprochée des exigences de l'art. 61 let. b LPGA en matière de recours.

c) Cela étant, l'intimée était légitimée à ne pas entrer en matière sur l'opposition du recourant au motif qu'elle n'était pas suffisamment motivée.

5. En conclusion le recours doit être rejeté et la décision sur opposition rendue par l'intimée le 19 octobre 2020 confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable en l'occurrence selon l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 19 octobre 2020 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Elio Lopes, à Fribourg (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :