

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juin 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Métral et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

M. _____, à [...] (France), recourant, représenté par Me Marine de Saint Leger, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 56 al. 2 LPGA

E n f a i t :

A. a) M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, travaillait comme chef d'entreprise dans le domaine de la rénovation. Selon la « police pour l'assurance des chefs d'entreprise » établie le 28 février 2018, il était assuré depuis le 7 janvier 2018 pour cette activité contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). L'assuré donnait également des cours en tant que professeur de sport.

b) Par déclaration d'accident du 5 novembre 2018, l'assuré a communiqué à la CNA que le 1^{er} novembre 2018, il avait fait une chute après avoir perdu l'équilibre et s'était blessé à la colonne vertébrale cervicale.

Les suites de cet accident ont été prises en charge par la CNA.

Par décision du 26 novembre 2019, confirmée sur opposition le 26 mars 2020, la CNA a mis fin à ses prestations le jour même, au motif que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident. Le recours interjeté contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a été rejeté par arrêt du 13 juillet 2021 (AA 42/20 - 80/2021). Cet arrêt a été confirmé sur recours par le Tribunal fédéral le 31 mars 2022 (TF 8C_615/2021).

c) Entre-temps, par déclaration d'accident du 26 août 2020, l'assuré a annoncé à la CNA avoir fait une nouvelle chute le 7 août 2020. Il a expliqué avoir glissé dans des escaliers extérieurs humides alors qu'il transportait des fournitures et s'être réceptionné sur le dos.

L'assuré était alors au bénéfice d'un certificat d'incapacité de travail à 60 % en raison du précédent accident, établi par la Dre A. _____, médecin généraliste traitante, pour la période du 3 juillet au 31 août 2020.

Par courrier du 2 septembre 2020, la CNA a informé l'assuré qu'elle allouerait des prestations pour les suites de l'accident du 7 août 2020, dans le cadre de l'assurance facultative des chefs d'entreprise.

Le 7 septembre 2020, la CNA a informé l'assuré qu'elle révoquait sa décision de prise en charge du 2 septembre 2020 et procédait à une enquête complémentaire afin d'examiner si elle était tenue d'allouer des prestations. Elle a invité l'assuré à lui transmettre ses fiches de salaire et ses éventuels décomptes d'indemnités journalières d'assurance perte de gain maladie depuis novembre 2019.

Par courrier du 15 octobre 2020, l'assuré a communiqué à la CNA que c'était auprès de cette dernière qu'il était assuré pour les accidents et la perte de gain. Son assureur maladie était [...] SA.

Par décision du 25 novembre 2020, la CNA a retenu qu'elle ne pouvait pas allouer de prestations au motif que l'assurance à la CNA ne produisait plus d'effets le 7 août 2020. Elle a indiqué que l'assurance cessait de produire ses effets à l'expiration du 31^e jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins et a constaté que l'assuré était toujours en incapacité de travail à 60 % à la suite de l'événement survenu le 1^{er} novembre 2018, pour lequel elle avait mis fin aux prestations le 26 novembre 2019. Elle en a conclu que lors de la survenance de l'événement du 7 août 2020, il n'était plus assuré puisqu'il touchait uniquement son salaire à 40 % et n'était pas au bénéfice d'indemnités journalières, étant donné qu'il n'avait pas conclu d'assurance perte de gain maladie.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 17 décembre 2020, par l'intermédiaire de son mandataire. Il a notamment précisé que la décision de la CNA de mettre fin à ses prestations le 26 novembre 2019 avait été contestée et qu'une procédure judiciaire était en cours. Il a requis la transmission du dossier complet de la CNA concernant

l'assurance facultative qu'il avait conclue et a demandé à pouvoir compléter son opposition après réception de celui-ci.

Par courrier du 23 décembre 2020, la CNA a adressé à Me David Métille un CD-ROM avec « l'ensemble des pièces de ce dossier » et l'a prié de faire valoir ses motivations complémentaires avant le 20 janvier 2021.

Par courriel du 28 décembre 2020, Me Métille a informé la CNA qu'il n'était pas le conseil de l'assuré, mais que celui-ci était représenté par Me Jean-Michel Duc, à qui il transmettait le CD-ROM.

L'assuré a complété son opposition le 7 janvier 2021, invoquant notamment une violation du droit d'être entendu du fait que le CD-ROM transmis ne contenait que les pièces relatives au sinistre du 7 août 2020 et non pas celles concernant l'assurance facultative conclue. Il a annexé à son courrier la proposition d'assurance pour les chefs d'entreprise qu'il avait signée le 7 janvier 2018, ainsi que la police d'assurance établie par la CNA.

Le 13 janvier 2021, la CNA a fait savoir à l'assuré que le traitement minutieux d'une opposition prenait un certain temps et que la durée moyenne de traitement d'une procédure d'opposition était d'environ quatre mois.

Par courrier du 3 juin 2021, l'assuré a demandé à la CNA dans quel délai une décision serait rendue au sujet de l'opposition formée.

Le 10 septembre 2021, l'assuré s'est à nouveau adressé à la CNA pour connaître dans quel délai une décision serait rendue, la priant de répondre dans un délai de dix jours dès réception afin d'éviter l'introduction d'un recours pour déni de justice.

B. Par acte du 13 octobre 2021, M. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, invoquant un déni de

justice et concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que la Cour de céans constate l'existence d'une violation du principe du droit d'accès au dossier et du principe de célérité et qu'elle invite la CNA, d'une part, à lui transmettre à bref délai le dossier concernant la couverture d'assurance facultative pour indépendant et, d'autre part, à statuer à bref délai sur l'opposition du 17 décembre 2020. Il s'est prévalu d'une jurisprudence selon laquelle le fait pour un assureur de ne pas avoir répondu à une demande de consultation du dossier dans les 45 jours constitue un déni de justice. Il a reproché à la CNA de ne pas avoir répondu à ses interpellations quant au délai dans lequel une décision sur opposition serait rendue et a estimé que celle-ci avait tardé à statuer, dans la mesure où la question litigieuse était purement juridique et ne nécessitait aucune mesure d'instruction médicale. Il a requis la production du dossier complet de la CNA relatif à la couverture d'assurance facultative et au sinistre du 7 août 2020.

La CNA a déposé sa réponse le 18 novembre 2021, accompagnée des deux dossiers requis. Elle a indiqué qu'elle avait statué sur l'opposition du recourant par décision du 17 novembre 2021, de sorte que le recours était devenu sans objet. Elle a estimé qu'un déni de justice ne saurait lui être reproché, expliquant qu'elle avait attendu que l'instance judiciaire cantonale rende son jugement dans le cadre de la procédure ouverte pour le précédent accident en raison de la connexité évidente des causes. Elle a reconnu qu'elle avait omis de le signaler expressément à l'assuré, mais a rappelé que ce dernier se targuait de l'issue de cette procédure, qui pouvait influencer sur le sinistre d'août 2020. Il s'était écoulé moins de quatre mois entre l'arrêt du 13 juillet 2021 et le prononcé de la décision sur opposition, respectivement dix mois depuis le complément d'opposition, de sorte qu'aucune violation de l'obligation de célérité ne pouvait être admise. La lettre-type du 13 janvier 2021, qui annonçait une durée moyenne de procédure de quatre mois, ne pouvait par ailleurs justifier l'existence d'un déni de justice. Elle a ainsi considéré qu'il n'y avait pas lieu d'allouer de dépens au recourant.

Dans sa réplique du 15 décembre 2021, le recourant a indiqué avoir reçu le dossier relatif à l'assurance facultative le 19 novembre 2021, avec la décision sur opposition. Un tel retard constituait manifestement un déni de justice et justifiait l'octroi de dépens. Il a souligné que le recours pour déni de justice lui avait permis d'avoir une réponse de la part de la CNA quant à l'avancement de son dossier, et qu'elle aurait dû l'informer de sa position afin qu'il puisse, dans le cadre du droit d'être entendu, se déterminer sur l'existence d'un lien de connexité entre les procédures. Il a contesté que la question de la couverture d'assurance soit dépendante du maintien des prestations au-delà du 26 novembre 2019 et estimé qu'il y avait eu une violation du principe de célérité.

Dans sa duplique du 8 février 2022, la CNA a relevé que le recourant disposait des pièces utiles relatives à la couverture d'assurance comme en attestait le complément d'opposition du 7 janvier 2021, dans lequel il citait notamment le ch. 4.3 des conditions générales d'assurance. Le recourant avait pu étayer pleinement son argumentation et n'avait donc pas été entravé dans ses droits en ne recevant pas immédiatement l'entier du dossier « primes », qui ne contenait pas d'autres pièces utiles à sa cause, ce que l'intimée avait vérifié dès le début de la procédure d'opposition. Elle a repris ses arguments et précisé que le fait que la problématique en cause était juridique, et non médicale, ne permettait pas d'admettre qu'elle avait tardé à statuer de manière inexcusable.

Dans ses déterminations du 3 mars 2022, le recourant a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Selon l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut être formé lorsque malgré la demande

de l'intéressé, l'assureur ne rend pas de décision ou de décision sur opposition.

Le recours doit être interjeté devant le tribunal qui serait compétent pour statuer sur un recours contre la décision attendue (ATF 130 V 90). Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

b) En l'occurrence, le recourant était domicilié en France à la date du dépôt du recours, mais avait son précédent domicile dans le canton de Vaud, si bien que la Cour de céans est compétente pour connaître du présent recours (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Interjeté auprès du tribunal compétent et selon les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours pour déni de justice est recevable.

2. Le litige porte sur l'existence d'un déni de justice, singulièrement d'un retard inexcusable de la part de l'intimée à statuer sur l'opposition que le recourant a formée le 17 décembre 2020. Le recourant se prévaut également d'un déni de justice en ce sens que la CNA a tardé à lui transmettre le dossier relatif à sa couverture d'assurance facultative.

3. a) L'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. A l'instar de l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention européenne du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101) – qui n'offre,

à cet égard, pas une protection plus étendue –, cette disposition consacre le principe de la célérité en ce qu'elle prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans un délai que la nature de l'affaire, ainsi que toutes les autres circonstances, font apparaître comme raisonnable (ATF 135 I 265 consid. 4.4 ; 131 V 407 consid. 1.1 ; 130 I 312 consid. 5.1 s. ; TF 9C_230/2018 du 4 juin 2018 consid. 3.2).

Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour la personne intéressée ainsi que le comportement de cette dernière et celui des autorités compétentes. A cet égard, il appartient à l'administré d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié. On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts ; ceux-ci sont inévitables dans une procédure. Une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent cependant justifier la lenteur excessive d'une procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 ; TF 9C_448/2014 du 4 septembre 2014 consid. 4.1).

b) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procédure équitable au sens de l'art. 29 Cst., le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 144 II 427 consid. 3.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références).

c) Si l'autorité intimée statue alors que le recours pour déni de justice est pendant, celui-ci devient sans objet, le tribunal devant toutefois statuer sur les dépens en prenant en considération l'issue probable du litige si un jugement avait été rendu, ainsi que le comportement des parties en procédure administrative et dans la procédure de recours, à

savoir quelle partie a provoqué la procédure devenue sans objet, chez qui sont intervenues les causes qui ont conduit à ce que la procédure devienne sans objet et, en définitive, quelle partie a causé inutilement des frais (ATF 142 V 551 consid. 8.2 ; 125 V 373 consid. 2).

4. a) Le recourant conclut, d'une part, à ce qu'il soit constaté que la CNA a violé son droit d'accès au dossier et à ce qu'elle soit invitée à lui transmettre à bref délai le dossier concernant la couverture d'assurance facultative pour indépendant. La CNA a donné suite à la demande du recourant en lui transmettant le dossier en question le 17 novembre 2021. Celui-ci a reconnu avoir réceptionné ce dossier en date du 19 novembre 2021 (cf. réplique p. 1). Le recours devient donc sans objet sur ce point, dans la mesure où il était recevable.

b) Le recourant se plaint, d'autre part, d'un déni de justice du fait que la CNA n'a, malgré ses demandes, pas statué sur son opposition dans un délai raisonnable. Il conclut à ce qu'elle soit invitée à statuer à bref délai sur l'opposition du 17 décembre 2020, complétée le 7 janvier 2021.

La CNA a rendu une décision sur opposition dans la cause en question en date du 17 novembre 2021. Le recours pour déni de justice devient par conséquent sans objet sur ce point également.

5. Il convient de statuer sur la question de l'allocation de dépens.

a) Le recourant se prévaut d'une jurisprudence dans laquelle le Tribunal fédéral a estimé que l'assureur aurait dû, dans le délai de 45 jours qui s'était écoulé depuis la première demande de consultation du dossier, donner suite à cette demande ou exposer les motifs de son refus de donner accès au dossier (TF U 53/04 du 4 mai 2004 consid. 5.1).

En l'espèce, il faut constater que la CNA a réagi à la première demande de consultation du dossier faite par le recourant, en transmettant cependant le dossier relatif au sinistre du 7 août 2020 et non

celui concernant la couverture d'assurance facultative, malgré la demande suffisamment explicite du recourant, qui sollicitait « la transmission du dossier SUVA complet concernant l'assurance facultative pour indépendant conclue avec l'opposant ». Dans son complément d'opposition du 7 janvier 2021, le recourant a fait remarquer que ce n'était pas le dossier sollicité qui lui était parvenu et a réitéré sa demande tendant à la transmission du dossier concernant la couverture d'assurance. La CNA n'a, à tort, pas réagi à cette demande. Dans sa duplique du 8 février 2022, elle a indiqué qu'elle avait alors vérifié que le recourant était en main des pièces du dossier « primes » utiles à la cause et a fait valoir qu'il avait été en mesure d'étayer pleinement son argumentation. Ces éléments ne sont pas déterminants. Il appartenait en effet à la CNA de transmettre le dossier sollicité au recourant, le cas échéant d'exposer pour quels motifs elle refusait de transmettre les pièces demandées.

Le dossier relatif à la couverture d'assurance n'a finalement été transmis au recourant par la CNA que le 17 novembre 2021 alors qu'il l'avait demandé pour la première fois le 23 décembre 2020. On ne saurait toutefois y voir un retard inexcusable au vu des circonstances. En effet, comme déjà mentionné, la CNA a donné suite à la première demande de consultation du recourant, même si elle s'est fourvoyée sur le dossier qui lui était demandé. Il s'agissait à l'évidence d'une inattention, et non d'un refus, le dossier ayant par ailleurs été transmis à un avocat n'étant pas le mandataire du recourant. Le recourant a réitéré sa demande d'accès au dossier le 7 janvier 2021, demande qui est restée sans suite. Il faut toutefois relever que le recourant n'a ensuite plus du tout sollicité la production du dossier auprès de la CNA, alors même qu'il lui a adressé deux courriers, en date des 3 juin et 10 septembre 2021, pour connaître le délai dans lequel la décision sur opposition pourrait être rendue. Dans ces courriers, le recourant n'a pas fait mention du dossier « primes », ni demandé à pouvoir se déterminer sur celui-ci avant que la CNA statue, mais a, au contraire, manifesté sa volonté de se voir notifier une décision sur opposition. Dans ces circonstances, il paraît pour le moins contraire à la bonne foi de déposer ensuite un recours pour déni de justice, en vue de

faire constater que la CNA aurait tardé à lui transmettre le dossier sollicité. On peut également faire remarquer que, dans le recours qu'il a interjeté à l'encontre de la décision sur opposition rendue le 17 novembre 2021, le recourant n'a soulevé aucun grief de violation du droit d'être entendu en lien avec un défaut d'accès au dossier, alors même que le dossier relatif à la couverture d'assurance facultative ne lui est parvenu qu'en même temps que cette décision sur opposition, comme il l'indique lui-même dans sa réplique du 15 décembre 2021.

Dans ce contexte, il ne se justifie pas d'octroyer des dépens pour ce qui a trait à la question de la transmission du dossier.

b) En ce qui concerne la durée de traitement de l'opposition, le recourant ne saurait fonder l'existence d'un déni de justice sur le fait que la CNA lui a indiqué, par courrier du 13 janvier 2021, que la durée moyenne de traitement d'une opposition était alors de quatre mois. Il s'agit en effet uniquement d'une information donnée à titre indicatif, relative au temps de traitement moyen d'une opposition auprès de la CNA à cette époque, dans le cas d'espèce.

La CNA estime qu'aucune violation de l'obligation de célérité ne peut être admise puisqu'elle a attendu que l'instance judiciaire cantonale rende son jugement en lien avec le précédent accident, en raison de la connexité évidente des causes. Elle précise avoir statué environ quatre mois après que le jugement cantonal a été rendu. Il n'est pas nécessaire d'examiner en l'occurrence s'il existe effectivement un lien de connexité entre les deux affaires. Il suffit de constater que la CNA ne pouvait se dispenser de répondre aux courriers du recourant des 3 juin et 10 septembre 2021, qui l'interpellaient sur le délai dans lequel la décision sur opposition allait être rendue, mais aurait dû l'informer qu'elle entendait attendre l'issue du litige concernant le premier accident, le cas échéant en rendant une décision de suspension de procédure. Le seul fait que le recourant avait lui-même mentionné que la fin des prestations au 26 novembre 2019 faisait l'objet d'un litige en cours n'autorisait pas la CNA à surseoir à statuer sans l'indiquer explicitement, à tout le moins

lorsqu'elle a été interpellée par le recourant sur le délai dans lequel la décision sur opposition pourrait être rendue.

La seule question litigieuse était celle de la couverture d'assurance du recourant. Il n'apparaissait pas nécessaire, dans ce contexte, de procéder à des mesures d'instruction, et la CNA ne le prétend pas. Il s'agit par ailleurs d'une question comportant un enjeu particulièrement important pour le recourant, puisqu'au-delà de savoir si sa couverture d'assurance accidents facultative existait au moment de l'événement du 7 août 2020, il avait un intérêt particulier à savoir s'il était toujours assuré contre les accidents depuis lors et à l'avenir. Compte tenu de ces circonstances particulières, il appartenait à la CNA de statuer plus rapidement.

Le recourant peut par conséquent se voir attribuer des dépens réduits, dans la mesure où seule une partie de son recours s'avérait bien fondée.

c) Le recourant a produit une liste des opérations de Me Marine de Saint Leger en date du 3 mars 2022 qui fait état de 9 heures de travail. Celle-ci ne peut être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. L'indemnité de dépens concerne en effet uniquement la procédure de recours pour déni de justice, et non la procédure au fond, et doit de surcroît être réduite comme exposé ci-dessus. Il s'avère dès lors adéquat d'allouer une indemnité de 1'500 fr. au recourant à titre de dépens réduits.

d) Il n'y a en outre pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

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

prononce :

- I. Le recours est sans objet, dans la mesure où il est recevable.
- II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- III. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à M. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents 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 Marine de Saint Leger (pour M. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :

