

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 456 vom 25. August 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-08-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2023\\_\\_456](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__456)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 456 du 25 août 2023

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 456 del 25 agosto 2023

### Regeste

MOTIVATION DE LA DEMANDE, RÉVISION{DÉCISION},  
OPPOSITION{PROCÉDURE}, PROCÈS DEVENU SANS OBJET | 40 al. 1 LPGA, 52 al.  
1 LPGA, 53 al. 1 LPGA, 10 OPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2023 / 456

MOTIVATION DE LA DEMANDE, RÉVISION{DÉCISION},  
OPPOSITION{PROCÉDURE}, PROCÈS DEVENU SANS OBJET | 40 al. 1 LPGA, 52 al.  
1 LPGA, 53 al. 1 LPGA, 10 OPGA

TRIBUNAL CANTONAL AM 29/21 – 20/2023 ZE21.044711 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt  
du 25 août 2023 \_\_\_\_\_ Composition : M. Neu , juge unique

Greffier : M. Reding \*\*\*\*\* Cause pendante entre : F. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant,  
représenté par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne, et P. \_\_\_\_\_ SA , à [...], intimée.

\_\_\_\_\_ Art. 40 al. 1, 52 al. 1 et 53 al. 1 LPGA ; art. 10 OPGA E n f a i t : A.

F. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé du 1<sup>er</sup> janvier 2016  
au 30 juin 2020 en qualité d'aide-monteur en ventilation pour le compte de la société  
U. \_\_\_\_\_ Sàrl. A ce titre, il est assuré auprès de P. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : P. \_\_\_\_\_  
ou l'intimée) pour l'assurance perte de gain maladie et accident, cela par l'intermédiaire de  
[...] jusqu'à cette dernière date, puis à titre individuel. Le 31 août 2019, U. \_\_\_\_\_ Sàrl a  
annoncé à P. \_\_\_\_\_ que l'assuré était en incapacité de travail de 100 % depuis le 19 août  
2019. Celle-ci lui a ainsi versé des indemnités journalières entre cette date et le 24  
septembre 2019, avant d'en réclamer le remboursement au motif que cette incapacité de  
travail relevait d'un accident entièrement pris en charge par la Caisse nationale suisse  
d'assurance en cas d'accidents, alors assureur-accidents de l'assuré. Cette dernière ayant  
mis fin au versement de ses prestations au 3 février 2020 par décision du 7 février 2020, le  
cas a été repris par P. \_\_\_\_\_. Mandaté par P. \_\_\_\_\_ en vue de la réalisation d'une  
expertise sur la personne de l'assuré, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne  
générale et en rhumatologie, a mis en évidence, dans un rapport du 27 août 2020, les  
diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatique L5 gauche survenue,  
selon l'anamnèse, dès le 8 août 2019 à la suite d'une chute. Selon ce praticien, l'assuré était  
en mesure de reprendre son activité professionnelle au terme d'une prise en charge  
pluridisciplinaire visant à reconditionner son rachis. Il n'y avait pas de contre-indication de  
reprise de travail dans la profession habituelle au vu de l'évolution essentiellement à  
l'imagerie lombaire. L'assuré était au surplus apte à reprendre une activité adaptée à 100 %,  
soit toutes activités exemptes de port de charge, de mouvement de porte-à-faux du rachis  
lombaire et de mouvement de flexion-extension du rachis lombaire, au jour de l'expertise.

S'appuyant notamment sur le rapport d'expertise précité du Dr M. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ a mis fin, par décision du 5 octobre 2020, au versement de ses prestations au 31 janvier 2021. Cette dernière est entrée en force dans l'intervalle. B. Le 8 avril 2021, F. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de la Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (ci-après : la CAP), a déposé, auprès de P. \_\_\_\_\_, une demande de révision de la décision du 5 octobre 2020 précitée. Il s'est dans ce cadre fondé sur deux rapports établis les 15 et 17 février 2021 par le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lesquels faisaient état de difficultés psychologiques et d'une rechute des lombosciatalgies prolongeant l'arrêt de travail de 100 %, y compris dans une activité adaptée. Se déterminant sur les deux rapports du Dr S. \_\_\_\_\_, le Dr M. \_\_\_\_\_ a exposé, dans un complément d'expertise du 8 juin 2021, que l'assuré avait en janvier 2021 souffert, de manière transitoire, de douleurs irradiant au membre inférieur gauche et que ces dernières avaient été jugulées par une infiltration péri-radiculaire L5 gauche. Après l'infiltration effectuée le 3 février 2021, il ne semblait plus présenter d'irradiation douloureuse au membre inférieur gauche, mais faisait état de plaintes de paresthésies. Les conclusions de la précédente expertise concernant la nécessité d'un réentraînement rachidien et la reprise d'une activité professionnelle moyennant des limitations étaient toujours de vigueur. Par décision du 29 juillet 2021, P. \_\_\_\_\_ a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision du 8 avril 2021, estimant que le Dr M. \_\_\_\_\_ n'avait pas été à même de confirmer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Le 14 septembre 2021, l'assuré, sous la plume de la CAP, a fait part de son opposition à cette décision. Il a à cet effet invité P. \_\_\_\_\_ à lui octroyer un délai supplémentaire afin de la motiver. Par décision sur opposition du 23 septembre 2021, P. \_\_\_\_\_ a déclaré cette opposition irrecevable, dès lors qu'elle ne satisfaisait pas aux exigences légales en matière de motivation et qu'un délai supplémentaire ne pouvait pas être accordé à l'assuré dans le cas d'espèce. C. Le 14 octobre 2021, F. \_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Yero Diagne, a déposé une nouvelle demande de révision de la décision du 5 octobre 2020, faisant valoir qu'il était non seulement atteint dans sa santé par des affections rhumatologiques, mais également psychiatriques. P. \_\_\_\_\_ l'a rejeté par décision du 4 novembre 2021, confirmée sur opposition par décision du 11 janvier 2022. Saisie d'un recours à l'encontre de cette dernière, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par arrêt du 3 novembre 2022 en la cause AM 3/22 – 28/2022, l'a admis et a renvoyé le dossier à P. \_\_\_\_\_ afin qu'elle entre en matière sur la demande de révision du 14 octobre 2021. D. Le 21 octobre 2021, F. \_\_\_\_\_ a déféré la décision sur opposition du 23 septembre 2021 devant la Cour de céans. Il a conclu principalement à ce que son opposition du 14 septembre 2021 soit déclarée recevable et que l'intimée soit invitée à instruire l'affaire sur le fond avant de rendre une nouvelle décision sur opposition. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de cette décision sur opposition et au renvoi de la cause à P. \_\_\_\_\_ pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a en substance soutenu que la situation justifiait l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter son opposition au regard de la jurisprudence relative à l'art. 10 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11), dans la mesure où son précédent mandataire entendait s'appuyer sur des nouveaux éléments médicaux qui n'avaient pas pu encore être étudiés ni discutés avec lui. Ainsi, en prononçant immédiatement l'irrecevabilité de l'opposition, qui annonçait pourtant l'arrivée de nouveaux rapports, l'intimée avait adopté un comportement contraire aux règles de la bonne foi, tout en ne satisfaisait pas son obligation d'instruire d'office. Par ordonnance du 27

octobre 2021, le juge instructeur a suspendu la cause jusqu'à droit connu sur la demande de révision du 14 octobre 2021. Le 29 août 2022, le juge instructeur a informé les parties de la reprise de l'instruction. Par réponse du 13 septembre 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a soutenu que la demande d'octroi d'un délai supplémentaire n'était pas justifiée par un manque de temps, mais pas le seul motif que la première mandataire du recourant n'avait pas obtenu un rapport médical favorable permettant de fonder son opposition. Ce comportement était de la sorte constitutif d'un abus de droit. Par réplique du 28 septembre 2022, le recourant a confirmé ses conclusions, expliquant que la demande de délai favorable n'avait pas été motivée par le contenu, favorable ou non, des éléments médicaux que la CAP venait de recevoir, mais par le fait que cette dernière n'avait pas encore eu le temps d'en conférer avec lui. Par duplique du 21 octobre 2022, l'intimée a confirmé ses conclusions. Le 14 novembre 2022, le recourant a déposé des ultimes déterminations. Le 14 mars 2023, le juge instructeur a invité les parties à se déterminer sur la question de savoir si la cause était devenue sans objet au regard de l'arrêt de la Cour de céans du 3 novembre 2022 en la cause AM 3/22 – 28/2022. Par écriture du 4 avril 2023, l'intimée a objecté que les deux recours interjetés par le recourant portaient sur des décisions sur opposition bien distinctes, chacune d'elles reposant sur des motivations et fondements juridiques différents. La présente affaire, dont le sort était essentiel afin de définir les mesures d'instruction nécessaires, n'était donc pas devenue sans objet. Par écriture du 27 avril 2023, le recourant a requis le maintien ou la réactivation de la suspension de la présente procédure, cela dans l'attente que l'intimée entre en matière sur la demande de révision en instruisant au fond avant de rendre une nouvelle décision de reprise du versement des prestations. Il a soutenu que c'était à tort que P. \_\_\_\_\_ attendait l'issue de la cause avant d'entrer en matière sur la révision de la décision du 5 octobre 2020. Par écriture du 24 mai 2023, l'intimée a défendu que dans l'hypothèse où la Cour de céans rejetait le présent recours et confirmait sa décision sur opposition du 23 septembre 2021, le complément d'expertise du 8 juin 2021 du Dr M. \_\_\_\_\_ se verrait également confirmée. Il existait, partant, un intérêt à ce que les mêmes mesures d'instruction ne soient pas répétées à plusieurs reprises. L'intimée s'est pour le reste opposée à une nouvelle suspension de la procédure. Par écriture du 12 juin 2023, le recourant a affirmé que le complément d'expertise susmentionné devait quoi qu'il en soit être revu, car il avait été élaboré sans qu'il soit tenu compte de ses affections et limitations psychiques de même que deux rapports rhumatologiques d'août et septembre 2021. 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-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). 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). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur la décision sur opposition du 23 septembre 2021, par laquelle l'intimée a prononcé l'irrecevabilité de l'opposition du 14 septembre 2021 du recourant. 3. a) Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si la personne assurée ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être

produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA). L'assureur peut également revenir sur de telles décisions, indépendamment des conditions mentionnées ci-avant, lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération ; art. 53 al. 2 LPGA). Les mêmes conditions s'appliquent pour le réexamen d'une décision rendue en procédure simplifiée (art. 51 LPGA) qui n'a pas été contestée dans un délai raisonnable (ATF 143 V 105 consid. 2.1 ; 138 V 324 consid. 3 ; 134 V 145 consid. 5.3.1 ; 129 V 110). La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110). Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n'étaient pas connus de la partie requérante malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment de la partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1 ss ; 143 V 105 consid. 2.3). Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b). La décision qui est révisée par l'assureur social cesse de porter effets. Elle fait ainsi place à la nouvelle décision rendue sur la base d'un nouvel examen matériel illimité du rapport juridique en cause. Cet examen porte sur tous les éléments de la prestation et non pas seulement sur ceux auxquels se rapportent les faits ou les moyens de preuve nouveaux, sous réserve des éléments de motivation qui concernent un état de fait limité et achevé dans le temps et supposent donc un propre motif de révision. Dès lors que le motif de révision est admis, les parties se trouvent replacées dans la situation existant lorsque la première décision a été rendue, sous réserve de l'état de fait corrigé ou complété. L'ensemble des aspects du rapport juridique doit être pris en considération et examiné (Margit Moser-Szeless, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n o 66 ad art. 53 LPGA ; cf. également Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4 e éd., Zurich/Bâle/Genève 2020, n o 43 ad art 53 LPGA). b) Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions 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 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. L'opposition écrite doit être signée par l'opposant ou par son représentant légal ; en cas d'opposition orale, l'assureur consigne l'opposition dans un procès-verbal signé par l'opposant ou son représentant légal (art. 10 al. 4 OPGA). Si l'opposition ne satisfait pas

aux exigences de l'al. 1 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). Lorsque les conditions de recevabilité ne sont pas remplies, la procédure d'opposition prend fin avec une décision d'irrecevabilité (ATF 142 V 152 consid. 2.2 et les références citées). c) Aux termes de l'art. 40 al. 1 LPGA, le délai légal ne peut pas être prolongé. Par délai légal au sens de cette disposition, l'on entend celui dont la durée est fixée par la loi et parfois au niveau des ordonnances ou des règlements. Il s'agit principalement des délais d'opposition et de recours, mais pas, en revanche, des délais accordés par l'assureur social pour corriger une écriture insuffisante. Conformément à l'art. 40 al. 1 LPGA, ces délais ne sont pas prolongeables, ce qui signifie que l'acte attendu doit nécessairement intervenir au plus tard le dernier jour du délai (Anne-Sylvie Dupont, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 5 à 7 ad art. 40 LPGA et les références citées), sous réserve des délais accordés par l'assureur pour corriger une écriture déficiente qui découle du principe général de l'interdiction du formalisme excessif (ATF 120 V 413 consid. 5a). Dans plusieurs arrêts récents (TF 8C\_245/2022 du 7 septembre 2022 consid. 3 ; 8C\_660/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.3 ; 8C\_748/2021 du 23 mars 2022 ; 8C\_817/2017 du 31 août 2018 consid. 4 ; 9C\_191/2016 du 18 mai 2016 consid. 4), 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. Par mandataire professionnel, le Tribunal fédéral entend non seulement l'avocat (TF 8C\_245/2022 du 7 septembre 2022 consid. 5.2), mais aussi les associations œuvrant en faveur des assurés (TF 8C\_817/2017 du 31 août 2018 consid. 5). 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 de recours, respectivement d'opposition, pour motiver ou compléter la motivation insuffisante de l'écriture initiale. Il s'agit typiquement de la situation dans laquelle un assuré, qui n'est pas en possession du dossier le concernant, mandate tardivement un avocat ou un autre mandataire professionnellement qualifié et qu'il n'est pas possible à ce dernier, en fonction de la nature de la cause, de prendre connaissance du dossier et de déposer un recours ou une opposition motivés à temps. Il n'y a alors pas de comportement abusif de la part du mandataire professionnel s'il requiert immédiatement la consultation du dossier et motive ultérieurement l'écriture initiale qu'il a déposée dans le délai légal pour sauvegarder les droits de son mandant. 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, vu la ratio legis de l'art. 10 al. 5 OPGA, dès lors qu'un mandataire professionnel aurait dû

reconnaître le risque sachant que le délai d'opposition de 30 jours, en tant que délai légal, n'est pas prolongeable (art. 40 al. 1 LPGA) et qu'il n'y a pas lieu de protéger la confiance que le mandataire professionnel a placée dans le fait qu'un tel délai lui a été accordé à tort (TF 8C\_245/2022 du 7 septembre 2022 consid. 3.3 ; TF 8C\_817/2017 du 31 août 2018 consid. 4 ; TF 9C\_191/2016 du 18 mai 2016 consid. 4). 4. a) En l'espèce, il semble légitime de douter du bien-fondé de la décision du 23 septembre 2021, par laquelle l'intimée a déclaré l'opposition du 14 septembre 2021 du recourant irrecevable. En effet, telle que formulée, cette dernière contenait de prime abord une motivation permettant à P. \_\_\_\_\_ de comprendre que l'assuré faisait valoir – notamment à l'aune des rapports du Dr S. \_\_\_\_\_ des 15 et 17 février 2021 (qui portent sur des consultations ayant eu lieu en janvier et en février 2021) – des éléments médicaux nouveaux, cela afin de contester avoir retrouvé une pleine capacité de travail dès le 31 janvier 2021, et qu'il requérait de la sorte à ce que l'instruction de son cas soit reprise. De surcroît, la demande d'octroi d'un délai supplémentaire ayant été déposée avec l'opposition apparaissait à première vue justifiée. Elle reposait en effet sur la nécessité de discuter, avec sa précédente mandataire, de nouveaux éléments médicaux que cette dernière venait de recevoir, une telle discussion – qui, selon toute apparence, se révélait indispensable en vue de la rédaction de la motivation de l'opposition – n'ayant pas pu être organisée dans le délai légal de trente jours de l'art. 52 al. 1 LPGA. Contrairement à l'avis de l'intimée, rien n'indiquerait que cette demande a été émise dans le seul but d'obtenir un rapport médical favorable permettant de fonder l'opposition. b) Cela étant, il peut être renoncé à trancher définitivement ce point, dans la mesure où cette procédure est devenue sans objet à la suite de l'entrée en force de l'arrêt du 3 novembre 2022 de la Cour de céans dans la cause connexe AM 3/22 – 28/2022. Il n'existe en effet, à l'heure actuelle, plus aucune raison de se demander si le présent recours doit être admis ou rejeté, puisque l'intimée a finalement été renvoyée à entrer en matière sur la demande de révision du 14 octobre 2021, qui concerne certes une autre affaire, mais qui porte également sur la décision du 5 octobre 2020. A cet égard, par le biais de cette seconde demande de révision, le recourant a fait valoir tant une aggravation de son état de santé sur le plan psychique que somatique, ce qui englobe aussi la péjoration d'ordre physique alléguée à l'appui de la première demande de révision. En d'autres termes, la demande de révision du 14 octobre 2021 repose sur les mêmes éléments en lien avec les affections de nature somatique que ceux dont s'est prévalu l'assuré dans sa demande de révision du 8 avril 2021. Le renvoi à entrer en matière sur la demande de révision du 14 octobre 2021 implique au demeurant la reprise de l'instruction au niveau médical au travers d'un examen matériel illimité en vue de rendre une nouvelle décision. Dans ce cadre, l'intimée n'est donc pas liée par les seuls contenus des éléments auxquels se rapportent les faits ou les moyens de preuve nouveaux produits par le recourant. Au contraire, elle est tenue d'instruire la cause dans sa globalité, de manière à éprouver la décision initiale du 5 octobre 2020 ayant mis un terme au versement des prestations, respectivement l'aggravation de l'état de santé dont se plaint l'assuré (cf. supra consid. 3a in fine ). 5. a) Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la cause est devenue sans objet. Il se justifie par conséquent de la rayer du rôle, compétence que l'art. 94 al. 1 let. c LPA-VD attribue à un membre de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, statuant en tant que juge unique. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA). c) La partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). En effet, elle obtient, d'une part, indirectement gain de cause, étant donné que l'intimée est tenue d'entrer en matière sur sa demande de révision portant sur la

décision du 5 octobre 2020 à la suite de l'entrée en force de l'arrêt du 3 novembre 2022 de la Cour de céans dans la cause connexe AM 3/22 – 28/2022. D'autre part, son recours contre la décision du 23 septembre 2021 prononçant l'irrecevabilité de son opposition du 14 septembre 2021 paraissait prima facie devoir être admis. Il convient dès lors d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée. Par ces motifs, le juge unique prononce : I. La cause, devenue sans objet, est rayée du rôle. II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. II. P. \_\_\_\_\_ versera à F. \_\_\_\_\_ un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre d'indemnité de dépens. Le juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ Me Yero Diagne (pour F. \_\_\_\_\_), ■ P. \_\_\_\_\_, - Office fédéral de la santé publique (OFSP), 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). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.