

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 octobre 2014

---

Présidence de       Mme     DESSAUX  
Juges :            Mmes   Brélaz Braillard et Moyard, assesseure  
Greffière :        Mme Monod

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.D.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représenté par Me Joël CRETTEZ, avocat à Lausanne

et

**HOTELA ASSURANCES SA**, à Montreux, intimée, représentée par Me Jean-Michel DUC, avocat à Lausanne.

---

**Art. 27, 37, 49, 51 et 56 al. 2 LPG.**

**E n f a i t :**

**A.** A.D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante française née en 1984, souffre d'épilepsie depuis l'adolescence, pour laquelle elle suit régulièrement un traitement médicamenteux. Elle dispose d'un certificat d'aptitudes professionnelles et d'un brevet professionnel de cuisine acquis en France.

Elle est entrée en Suisse le 13 octobre 2008 pour y exercer une activité lucrative dans son domaine de compétences auprès de l'Hôtel Restaurant N. \_\_\_\_\_ à [...] (VD) et a été mise au bénéfice d'un livret G. Dans ce contexte, elle était logée par son employeur dans un appartement sis à [...] en collocation avec deux collègues.

**B.** Dans l'après-midi du 14 septembre 2010, victime d'une crise d'épilepsie en bas de son immeuble, elle a été hospitalisée auprès du Groupement hospitalier X. \_\_\_\_\_ à [...].

A cette occasion, constatant que l'assurée souffrait de profondes brûlures au deuxième degré sur l'abdomen, le dos et le bras gauche, les médecins urgentistes ont fait procéder à son transfert au Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_.

Le sinistre a été annoncé par l'Hôtel Restaurant N. \_\_\_\_\_ à son assurance-accidents, Hotela Assurances SA (ci-après : l'intimée), par déclaration complétée le 11 octobre 2010.

En cours d'hospitalisation de l'assurée, la Dresse P. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service de chirurgie plastique et reconstructive du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_, a fait parvenir un rapport intermédiaire daté du 14 octobre 2010 à l'assureur précité. Elle a attesté de la poursuite du traitement des brûlures profondes et de l'évolution favorable à long terme des greffes cutanées opérées sur sa patiente, prononçant une incapacité totale de travail depuis le 14 septembre 2010 d'une durée indéterminée.

L'assurée a quitté le Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ le 29 octobre 2010 et s'est rendue auprès de ses parents en France, des soins infirmiers à domicile et un traitement de physiothérapie ayant pu être organisés dans ce pays.

En date du 15 novembre 2010, la Dresse P.\_\_\_\_\_ a adressé un second rapport à Hotela Assurances SA, faisant état de ce qui suit :

« [...] Il s'agit d'une patiente de 26 ans connue et traitée pour une épilepsie [...] qui s'est retrouvée couchée en phase post-critique en rue. [...]

L'anamnèse de l'accident est reprise avec la patiente au réveil. [L'assurée] reste obscure quant au déroulement de l'accident, la crise ayant altéré la mémoire de ce jour. Elle n'a donc aucun souvenir de s'être brûlée. Nos collègues intensivistes suspectent en premier lieu un syndrome de Lyell que les dermatologues infirment par une biopsie cutanée. Le diagnostic finalement retenu est celui de brûlures accidentelles même si l'agent en cause ne peut être établi.

**Evolution :**

Sur le plan cutané, les greffes évoluent de manière favorable sur tout le territoire greffé. Les douches sont ensuite effectuées à l'étage ainsi que les soins relayés par la patiente elle-même.

D'un point de vue neurologique, [l'assurée] est mise au bénéfice de Lamictal et de Keppra. [...]

[L'assurée] rentre chez ses parents en date du 29.10.2010.

La physiothérapie ainsi que les pansements seront effectués par une infirmière libérale en France ainsi que par un physiothérapeute de sa région. [...]

En raison d'une suspicion d'origine criminelle de la brûlure, le cas de [l'assurée] a été annoncé au Juge d'instruction de l'Office d'instruction pénale de [...] à [...].[...] »

Le recouvrement d'une capacité partielle de travail, à hauteur de 50%, était par ailleurs envisagée dès le 13 décembre 2010.

Dans l'intervalle, le 7 décembre 2010, l'assurée a été auditoonnée par un inspecteur de la Police de sûreté, lequel a établi son rapport le 23 décembre 2010, concluant a priori à l'absence d'éléments en faveur d'une piste criminelle sans exclure une auto-agression.

Le Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ a adressé à Hotela Assurances SA une facture datée du 6 janvier 2011 pour les soins dispensés à

l'assurée du  
14 septembre 2010 au 29 octobre 2010 pour le total de 125'945 francs.

L'assurée n'a pas repris son activité lucrative auprès de l'Hôtel Restaurant N.\_\_\_\_\_, tandis qu'une nouvelle incapacité totale de travail a été prononcée du 21 janvier 2011 au 1<sup>er</sup> avril 2011, date à laquelle elle a débuté un nouvel emploi, tout en poursuivant en parallèle le traitement de physiothérapie, préconisé jusqu'au printemps 2012.

Elle s'est soumise à une expertise médico-légale, dont le rapport a été émis le 20 juillet 2011 par les Desses L.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, spécialistes en médecine légale au sein du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_. Ces dernières ont conclu à l'impossibilité de déterminer l'origine exacte des lésions de l'assurée - au demeurant jugée psychologiquement stable - ni leur nature auto ou hétéro-agressive, précisant qu'une origine accidentelle desdites lésions était « possible ».

**C.** En date du 7 septembre 2011, Hotela Assurances SA a adressé une communication sous forme de simple lettre à l'assurée, l'informant de son refus de prise en charge des conséquences du sinistre du 14 septembre 2010 dans le cadre de l'assurance-accidents. L'assureur a libellé ladite communication en ces termes :

« Nous nous référons à l'événement du 14 septembre 2010 et vous faisons part de notre détermination.

Selon les éléments en notre possession, il a été déterminé que vous êtes rentrée chez vous le 13 septembre 2010 à 23 heures et vous êtes endormie sur votre canapé. Vers 5 heures du matin, vous vous êtes réveillée, changée, puis vous êtes mise au lit sans rien constater de particulier.

C'est au réveil, vers les 15 heures, que vous avez constaté des marques, comme des cloques, sur le ventre sans pour autant ressentir de douleur. Vous pensant en retard au travail, vous vous êtes habillée et êtes descendue dans le restaurant situé en bas de votre immeuble pour y commander un café et appeler un taxi.

A ce moment-là, vous avez fait une crise d'épilepsie. Emmenée en ambulance à l'Hôpital de [...], les médecins y ont constaté des brûlures étendues sur votre corps.

Afin d'éclaircir la cause ainsi que la nature de vos lésions, vous vous êtes soumise à un examen auprès de la médecine légale du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ qui n'a pas été en mesure de déterminer l'origine de ces blessures.

Selon l'art. 4 de la Loi sur la Partie générale du droit des assurances sociales, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Partant de ce principe et, selon la jurisprudence en vigueur en Suisse, nous vous informons que nous ne pouvons intervenir pour la prise en charge de votre traitement et de votre incapacité de travail dans le cadre de l'assurance-accident. En effet, les critères de soudaineté, le facteur extérieur ainsi que le caractère extraordinaire du facteur extérieur n'ont pu être clairement établis faute de pouvoir rapporter les lésions à un événement particulier, à un produit ou à des circonstances.

La Hôtel Restaurant N. \_\_\_\_\_ ayant conclu une couverture perte de gain maladie auprès d'HOTELA, les indemnités journalières ont déjà été versées en maladie. Pour la prise en charge des frais médicaux, nous vous conseillons d'annoncer ce cas à votre caisse-maladie. [...] »

Le 9 septembre 2011, l'assurance-maladie française de l'assurée a fait parvenir un message à Hotela Assurances SA, se prévalant d'une attestation de la Dresse P. \_\_\_\_\_, jointe en annexe, qui soulignait la nature accidentelle de l'événement du 14 septembre 2010.

Hotela Assurances SA a répondu à cette missive le 20 septembre 2011, se référant à sa communication à l'assurée du 7 septembre 2011 et rappelant que la notion d'accident ne reposait pas sur une appréciation médicale, mais répondait à des critères légaux spécifiques, à son sens non réalisés en l'espèce.

L'assurée a contacté Hotela Assurances SA par téléphone du 22 septembre 2011, où elle a requis une attestation détaillant les périodes d'incapacité de travail prononcées dans son cas. A cette occasion, l'assureur a réitéré oralement sa prise de position du 7 septembre 2011. Donnant suite par écrit à la demande de l'assurée, il a également renvoyé à sa correspondance du 7 septembre 2011.

**D.** En date du 26 septembre 2011, B.D. \_\_\_\_\_, mère de l'assurée, s'est entretenue avec Hotela Assurances SA par téléphone. Une notice d'entretien du même jour, consignée au dossier de l'assureur précité, relate la conversation comme suit :

« La maman de l'assurée appelle pour savoir qui va prendre en charge les frais médicaux de sa fille.

Je lui explique que cela sera soit son assurance-maladie en Suisse, soit la sécurité sociale en France. Elle me dit que sa fille était frontalière et n'avait plus d'assurance en France vu son emploi en Suisse,

Donc elle n'aurait plus d'assurance en France.

En ce qui concerne la Suisse, mon interlocutrice me dit qu'elle n'a pas de couverture non plus.

Mme D. \_\_\_\_\_ n'est pas contente de notre refus et estime que selon elle il s'agit bien d'un accident. Je lui ai encore expliqué que d'un point de vue juridique les conditions ne sont pas remplies.

Je lui ai conseillé de regarder avec sa fille pour avoir la certitude qu'elle n'avait pas une assurance en Suisse. Si vraiment elle n'en avait pas, alors il faudra qu'elle regarde avec la sécurité sociale.

Mme D. \_\_\_\_\_ me dit que sa fille pensait être couverte pour les soins maladie par le biais de son employeur en Suisse. Je lui ai expliqué que c'était uniquement pour la perte de salaire.

A voir pour la suite si nous recevons une opposition à notre DEE. »

En date du 5 octobre 2011, la Dresse P. \_\_\_\_\_ a rappelé à Hotela Assurances SA que l'hospitalisation de l'assurée du 14 septembre 2010 \_\_\_\_\_ au 29 octobre 2010 était à son sens consécutive à un accident, les lésions corporelles de sa patiente étant dues à une cause externe.

Le Service de gestion administrative du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_ a réitéré cette argumentation par courrier adressé à Hotela Assurances SA le 21 octobre 2011, se référant à l'appréciation de la Dresse P. \_\_\_\_\_.

Le Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire du service précité, a écrit une nouvelle fois à Hotela Assurances SA le 12 janvier 2012, rappelant à cette occasion le déroulement des faits à l'origine de l'hospitalisation de l'assurée et soulignant que les constats médicaux permettaient de déduire que la notion d'accident au sens entendu par l'art. 4 LPGA était réalisée en l'occurrence.

L'assurée a pour sa part sollicité, par courrier du 13 janvier 2012, un tirage des « conditions générales et particulières de [son] contrat » auprès de Hotela Assurances SA, ce à quoi cette dernière a

répondu en la renvoyant à la loi fédérale sur l'assurance-accidents en date du 27 février 2012.

A la même date, Hotela Assurances SA, s'adressant au Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_, a maintenu la teneur de sa communication du 7 septembre 2011.

Le Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ a persisté dans les arguments développés le 12 janvier 2012, dans une correspondance du 23 juillet 2012 à Hotela Assurances SA, laquelle en a accusé réception le 3 août 2012, tout en précisant qu'une information sur les suites données à l'affaire en cause serait fournie ultérieurement.

L'assurée, par le biais de son mandataire, Me Joël Crettaz, a requis le dossier constitué par Hotela Assurances SA le 11 avril 2013, avant de lui adresser sa détermination par pli du 28 mai 2013, où elle a expressément réclamé la reconsidération de la position de l'assureur précité, respectivement la notification d'une décision formelle sujette à opposition. Elle a concédé que les faits à l'origine de ses graves lésions n'avaient pu être établis, relevant toutefois que leur caractère accidentel était incontestable, ce qui constituait au demeurant la version des faits la plus vraisemblable.

Par courrier du 10 juin 2013, Hotela Assurances SA, se prévalant de l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral en la cause 8C\_738/2007, a considéré que le délai de réaction d'un an pour s'opposer à son refus de prester du 7 septembre 2011 était dépassé, dite communication étant à son sens « entrée en force ». Partant, elle a refusé d'entrer en matière sur la reconsidération réclamée par l'assurée.

Se prévalant des échanges de correspondance entre Hotela Assurances SA et le Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_, ainsi que de l'intervention de sa mère du 26 septembre 2011, l'assurée a considéré, par pli du 1<sup>er</sup> juillet 2013, que l'assureur précité aurait dû rendre une

décision sujette à opposition, lui impartissant au surplus un délai à cette fin, à défaut de quoi une procédure serait entamée.

Hotela Assurances SA a requis une prolongation du délai pour se déterminer après transmission du dossier à son service juridique et finalement répondu le 22 juillet 2013 que les griefs soulevés par la mère de l'assurée - au demeurant non légitimée par procuration pour représenter sa fille - ne pouvaient être qualifiés d'opposition valable à sa communication du 7 septembre 2011. Il n'était en conséquence pas entré en matière sur la demande de reconsidération de ce document.

**E.** Par acte du 14 août 2013, l'assurée a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal arguant d'un déni de justice formel et concluant au renvoi de la cause à Hotela Assurances SA pour émission d'une décision sujette à opposition relative à la prise en charge des suites de l'événement du 14 septembre 2010.

Sur le fond, l'assurée a fait valoir que ledit événement remplissait les conditions mises à la qualification d'accident, au degré de la vraisemblance prépondérante requis en assurances sociales, non sans avoir rappelé les principaux faits et documents étayant la présente cause, ainsi que la jurisprudence fédérale pertinente sur le sujet.

En outre, mettant en exergue l'art. 56 al. 2 LPGA, elle a souligné la différence entre les art. 49 et 51 LPGA, ce dernier prévoyant une procédure simplifiée sans décision formelle pour l'octroi de prestations, la constatation de créances ou les injonctions non importantes ou non contestées. Fondée sur la jurisprudence rendue à cet égard, elle a relevé qu'il suffisait d'une simple déclaration tendant à la contestation de la position de l'assureur concerné, dans le délai usuel d'un an, pour requérir l'émission d'une décision formelle. Elle a observé, a contrario des exigences consacrées par l'art. 10 OPGA en matière de procédure d'opposition, que la contestation de la communication d'un assureur au sens de l'art. 51 LPGA n'était soumise à aucune exigence formelle précise,

la manifestation de son désaccord par l'intervention téléphonique de sa mère le 26 septembre 2011 apparaissant dès lors suffisante pour imposer l'émission d'une décision formelle à charge de Hotela Assurances SA. Au surplus, l'argument concernant l'absence de pouvoir de représentation de sa mère s'avérait excessivement formaliste et abusif au vu des circonstances. Enfin, l'assurée a relevé le comportement équivoque de Hotela Assurances SA à l'égard du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_, laquelle semblait annoncer le réexamen de sa situation aux termes de sa correspondance du 3 août 2012.

Par réponse déposée le 18 octobre 2013 par son mandataire, Me Jean-Michel Duc, Hotela Assurances SA a conclu au rejet du recours, maintenant que son refus de rendre une décision s'avérait justifié. Se prévalant de la jurisprudence fédérale rendue quant à la procédure prévue à l'art. 51 LPGA, ainsi que des dispositions du Code de procédure civile et du Code civil en matière de représentation et d'assistance, elle a considéré que la recourante n'avait manifesté valablement son désaccord avec sa communication du 7 septembre 2011 que par le courrier de son mandataire du 28 mai 2013, les échanges antérieurs ne relatant à son sens pas de contestation de la part de l'assurée. En outre, quant à l'intervention de B.D.\_\_\_\_\_, l'on ne pouvait considérer que cette dernière représentait sa fille, la recourante n'ayant jamais confirmé ses pouvoirs, ni la teneur de ses propos. Au demeurant, l'on devait considérer que la mère de l'assurée s'était ralliée aux explications communiquées par l'intimée. Le Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ ne représentait au surplus pas davantage la recourante en sa qualité de prestataire de services. Enfin, l'intimée a réitéré ses observations en lien avec la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA, en l'absence de facteur extérieur avéré et du critère de soudaineté.

En date du 11 novembre 2013, la recourante a répliqué et persisté dans ses précédentes conclusions, considérant que l'intimée avait violé ses obligations légales faute de notification d'une décision formelle. Elle a rappelé que la procédure de l'art. 51 LPGA n'imposait aucune forme particulière à la manifestation du désaccord de l'assuré. Elle a par ailleurs

qualifié d'abusif le grief formulé par l'intimée à l'égard du pouvoir de représentation de sa mère, tandis qu'il incombait à l'assureur de s'enquérir de la détermination de l'assurée et de l'informer des modalités procédurales. Elle a en outre considéré que la clôture du dossier par Hotela Assurances SA pouvait au plus tôt être retenue à la date de son courrier du 22 août 2012 au Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ par laquelle cet assureur avait confirmé la teneur des considérations communiquées le 7 septembre 2011. Elle a au surplus observé que le dossier produit par l'intimée était incomplet, la correspondance précitée du 22 août 2012 n'y étant pas versée, et proposé à la Cour de céans de solliciter la production du dossier constitué par le Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_. Enfin, elle a annexé un bordereau de pièces complémentaires, parmi lesquelles figurait notamment une procuration établie à l'attention des époux D.\_\_\_\_\_, ses parents, en date du 2 décembre 2010, un échange de courriels entre B.D.\_\_\_\_\_ et le Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_, ainsi que la correspondance de l'intimée du 22 août 2012.

La juge instructrice a donné suite à la suggestion de la recourante par correspondance adressée au Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ le 13 novembre 2013, tandis que ce dernier a versé un tirage de son dossier administratif à la présente cause le 28 novembre 2013.

Les parties ont eu l'opportunité de se prononcer une nouvelle fois dans cette affaire.

L'intimée a considéré, par écriture du 6 janvier 2014 que l'assurée ne pouvait se prévaloir de la procuration du 5 décembre 2010, ce document autorisant ses parents uniquement à consulter ses dossiers et n'ayant pas été remis à Hotela Assurances SA. Elle a fait valoir que les correspondances échangées avec un prestataire de soins ne constituaient pas de nouvelles prises de position et demeuraient sans incidence sur le maintien de la communication du 7 septembre 2011. Elle a par ailleurs rappelé que la conversation téléphonique du

26 septembre 2011 avec B.D.\_\_\_\_\_ ne valait pas contestation, la discussion ayant pour l'essentiel porté sur la couverture de l'assurée en cas de maladie. Enfin, elle a constaté que le dossier du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ ne contenait aucune pièce déterminante pour l'issue du litige, persistant en conséquence dans ses précédentes conclusions.

La recourante s'est déterminée le 7 janvier 2014, faisant part de son étonnement quant à la correspondance détaillée entretenue par l'intimée avec le Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ sans qu'elle en eût été régulièrement informée. En outre, elle a mis en exergue les pièces manquantes au dossier produit par Hotela Assurances SA, ce qui démontrait de son point de vue une « volonté maladroite d'escamoter des informations importantes ». Elle a par ailleurs réitéré que sa réaction à l'issue de l'échange de correspondances entre le Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ et l'intimée était intervenue en temps utile.

L'intimée a concédé ne pas avoir transmis l'intégralité de la correspondance échangée avec le Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ dans une écriture du 17 mars 2014, indiquant qu'il était usuel dans la pratique que la correspondance passée avec un prestataire ne figurât pas au dossier de l'assuré, s'agissant en règle générale de questions de factures et de tarifications.

Par pli du 28 mai 2014, la recourante a indiqué ne pas avoir de remarques ou réquisitions complémentaires à formuler, de sorte qu'à son sens il était loisible à la Cour de céans de passer au jugement de la cause.

## **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]). 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 (art. 58 al. 1 LPGA).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al.1 LPGA). Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA), étant précisé que cette disposition sert à mettre en œuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101 ; ATF 134 I 229 consid. 2.3).

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents, la valeur litigieuse excède in casu manifestement 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] ; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

**d)** En l'espèce, le recours du 14 août 2013, en tant qu'il est formé auprès du tribunal compétent pour déni de justice formel, soit pour défaut de décision de la part de l'assurance intimée (art. 56 al. 2 LPGA), et qu'il respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA) est recevable.

**2.** Est litigieuse en premier lieu la qualification de la conversation téléphonique du 26 septembre 2011, à savoir si les grief formulés à cette occasion par la mère de l'assurée à l'encontre de la prise de position de Hotela Assurances SA du 7 septembre 2011 peuvent être considérés comme une contestation de la recourante avec la teneur de la communication corrélative.

Dans ce contexte, il s'agira préalablement de se prononcer sur la validité de la représentation de l'assurée par sa mère, en l'absence de procuration en sa faveur.

En second lieu, il y aura lieu de déterminer si l'intimée se devait de notifier une décision formelle sujette à opposition, ainsi que l'a requise la recourante à réitérées reprises.

**3. a)** Selon l'art. 37 LPGA, une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas (al. 1). L'assureur peut exiger du mandataire qu'il justifie ses pouvoirs par une procuration écrite (al. 2).

L'art. 16 LPA-VD prévoit que les parties peuvent se faire représenter en procédure, sauf si elles doivent agir personnellement en vertu de la loi ou pour les besoins de l'instruction. Elles peuvent se faire assister (al. 1). L'autorité peut exiger du représentant qu'il justifie de ses pouvoirs par une procuration écrite. Les avocats inscrits à un registre cantonal des avocats sont réputés disposer des pouvoirs nécessaires. Ils justifient de leur pouvoir s'ils en sont requis (al. 3).

In casu, on relèvera à titre préliminaire que l'assurée n'était tenue par aucune disposition légale d'agir personnellement. Il lui était ainsi parfaitement loisible de se faire représenter dans le cadre du litige l'opposant à l'intimée sans être, cas échéant, contrainte de recourir aux services d'un avocat, puisque tant la LPGA que la LPA-VD permettent aux assurés de procéder par le mandataire de leur choix, ce qui constitue une brèche dans le monopole des avocats.

En conséquence, la recourante était manifestement légitimée à se faire représenter par sa mère à l'occasion de l'entretien téléphonique du 26 septembre 2011. Il ressort au demeurant incontestablement de la notice relatant ledit entretien qu'aucun doute ne planait à cet égard, la collaboratrice de Hotela Assurances SA ayant conduit la discussion sans aucune interrogation à ce sujet. Il ne pouvait en outre être envisagé que la mère de l'assurée intervint pour son propre compte - ce que l'intimée ne soutient d'ailleurs pas - faute de disposer de la qualité de partie.

Dès lors, il faut déduire que B.D.\_\_\_\_\_ agissait dûment pour le compte de sa fille, les arguments soulevés par l'intimée au stade de la présente procédure ne permettant pas sérieusement de remettre en question cette conclusion, malgré l'absence de procuration écrite établie en sa faveur.

Au demeurant, le défaut d'un tel document, dont argue Hotela Assurances SA, reste sans incidence sur la représentation effective de l'assurée par sa mère dans la mesure où l'on peut de toute façon déduire de l'art. 37 LPGA, à titre corollaire, que le législateur n'a pas imposé la forme écrite à la représentation conventionnelle.

Indépendamment de ce qui précède, si l'intimée avait le moindre doute quant au mandat conféré à B.D.\_\_\_\_\_, il lui appartenait de le signaler immédiatement à cette dernière lors de l'entretien du 26 septembre 2011, voire si nécessaire de requérir directement auprès de

l'assurée la production d'une procuration écrite tout en lui impartissant un délai à cette fin.

L'intimée n'en a cependant rien fait, étant en revanche entrée en matière sur l'appel téléphonique de la mère de l'assurée et ayant d'ailleurs réitéré son refus de prêter dans ce contexte. Ce faisant, Hotela Assurances SA a manifestement donné l'apparence d'agréer la représentation conférée par la recourante à sa mère.

Vu l'ensemble des éléments supra, l'on admettra, à l'instar de la recourante, que sa mère était valablement habilitée à la représenter sur la base de l'art. 37 LPGA et qu'elle a agi dans le contexte indiqué dans la notice d'entretien du 26 septembre 2011, soit consécutivement à la communication du 7 septembre 2011, singulièrement eu égard à la prise en charge des conséquences de l'événement du 14 septembre 2010.

**4. a)** L'art. 56 al. 2 LPGA (cité supra sous considérant 1a) permet à l'assuré de recourir auprès du tribunal compétent lorsqu'il fait face à un déni de justice formel de la part d'un assureur qui refuse ou tarde à statuer malgré sa demande expresse.

En vertu de l'art. 29 al. 1 Cst., toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable (ATF 134 I 229 consid. 2.3). Cette disposition prohibe précisément le déni de justice formel, qui peut prendre la forme d'un retard à statuer ou d'un refus de statuer (ATF 117 la 116 consid. 3a ; 107 Ib 160 consid. 3b et les références citées).

Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou au-delà de tout délai raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 et les références citées ; 130 I 312 consid. 5.1 et les références citées).

A teneur de jurisprudence, le caractère raisonnable ou adéquat du délai s'apprécie au regard de la nature de l'affaire et de l'ensemble des circonstances, lesquelles commandent généralement une évaluation globale ; sont notamment déterminants, entre autres critères, le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 130 I 312 consid. 5.2 et les arrêts cités ; TF [Tribunal fédéral] 8C\_613/2009 du 22 février 2010 consid. 2.2). A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié ; on ne saurait par ailleurs reprocher à l'autorité quelques « temps morts », qui sont inévitables dans une procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 et les références citées ; TF 8C\_613/2009 du 22 février 2010 consid. 2.2). Dans le cadre de cette appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en droit des assurances sociales, la procédure de première instance est gouvernée par le principe de célérité (ATF 126 V 244 consid. 4a et les références ; TF 8C\_613/2009 du 22 février 2010 consid. 2.3 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 241/2004 du 15 juin 2005 consid. 3.2.1), lequel ne peut toutefois l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète (ATF 119 Ib 311 consid. 5b ; TFA I 819/2002, du 23 avril 2003 consid. 2.3).

**b)** L'art. 49 LPGA prévoit que l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3).

L'art. 124 let. b OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.02) vient préciser que les assureurs doivent communiquer par écrit aux intéressés leurs décisions concernant notamment la réduction ou le refus de prestations d'assurances.

Aux termes de l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 LPGA, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2).

La loi ne précise pas dans quel laps de temps l'intéressé doit déclarer son désaccord avec le mode de règlement choisi par l'administration. Cela étant, d'après la jurisprudence, on contreviendrait aux principes de l'équité et de la sécurité du droit si l'on considérait comme sans importance, du point de vue juridique, une renonciation - expresse ou tacite - à des prestations. On peut en effet attendre de la personne qui n'admet pas une certaine solution, et qui entend voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours, qu'elle fasse connaître son point de vue dans un délai d'examen et de réflexion convenable (ATF 126 V 23 consid. 4b ; RAMA 1990 no K 835 p. 82 consid. 2a et les références ; TFA K 172/04 du 13 mars 2006).

Ainsi, l'octroi de prestations sans décision formelle par un assureur social - dans le cadre de la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA - peut produire les mêmes effets qu'une décision entrée en force si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord ou sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 122 V 367 consid. 3 ; TFA C 253/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assureur selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2).

Un délai supérieur à une année pourrait entrer en ligne de compte lorsque l'assuré - profane et non représenté par un mandataire professionnel - peut être amené à penser, de bonne foi, que l'assureur n'est pas encore susceptible de rendre une décision définitive et qu'il procède à des investigations complémentaires (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2 in fine).

**c)** On rappellera à toutes fins utiles que l'art. 10 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11), applicable à la procédure d'opposition fondée sur l'art. 52 LPGA, indique que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée (al. 1).

Doit être formée par écrit l'opposition contre une décision (al. 2) :

- sujette à opposition, conformément à l'art. 52 LPGA, et qui a pour objet une prestation ou la restitution d'une prestation fondées sur la LACI ([loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage ; RS 837.0 ; let. a)
- prise par un organe d'exécution en matière de sécurité au travail au sens des 47 à 51 OPA ([ordonnance du 19 décembre 1983 sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles ; RS 832.30] ; let. b).

Dans les autres cas, l'opposition peut être formée au choix par écrit ou par oral, lors d'un entretien personnel (al. 3). 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 (al. 4). 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 (al. 5).

**d)** En l'espèce, Hotela Assurances SA a nié le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents par simple communication, non munie des voies de droit, du 7 septembre 2011, en dépit des exigences posées par les art. 49 al. 1 LPGA et 124 let. b OLAA. Le courrier du 7 septembre 2011 ne respecte en effet incontestablement pas les réquisits de ces dispositions, ainsi que le reconnaît l'intimée.

Or, un tel procédé, possible uniquement dans les limites de l'art. 51 al. 1 LPGA, est sans nul doute erroné in casu, dans la mesure où Hotela Assurances SA a fait part de son refus de prêter suite à l'événement du 14 septembre 2010, ce qui correspond à l'évidence à la situation prévue aux art. 49 al. 1 LPGA et 124 let. b OLAA.

**e)** Cela étant, ainsi que l'a indiqué la jurisprudence fédérale citée supra, en cas de refus communiqué à tort par le biais de la procédure simplifiée, l'assuré est supposé manifester son désaccord, respectivement requérir la notification d'une décision formelle, dans un délai de principe d'une année.

Force est de constater que tel a bien été le cas en l'occurrence, au vu de la notice d'entretien du 26 septembre 2011. Il apparaît en effet que l'assurée a manifesté verbalement son désaccord avec le refus communiqué le 7 septembre 2011, tandis que la collaboratrice de l'intimée a expressément réservé une « opposition » en conclusion de son procès-verbal. Cet élément démontre qu'elle était parfaitement consciente que l'assurée entendait maintenir sa contestation en dépit de ses explications.

**f)** On soulignera à ce stade que le Tribunal fédéral n'a pas précisé la forme que devait revêtir l'intervention de l'assuré des suites d'une communication erronée rendue sur la base de l'art. 51 al. 1 LPGA. Ce serait à l'évidence faire preuve de formalisme excessif que d'imposer à

l'intervention de l'assuré les formes requises par l'art. 10 OPGA pour une procédure d'opposition écrite entamée en vertu de l'art. 52 LPGA.

Si l'on devait néanmoins se référer à l'art. 10 OPGA, il conviendrait d'appliquer les règles ressortant de l'al. 4 de cette disposition, enjoignant à l'assureur de consigner la contestation par écrit en sollicitant la signature de l'assuré ou de son représentant, cas échéant en lui octroyant un délai pour ce faire. L'intimée n'a procédé à aucune des démarches mentionnées dans cette disposition.

Par surabondance de moyens, l'on notera que même en considérant que l'assurée aurait dû respecter les règles formelles consacrées par l'art. 10 OPGA, il n'en demeurerait pas moins que l'intimée aurait tout de même violé ses obligations. En effet, il lui aurait incombé en pareille hypothèse de procéder selon les réquisits de l'art. 10 al. 5 OPGA, ce qui n'a nullement été le cas.

Quant à l'argument de l'intimée selon lequel l'assurée n'aurait pas manifesté son désaccord lors de l'entretien téléphonique du 22 septembre 2011, il faut observer que, selon la notice d'entretien corrélative, l'assurée poursuivait un autre but à cette occasion, à savoir l'obtention d'une attestation à l'attention des organes de l'assurance-chômage. Rien n'indique au demeurant qu'elle aurait acquiescé au refus que lui avait signifié l'intimée le 7 septembre 2011, ni même qu'elle se serait prononcée sur cette question.

**g)** Vu l'exposé qui précède, il y a lieu de retenir premièrement, à l'instar de la recourante, que l'intimée a opéré de manière erronée en faisant usage de la procédure prévue à l'art. 51 LPGA, alors qu'elle aurait incontestablement dû agir conformément aux art. 49 al. 1 LPGA et 124 OLAA en notifiant une décision formelle à l'assurée. Deuxièmement, il convient de se rallier aux arguments soulevés par la recourante et de considérer que cette dernière a fait état de sa contestation à l'encontre de la position de l'intimée en temps utile à l'occasion de la conversation

téléphonique du 26 septembre 2011, soit moins d'un mois après l'émission de la communication litigieuse.

Le recours devra en conséquence être admis pour ces premiers motifs, de même que pour violation du principe de la bonne foi, ainsi qu'il sera exposé infra au considérant 5.

**5.**           **a)** En vertu de l'art. 27 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2 in limine).

**b)** Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (ATF 131 V 472 consid. 5).

D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que : (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte spontanément de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été

donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant être toutefois formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5).

**c)** Il n'est nulle part fait mention dans le dossier de l'intimée, singulièrement dans la notice d'entretien téléphonique du 26 septembre 2011, que l'assurée aurait été renseignée sur les voies de droit et sur la possibilité d'exiger une décision formelle de la part de Hotela Assurances SA dans un certain délai. L'intimé ne prétend au demeurant pas que ces informations aient été transmises, ainsi que le lui imposait pourtant l'art. 27 al. 1 LPGA mentionné ci-avant.

In casu, l'intimée a certes conseillé la recourante en la renvoyant à son assurance-maladie, respectivement à la sécurité sociale française. Cela étant, elle ne lui a aucunement fait part des modalités d'une contestation, ainsi que de la teneur de l'art. 51 al. 2 LPGA. Si tel avait été le cas, au vu de l'attitude ultérieure de l'assurée sur conseils du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ (recours à un avocat), il est pour le moins vraisemblable qu'elle aurait formalisé sa contestation et exigé une décision formelle conforme à l'art. 49 al. 1 LPGA.

Dans le contexte de cette violation avérée de l'obligation de renseigner, il s'agit par ailleurs de constater que les conditions imposées par la jurisprudence précitée en matière de protection de la bonne foi sont remplies en l'espèce.

En effet, Hotela Assurances SA a agi dans les limites de ses compétences dans la situation concrète de l'assurée, sans que celle-ci n'ait été en mesure de se rendre compte du défaut de renseignements pertinents. Elle n'a à l'évidence pas pu prendre les mesures utiles immédiatement pour sauvegarder ses droits et éviter un préjudice, tandis

que la réglementation en vigueur n'a pas évolué substantiellement depuis le 7 septembre 2011.

**d)** En revanche, il n'y a pas lieu de retenir l'abus de droit invoqué par la recourante du fait de la correspondance du 3 août 2012 adressée au Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_, par laquelle Hotela Assurances SA a indiqué revenir sur l'affaire en cause. La recourante n'en était en effet pas la destinataire, ni à titre principal, ni en copie, de sorte qu'elle ne peut s'en prévaloir pour justifier de son éventuelle inaction.

**e)** En définitive, il se justifie d'admettre le recours également au motif de la violation de l'obligation de renseigner par l'intimée, en se fondant sur les règles afférentes à la protection de la bonne foi.

Il s'agit ainsi de renvoyer la cause à Hotela Assurances SA afin qu'elle rende sans délai une décision formelle, munie des voies de droit, statuant sur les droits de l'assurée des suites de l'événement du 14 septembre 2010.

**7.**           **a)** La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice  
(cf. art. 61 let. a LPGA).

**b)** En revanche, la recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD), qu'il y a lieu en l'espèce d'arrêter à 2'000 fr. compte tenu de la complexité de l'affaire, lesquels sont portés à la charge de l'intimée.

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

- I. Le recours pour déni de justice à l'encontre de Hotela Assurances SA est admis, en ce qu'il concerne l'absence de décision formelle suite à la communication du 7 septembre 2011, faisant état de son refus de prester, sous l'angle de l'assurance-accidents, des suites de l'événement du 14 septembre 2010.
  
- II. La cause est renvoyée à Hotela Assurances SA pour qu'elle statue sans délai à cet égard par le biais d'une décision formelle, sujette à opposition.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais.
  
- IV. Une indemnité de dépens en faveur de la recourante, arrêtée à 2'000 fr. (deux mille francs), est mise à la charge de l'intimée.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Joël Crettaz, à Lausanne (pour A.D. \_\_\_\_\_),
- Me Jean-Michel Duc, à Lausanne (pour Hotela Assurances SA),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :