

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2015

Composition : M. MÉTRAL, juge unique
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourante, représentée par **S.**_____, à [...],

et

M._____, à Lausanne, intimée.

Art. 41, 53 al. 1, 60 al. 1 et 2 LPGA

C o n s i d é r a n t e n f a i t e t e n d r o i t :

que G._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est assurée à titre obligatoire contre les accidents par M._____ (ci-après : l'intimée),

que le 6 mars 2012, elle a manqué une marche dans un escalier et s'est tordu la cheville gauche,

qu'il n'y a pas eu d'arrêt de travail ni de consultation médicale avant le 10 juillet 2012, date à laquelle l'assurée s'est rendue chez son médecin traitant, la Dresse R._____,

que cette dernière a posé le diagnostic d'entorse de 2^{ème} degré compliquée et a prescrit une décharge et des anti-inflammatoires, puis de la physiothérapie et un traitement proprioceptif auprès du Dr N._____, chiropraticien,

que l'accident a été annoncé à M._____ le 11 juillet 2012,

que l'assurée a suivi un traitement chiropratique du 2 octobre 2012 au 23 août 2013 auprès du Dr N._____, en général à raison de trois séances par mois,

que le 2 octobre 2013, le Dr F._____, médecin-conseil de M._____, a considéré que le traitement des suites de l'entorse du 6 mars 2012 était achevé au 30 août 2012 au plus tard, date du retour au *statu quo sine*, soit à la fin du traitement physiothérapeutique,

que selon le Dr F._____, la chiropractie n'était en outre pas un traitement adéquat d'une entorse de cheville,

que par décision du 24 octobre 2013, M._____ a mis fin à la prise en charge du traitement médical avec effet au 1^{er} septembre 2012,

renonçant toutefois à demander la restitution des prestations déjà versées,

que le 4 novembre 2013, G._____ s'est opposée à cette décision en soutenant avoir téléphoné à M._____ avant de consulter le Dr N._____ et avoir été informée du fait que cette dernière prendrait en charge «tout ce qui concerne les factures du traitement de [la] cheville»,

qu'elle a ajouté être «victime d'un manque de communication, d'information et de transparence entre les praticiens de santé et [M._____]», reprochant notamment au Dr N._____ de n'avoir pas envoyé ses factures à l'assurance-accidents au fur et à mesure du traitement, de manière à ce qu'elle puisse être informée en temps utile d'un éventuel refus de prise en charge,

que, désormais représentée, elle a déposé un complément d'opposition le 25 novembre 2013,

que par décision sur opposition du 3 février 2014, M._____ a maintenu son refus de prester pour la période postérieure au 1^{er} septembre 2012,

que par acte du 2 janvier 2015, G._____ a interjeté un recours de droit administratif auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, en demandant, en substance, la prise en charge par l'intimée des factures du Dr N._____ laissées à sa charge, pour un montant de 2'200 fr.,

que rendue attentive au caractère apparemment tardif de son recours, la recourante, par l'intermédiaire de son père, l'a expressément maintenu,

que l'intimée a produit son dossier, sur lequel la recourante s'est encore déterminée le 7 mars 2015,

qu'elle a maintenu ses conclusions en faisant pour l'essentiel valoir un défaut d'information des Drs R._____ et N._____ et le refus tardif de la prise en charge du traitement litigieux par M._____,

qu'elle soutient par ailleurs que son mandataire de l'époque avait envoyé un questionnaire à la Dresse R._____, le 9 janvier 2014, et que ce médecin n'y avait répondu que le 5 mai 2014, mentionnant alors que l'atteinte traitée était une tendinite sur excès de sport,

que cette réponse de la Dresse R._____ était tardive selon la recourante, et que ce caractère tardif l'avait empêchée de recourir dans un délai de 30 jours contre la décision sur opposition du 3 février 2014 de M._____,

que le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge du traitement médical suivi auprès du Dr N._____ jusqu'en août 2013,

que l'intéressée ne soutient plus, en instance de recours, que ce traitement était destiné à soigner des séquelles de l'accident subi en mars 2012,

qu'elle soutient, en revanche, que l'intimée devrait prendre le traitement en charge car elle ne l'avait pas informée en temps utile de son refus de prester, et parce que les Drs R._____ et N._____ ne l'avaient pas davantage rendue attentive au caractère désormais maladif des atteintes traitées,

qu'aux termes de l'art. 60 al. 1 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), le délai de recours contre une décision d'un assureur social est de 30 jours dès la notification de la décision sujette à recours,

que la recourante ne conteste pas que ce délai était largement échu au moment du dépôt du recours, le 2 janvier 2015, contre la décision sur opposition litigieuse, datée du 3 février 2014,

qu'elle soutient toutefois qu'elle n'avait pas connaissance du «changement de diagnostic» mentionné par la Dresse R. _____ dans un rapport du 5 mai 2014 seulement, soit bien après l'échéance du délai de recours,

qu'aux termes de l'art. 41 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé, celui-ci est restitué pour autant que, dans les 30 jours à compter de celui où l'empêchement a cessé, le requérant ou son mandataire ait déposé une demande motivée de restitution et ait accompli l'acte omis.

que par ailleurs, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (art. 53 al. 1 LPGA),

qu'en l'espèce, la recourante avait déjà mentionné la question du défaut d'information et du manque de communication entre médecins traitants et assurance-accidents, dans son opposition à la décision de l'intimée du 24 octobre 2013,

qu'elle était donc déjà en mesure, à l'époque, de faire valoir ces griefs à l'encontre de la décision sur opposition du 4 février 2014, de sorte qu'il n'y pas lieu, pour ce motif déjà, de restituer le délai de recours ni de communiquer le dossier à l'intimée pour qu'elle statue sur la révision de cette décision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA),

que par ailleurs, la recourante a eu connaissance en mai 2014, par l'intermédiaire de son mandataire de l'époque, du rapport de la Dresse

R. _____ dont elle se prévaut aujourd'hui, de sorte que sa demande de restitution du délai de recours - éventuellement interprétée comme une demande de révision de la décision sur opposition litigieuse à communiquer à l'assurance-accidents - est elle-même largement tardive,

que pour ce motif également, il convient de déclarer le recours irrecevable sans y donner d'autre suite,

que la cause relève de la compétence d'un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et qu'il convient de statuer sans frais ni dépens (art. 61 let. a et g LPGA, art. 55 LPA-VD), selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 82 LPA-VD,

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

I. Le recours est irrecevable.

II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- S. _____, pour la recourante,
- M. _____,
- 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 :

