

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 novembre 2012

Présidence de Mme DESSAUX, juge unique
Greffière : Mme Pellaton

* * * * *

Cause pendante entre :

K. _____, à Renens, recourante,

et

O. _____ **ASSURANCE MALADIE SA**, à Martigny, intimée.

Art. 38 s et 52 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée), née en 1947, s'est assurée auprès de la B._____ caisse maladie, qui a été radiée le 16 février 2012 par suite de fusion et dont les actifs et passifs ont été repris par la société O._____ assurance maladie SA (ci-après : la caisse).

Le 29 mai 2010, l'assurée s'est présentée en urgence dans un hôpital à Istanbul, se plaignant de douleurs au bas-ventre et d'impossibilité de retenir les urines. Elle a encore indiqué ne plus pouvoir uriner normalement depuis deux ans.

Le médecin traitant lui a diagnostiqué un prolapsus génital féminin et une incontinence urinaire et l'a opérée le lendemain (hystérectomie vaginale). L'assurée a été hospitalisée trois jours. Il n'y a pas eu de complication post-opératoire.

B. La caisse a reçu, le 6 octobre 2010, diverses factures médicales turques, pour un montant de 4'016 fr. 85 pour la période du 20 mai 2010 (date à laquelle des premiers tests ont apparemment été effectués) au 3 août 2010, ainsi qu'un questionnaire dûment rempli concernant ces frais médicaux. Peu de temps après avoir adressé un premier refus de prise en charge sous forme de décompte de prestations, la caisse a rendu une décision le 23 novembre 2010 refusant la prise en charge des frais médicaux précités, sur la base de l'article 36 al. 2 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102), au motif qu'il s'agissait d'un traitement volontaire, sans caractère urgent démontré.

C. Le 3 octobre 2011, la caisse a reçu une télécopie de D._____, qu'elle a traité comme une opposition à la décision du 23 novembre 2010, faite au nom de l'assurée.

La caisse a rendu une décision sur opposition le 5 janvier 2012, constatant que l'opposition avait été formée tardivement. Elle était ainsi irrecevable et la décision du 23 novembre 2010 était entrée en force.

D. Par acte du 17 janvier 2012, l'assurée a fait recours contre la décision sur opposition précitée auprès du Tribunal cantonal vaudois, concluant au remboursement des frais médicaux litigieux.

La caisse s'est déterminée sur le recours le 17 février 2012, concluant à son rejet, en raison de l'irrecevabilité de l'opposition de la recourante à la décision du 23 novembre 2010, se fondant sur les art. 38 al. 1, 39 al. 1 et 52 LPGGA et sur la jurisprudence fédérale concernant la notification des décisions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36), s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est

compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La décision querellée déclare irrecevable l'opposition interjetée par la recourante, le 3 octobre 2011, à l'encontre de la décision du 23 novembre 2010 de la caisse intimée. Son objet, soit la recevabilité ou non de l'opposition, définit et limite celui de la présente cause. Il s'ensuit que les griefs et moyens quant au fond de l'affaire ne seront pas examinés (art. 79 al. 2 LPA-VD).

3. Aux termes de 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.

En vertu de l'art. 38 LPGA, le délai commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). Une communication qui n'est remise que contre la signature du destinataire ou d'un tiers habilité est réputée reçue au plus tard sept jours après la première tentative infructueuse de distribution (al. 2bis). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit. Le droit cantonal déterminant est celui du canton où la partie ou son mandataire a son domicile ou son siège (al. 3). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (al. 4 let. c).

En vertu de l'art. 39 al. 1 LPGA, les écrits doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'assureur ou, à son adresse, à La Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse.

Selon la jurisprudence, le fardeau de la preuve de la réception d'un envoi incombe en principe à la personne ou l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 122 I 100 consid. 3b, 114 III 53 consid. 3c et 4, 103 V 65 consid. 2a).

La communication sous pli recommandé étant réputée reçue au plus tard sept jours après la première tentative infructueuse de distribution, le destinataire qui souhaite contester que l'avis de retrait a été déposé dans sa boîte aux lettres doit le démontrer. Il supporte par exemple le risque que l'avis se soit perdu avec le reste de son courrier. Le Tribunal fédéral applique ici une présomption de distribution correcte du courrier (Code de procédure civile commenté, François Bohnet et al., Bâle 2011, n° 20 ad art. 138 CPC et TF 4A_250/2008 du 18 juin 2008, consid. 3.2 et les références, appliqués par analogie).

Par ailleurs, lorsque le destinataire d'un courrier doit s'attendre à recevoir un acte, il doit faire en sorte que celui-ci puisse l'atteindre, conformément aux règles de la bonne foi (ATF 116 Ia 90 - JdT 1992 IV 118).

4. En l'espèce, la caisse échoue dans la preuve matérielle de la date de la notification de la décision du 23 novembre 2010, en raison du délai de conservation des données limité à 180 jours de La Poste.

Cependant, K._____ n'allègue pas l'absence de notification de la décision, ni la caisse le refus de réception, de telle sorte que la présomption de distribution correcte du courrier est établie.

En application de l'art. 38 al. 2bis LPGA, il y a lieu de calculer le délai le plus favorable à la recourante. La décision de la caisse a été envoyée en recommandé le 23 novembre 2010. La première tentative de distribution infructueuse a eu lieu, le cas échéant, le mercredi 24 novembre 2010. Compte tenu du délai de garde de sept jours, la décision est réputée avoir été reçue au plus tard le mercredi 1^{er} décembre 2010 par la recourante. Cette dernière avait trente jours pour former opposition. L'opposition aurait ainsi dû être remise à la caisse ou à la Poste au plus tard le 17 janvier 2011, compte tenu des fêtes. Elle n'a cependant été communiquée que le 3 octobre 2011 à la caisse, soit tardivement.

Par ailleurs, la recourante aurait dû s'attendre à ce qu'une décision lui soit notifiée. En effet, elle avait, dans les semaines précédant la décision litigieuse, effectué une demande de remboursement de frais médicaux, envoyé les factures correspondantes, rempli un questionnaire et reçu un décompte valant refus.

5. En vertu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que l'opposition faite par la recourante le 3 octobre 2011 contre la décision de la caisse du 23 novembre 2010 était tardive. La caisse n'a pas violé le droit fédéral en déclarant l'opposition irrecevable et la décision du 23 novembre 2010 entrée en force.

Le recours doit ainsi être rejeté et la décision du 5 janvier 2012 confirmée.

6. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, ni d'allouer de dépens (art. 61 al. 1 let. a et g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 5 janvier 2012 par O._____ assurance maladie SA est confirmée.

III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- K. _____,
- O. _____ assurance maladie SA,
- 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 :