

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 septembre 2015

---

Composition : M. MERZ, juge unique  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Séverine Berger,  
avocate à Lausanne,

et

**N.** \_\_\_\_\_ **ASSURANCE SA**, à Bâle, intimée, représentée par Me Christian  
Grosjean, avocat à Genève.

---

**Art. 10 et 53 LAA ; 68, 69 et 69a OLAA ; 46 OAMal ; 9 et 29 al. 2  
Cst**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1950, a été victime d'un accident de la circulation le 7 juin 1996, perdant la maîtrise de son véhicule sur l'autoroute. Elle a été prise en charge à l'Hôpital Z.\_\_\_\_\_, où il a été constaté qu'elle présentait un traumatisme crânio-cérébral, une luxation de la hanche droite avec fracture du cotyle, une entorse grave postéro-externe du genou droit, une fracture du péroné droit, une fracture des pédicules de C2 non-déplacée, une plaie contuse du talon droit, une dermabrasion de la jambe droite et une contusion pulmonaire gauche (cf. rapport médical initial LAA du 25 juin 1996). L'assurée était employée comme Directrice des ventes auprès de l'entreprise H.\_\_\_\_\_ SA, Genève et Lausanne. Elle était à ce titre assurée contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels auprès de N.\_\_\_\_\_ Assurance SA (ci-après : N.\_\_\_\_\_ Assurance SA ou l'intimée), laquelle a pris en charge les suites du cas.

**b)** H.\_\_\_\_\_ SA a procédé à la résiliation du contrat de travail de l'assurée avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 1997.

**B.**           L'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 3 juillet 1997. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a retenu qu'elle présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, telle que la vente ou la gestion commerciale liée à la vente. Après avoir procédé au calcul de la perte de gain de l'assuré, il a rendu une décision le 21 mai 2002, octroyant à l'intéressée une rente ordinaire depuis le 7 juin 1997, basée sur un degré d'invalidité de 71 %.

**C.**           En septembre 2002, N.\_\_\_\_\_ Assurance SA a mandaté la Clinique T.\_\_\_\_\_ aux fins d'une expertise pluridisciplinaire. Le Drs N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et la Dresse W.\_\_\_\_\_, médecin -assistante, ont rendu un rapport le 1<sup>er</sup> décembre 2003, retenant les diagnostics de trouble de l'humeur persistant, status

après polytraumatisme sévère, douleur chronique de la jambe droite sur trouble végétatif secondaire aux atteintes musculo-cutanées, hypertension artérielle traitée, baisse de l'audition et coxarthrose secondaire. Les diagnostics étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident. L'atteinte à la jambe droite répondait favorablement aux séances de physiothérapies, dont les médecins préconisaient la poursuite à raison de 4 fois par semaine (massage, drainage, rééducation en piscine et à sec). Une amélioration des symptômes était encore possible. L'assurée risquait de présenter des douleurs chroniques au niveau du membre inférieur droit, qui ne pourraient probablement jamais être jugulées complètement. Les douleurs et la limitation fonctionnelle au niveau des cervicales et du membre inférieur droit étaient susceptibles de s'aggraver rapidement en cas d'arrêt du traitement de physiothérapie. Le *status quo ante* n'était pas encore atteint et la capacité de travail était de 50 %.

Etait annexé au rapport d'expertise précité un rapport du 7 mars 2003 du Centre hospitalier universitaire vaudoise (ci-après : le CHUV) adressé à la Dresse W.\_\_\_\_\_, et dans lequel il est indiqué notamment ce qui suit :

« Actuellement, la patiente prend peu de médicaments calmants. Elle fait en revanche des traitements locaux par des applications de froid sur la jambe D [droite] et de la physiothérapie 4 séances/sem., à savoir 2 séances dans l'eau, 1 séance à sec et 1 séance de drainages lymphatiques de la jambe D. Ces séances de physiothérapie sont faite à l'Hôpital [...] et la balnéothérapie au centre de physiothérapie B.\_\_\_\_\_. »

**D. a)** Le 10 juin 2004, N.\_\_\_\_\_ Assurance SA a informé l'assurée du sort de la prise en charge de diverses prestations dont elle demandait le remboursement, soit notamment :

« Abonnement club de sport + prise en charge d'appareils

En règle générale nous accordons une participation annuelle de Fr. 300.— pour un abonnement à un club de sport, à condition que le médecin traitant ait donné son accord et qu'aucune séance de physiothérapie n'ait été remboursée.

Or en l'espèce nous continuons à payer des séances de physiothérapie prescrites par votre médecin traitant (4 séances/semaines !), dès lors nous n'allons vous accorder aucune participation.

En ce qui concerne l'achat d'appareils, en principe il n'est pas à la charge de l'assurance accident.

Toutefois, à titre exceptionnel, nous pourrions réexaminer vos demandes de prise en charge, dans le cas où vous diminuerez progressivement les séances de physiothérapie au profit d'exercices effectués à la maison (comme souhaité dans le rapport des médecins [...]). Il faudrait en plus savoir de quel type d'appareil vous avez besoin (+ coût) et quelle prestations sont comprises dans l'abonnement mensuel de Fr. 155.—/mois. »

**b)** Par courrier du 28 juin 2004, l'assurée a répondu concernant les prestations précitées ce qui suit :

« Suite à la dernière intervention, neurolyse, et l'état non stabilisé de la jambe, il m'est très difficile de réduire les séances des différents thérapeutes. La sévérité des douleurs tant à la jambe, au dos et à la nuque m'impose un suivi permanent.

La fréquentation d'un club de sport reste indispensable.

Les séances se font sous la conduite en salle de moniteurs professionnels qui surveillent, corrigent et améliorent les postures.

L'abonnement mensuel de 155.—/mois inclu la fréquentation de la salle de musculation munie d'engins identiques à ceux du centre de rééducation de [...] [...] et la fréquentation de la piscine.

Différents cours de gym sont dispensés dont l'assouplissement entre autres.

Actuellement, je privilégie la fréquentation du club de sport aux appareils à domicile afin de profiter de la dynamique de groupe propre à ces clubs. »

Par courrier du 17 octobre 2004, elle a encore précisé ce qui suit :

« Actuellement, compte tenu des douleurs chroniques jambe-dos-nuque, et ce jusqu'à l'intervention du 4 janvier par le Docteur H. \_\_\_\_\_ au CHUV à Lausanne mon état nécessite :

- une prise en charge personnelle et quotidienne dans un club de sport B. \_\_\_\_\_ dont l'abonnement coûte 155.—/mois et ce pour un abonnement annuel.
- 2 à 3 massages hebdomadaires soit à l'Institut I. \_\_\_\_\_ ou chez B. \_\_\_\_\_ 70.— la séance. [...] »

L'assurée a joint à son courrier la liste des prestations du centre « Physio B. \_\_\_\_\_ ».

**c)** Par courrier du 29 octobre 2004, N. \_\_\_\_\_ Assurance SA a informé l'assurée que l'Institut I. \_\_\_\_\_ et « Physio B. \_\_\_\_\_ » ne pouvaient être considérés comme personnel paramédical reconnu et de ce fait les prestations ne pouvaient être prises en charge. Concernant en

particulier l'abonnement au club de sport, elle a renvoyé à sa lettre du 10 juin 2004.

**E.** N.\_\_\_\_\_ Assurance SA a mandaté aux fins d'une expertise le Centre K.\_\_\_\_\_. Le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et la Dresse E.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, ont rendu un rapport le 27 juin 2006. Ils ont en particulier noté concernant les traitements et soins dont l'assurée avait besoin de manière durable pour conserver sa capacité résiduelle de travail, qui était de 80 % dans une activité adaptée, la nécessité de pratiquer au moins 2 fois par semaine des exercices de tonification et d'assouplissement du membre inférieur droit, soit sous le couvert d'exercices de type « fitness » comme elle le faisait actuellement, soit par l'application de séances de physiothérapie ayant lieu au besoin, pour soulager les lombalgies ou les crispations musculaires du membre inférieur droit.

**F.** Le mandataire de l'assurée a envoyé une lettre à N.\_\_\_\_\_ Assurance SA le 27 février 2009, dont la teneur est la suivante :

« [...] Sans attendre la prise de position générale que vous allez me faire parvenir bientôt, comme convenu, ma cliente demande une petite faveur qui me paraît être dans l'intérêt de votre Compagnie.

Elle souhaiterait que vous preniez en charge son abonnement au club de sport. Cela permettrait de réduire les séances de physiothérapie ! »

L'assurée a écrit à N.\_\_\_\_\_ Assurance SA le 27 avril 2009, expliquant que selon ses médecins, le renforcement musculaire restait indispensable pour lutter contre les postures vicieuses et maintenir un équilibre postural. La fréquentation d'un club de sport de façon régulière était nécessaire à tout point de vue. L'assurée demandait à l'assurance sa position sur la prise en charge de l'abonnement au club de sport et piscine A.\_\_\_\_\_, d'un montant de 1'690 francs. Elle a encore précisé dans un courrier du 27 mai 2009 qu'elle avait fortement réduit les séances de physiothérapies. Seuls les blocages du dos et du bassin l'obligeaient à des interventions occasionnelles. Concernant le club de sport, elle y suivait un

programme établi par le physiothérapeute, en salle et en piscine. L'assurée a produit un certificat du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont la teneur est la suivante :

« Le médecin soussigné certifie que [l'assuré] [...] a subi une intervention chirurgicale sur la hanche droite et sur le genou D sous forme de prothèses pour des séquelles graves d'un traumatisme de la voie publique. Elle doit lutter contre une amyotrophie et il est très important qu'elle puisse se rendre 3x/semaine dans une salle de sport disposant des machines nécessaires au renforcement musculaire et disposant également d'une piscine. Nous vous prions d'examiner la prise en charge de ces séances. »

Le mandataire de l'assurée a réitéré la demande de remboursement de l'abonnement précité par courrier du 12 juin 2009, précisant en particulier ce qui suit :

« [...] Vous avez reçu le rapport et un certificat du Dr S.\_\_\_\_\_ qui estime que les séances trois fois par semaine dans cette salle de sport sont très importantes [...]. J'ajoute qu'il s'agit là d'un traitement particulièrement économique, puisque lesdites séances ont permis à ma cliente d'arrêter les consultations chez les psychiatres qui vous coûtaient fr. 250.— l'heure, de ne plus avoir recours aux drainages et de voir le physiothérapeute beaucoup plus rarement (seulement dans les cas rares où il y a blocage) [...]. »

Dans un courrier du 23 décembre 2009, N.\_\_\_\_\_ Assurance SA a rappelé à l'assurée que la prise en charge partielle de l'abonnement en salle de fitness était soumise à la condition de diminuer les séances de physiothérapie et tout autre traitement analogue. Elle demandait à l'assurée des précisions sur les traitements effectués.

**G.** Selon un récapitulatif des frais médicaux établi par N.\_\_\_\_\_ Assurance SA le 22 octobre 2013, cette dernière a pris en charge les frais de l'abonnement de fitness au centre AB.\_\_\_\_\_ SA à hauteur de la moitié pour la période du « 01.04.2009 au 31.03.2009 [recte : 2010 d'après la facture émise par AB.\_\_\_\_\_ SA le 19 mars 2009] ».

**H.** a) N.\_\_\_\_\_ Assurance SA a mandaté le Centre K.\_\_\_\_\_ aux fins d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, en l'espèce menée par les Drs L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, lesquels ont rendu un rapport le 22 décembre 2010. Il était constaté sur le plan orthopédique que la prothèse de hanche de l'assurée présentait un résultat satisfaisant et qu'aucun traitement n'était actuellement pratiqué à ce niveau. Le résultat était mitigé concernant la prothèse partielle du genou droit, qui devrait vraisemblablement être changée ultérieurement. Il existait au niveau du membre inférieur droit d'autres troubles liés aux conséquences des nombreuses plaies ainsi que des multiples opérations de chirurgie reconstructrices réalisées. Au niveau cervical la fracture était consolidée sans séquelle importante. Concernant la spondylose lombaire, son rapport de causalité avec l'accident n'était pas démontré. La capacité de travail mentionnée par le Dr U. \_\_\_\_\_ n'avait jamais pu être mise en valeur en raison de multiples phases de traitements. La probabilité d'une reprise chirurgicale au niveau du genou droit empêchait les experts de définir une capacité de travail à moyen terme.

**b)** Le 8 juin 2010, l'assurée a demandé à nouveau une participation de N. \_\_\_\_\_ Assurance SA aux frais de son abonnement au club de sport, pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2010 au 31 mai 2011, demande qu'elle a réitérée le 3 janvier 2011. Par courrier du 1<sup>er</sup> février 2011, N. \_\_\_\_\_ Assurance SA a observé qu'il ne ressortait des conclusions de l'expertise précitée aucun élément médical justifiant la prise en charge d'un abonnement de fitness en sus des séances de physiothérapie prescrites. Elle refusait dès lors d'entrer en matière pour toute participation aux frais dudit abonnement.

Le 14 février 2011, ensuite d'un téléphone et d'un courriel de l'assurée, N. \_\_\_\_\_ Assurance SA a envoyé à cette dernière le courriel suivant :

« En réponse à vos lignes ci-dessous et conformément à notre entretien téléphonique de ce jour, nous vous confirmons les points suivants :

Prise en charge des frais suivants :

- Abonnement [...] Fr. 1020.00
- Abonnement fitness 50 % Fr. 845.00
- Déplacement en train 2<sup>ème</sup> classe [...] - séjour-aller/retour - Fr. 94.40

- Déplacement en train 2<sup>ème</sup> classe Lausanne/Nyon – expertise – aller/retour – Fr. 25.00

A ce sujet, un décompte de prestations vous sera adressé ces prochains jours.

Nous confirmons, ce jour, la prise en charge de votre séjour de 3 semaines à [...].

En outre, suite à votre passage à notre centre de prestations, nous nous permettons de vous rappeler de nous adresser les pièces suivantes :

- prescription médicale pour le coussin veineux
- prescription médicale pour l'aide ménagère

Pour le surplus, nous répondrons directement à Me Geller et plus particulièrement à son courrier du 1<sup>er</sup> février 2011 [...] »

N. \_\_\_\_\_ Assurance SA a annoncé à l'assurée la prise en charge des prestations précitées également par courrier du même jour, sans autre précision.

**c)** Par lettre du 9 décembre 2011, N. \_\_\_\_\_ Assurance SA a retourné à l'assurée une facture d'abonnement de fitness concernant la période du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 30 novembre 2012, précisant à ce sujet ce qui suit :

« Quant à l'abonnement de fitness annuel de Fr. 1'690.00, nous vous retournons à notre décharge la facture transmise. Nous ne manquerons pas d'y revenir concernant une éventuelle participation pour 2012 et ceci dès que nous aurons pris connaissance des rapports d'expertises du Centre K. \_\_\_\_\_. ».

**d)** Le 20 janvier 2012, l'assurée s'est adressée de la manière suivante à N. \_\_\_\_\_ Assurance SA :

« [...] concerne : [...] Participation club sport 2011-2012  
[...] Je reviens sur l'abonnement au club de sport qui ne peut souffrir d'attendre la décision des experts, je dois poursuivre le programme de renforcement en salle et les manipulations auprès de mon physio.

C'est le seul club aux alentours de Lausanne qui travaillent avec un physiothérapeute, limitant mes déplacements et ma fatigue.  
Si cette position devait être discutée à nouveau, je la soumettrai à mon avocat : Me S. Berger.

Abonnement au club sport selon entente 50 %  
845.— [...] »

Dans une autre lettre adressée à N. \_\_\_\_\_ Assurance SA le même jour, elle a précisé notamment ce qui suit :

« Concerne : [...] Participation 50 % club sport 2011-2012  
[...] Comme annoncé dans mon courrier précédent, l'abonnement au club de sport ne peut souffrir d'attendre la décision des experts, je dois poursuivre le programme de renforcement en salle et les manipulations auprès de mon physio.

Nous nous sommes entendus sur le 50 % de l'abonnement et non le 50 % du 50 %...

Copie de l'abonnement A. \_\_\_\_\_  
1'690.—  
Abonnement club sport selon entente 50 % =  
845.—  
J'ai reçu le montant de 450.—, manque :  
395.— [...] »

**I.** Par courrier du 18 avril 2012, l'assurée a prié N. \_\_\_\_\_ Assurance SA de rendre une décision formelle ouvrant les voies de recours sur différents points, dont les frais d'abonnement au club de sport.

**J.** Un traitement de physiothérapie (cure) a été préconisé par le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la Clinique V. \_\_\_\_\_, dans un rapport du 6 septembre 2012. Une prise en charge chirurgicale pouvait intervenir en cas d'échec de ce traitement conservateur.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2012, le Dr X. \_\_\_\_\_, chef de clinique au CHUV, service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation, a constaté ce qui suit :

« [...] Madame C. \_\_\_\_\_ demande à avancer la consultation prévue en raison d'une persistance, voire augmentation, des pygalgies D. Entre-temps, elle a consulté le Dr D. \_\_\_\_\_, qui a demandé un ENMG [électroneuromyogramme]. Cet examen n'aurait pas montré d'atteinte nerveuse et le Dr D. \_\_\_\_\_ aurait retenu une origine plutôt musculaire à ses douleurs. En raison de ces dernières, Madame C. \_\_\_\_\_ ne pratique presque plus d'activité sportive telle que piscine, marche, yoga, ce qu'elle accuse difficilement sur le plan de l'humeur.

Les douleurs de la fesse D sont décrites comme ponctuelles, sous forme de décharges locales, sans irradiation, déclenchées par la marche, en particulier en fin de phase d'appui au MID [membre inférieur droit]. La patiente peut également déclencher les douleurs lors de l'inclinaison latérale G [gauche] du tronc. Cliniquement, les sacro-iliaques sont indolores à la palpation et aux manœuvres. La mobilité des hanches est légèrement diminuée à D en flexion, rotation

externe, abduction-adduction, comparativement au côté controlatéral, toutefois de façon indolore. Il y a une douleur transitoire lors du clinostatisme à D, à environ 30°. La mise sous tension et la palpation du muscle pyramidal D n'engendre pas de douleur. L'origine la plus vraisemblable de ces douleurs reste une dysfonction de la jonction lombo-sacrée avec irradiation dans la fesse. Comme Madame C.\_\_\_\_\_ doit avoir une IRM lombaire le 12.10.2012, je demande à compléter l'examen par quelques coupes au niveau de la partie supérieure du bassin. En attendant, je prescris une augmentation de la physiothérapie à 2-3 séances par semaine, centrée sur le rachis et la ceinture pelvienne, tout en recommandant à la patiente de prendre régulièrement le Timonil.

Je ferai aussi une demande pour un séjour à [...], qui semble avoir jusqu'ici toujours bien convenu à Madame C.\_\_\_\_\_. Je maintiens le rendez-vous prévu le 04.10.2012 selon l'évolution des douleurs. »

**K.**           **a)** Dans une lettre du 31 janvier 2013, l'assurée a rappelé à N.\_\_\_\_\_ Assurance SA que celle-ci lui devait encore un montant de 395 fr. pour l'abonnement « physiothérapie B.\_\_\_\_\_-Rééducation » pour l'année 2012, ainsi que le montant de 845 fr. pour l'abonnement 2013, soit le 50 % du prix total.

**b)** Le 26 mars 2013, N.\_\_\_\_\_ Assurance SA a répondu comme suit à l'assurée :

                  « [...] Par courriel du 14 février 2011 adressé à Mme C.\_\_\_\_\_, avec copie à Me Geller, et confirmé par courrier du même jour, nous avons accepté la prise en charge de l'abonnement de fitness à hauteur de 50 %.

Le montant de CHF 845.00 (50 % de CHF 1'690.00, à savoir abonnement du 1<sup>er</sup> juin 2010 au 31 mai 2011) a été versé le 14 février 2011 sur le compte bancaire de Mme C.\_\_\_\_\_.

Concernant les frais d'abonnement pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 30 novembre 2012, de CHF 1'690.00, nous avons versé à Mme C.\_\_\_\_\_ que CHF 450.00, le 9 février 2012, dans l'attente des conclusions du Centre K.\_\_\_\_\_.

Nous vous rappelons que c'est à bien plaisir que nous avons accepté le versement d'une participation. Une salle de sport n'est pas un établissement médical reconnu au sens de la LAA.

A titre exceptionnel, nous consentons à régler le solde de notre participation, à savoir CHF 395.00, dans l'attente de statuer sur le fond, en particulier sous l'angle de l'art. 21 LAA. Ce montant est versé ce jour sur le compte bancaire de Mme C.\_\_\_\_\_. [...] ».

**L.**           Dans une lettre du 25 novembre 2013, le Dr Y.\_\_\_\_\_, physiothérapeute ostéopathe, a expliqué ce qui suit au mandataire de l'assurée :

« [...] Les principales séquelles du polytraumatisme sont des douleurs sur l'ensemble du membre inférieur droit, un flexum et une rotation externe de la hanche droite, et un genuflexum droit.

Avec les années, les attitudes vicieuses ne peuvent que s'accroître et le rôle du physiothérapeute consiste à lutter contre cette détérioration par une tonification, des étirements, de la reprogrammation neuro-musculaire et une correction de la boiterie.

En dehors de la prise en charge des séquelles directes de l'accident, les problèmes rachidiens nécessitent des exercices de gainage, un contrôle proprioceptif et le traitement des dysfonctions. »

**M.**            **a)** Par courrier du 7 janvier 2014, l'assurée a demandé à N. \_\_\_\_\_ Assurance SA la prise en charge de l'abonnement au club de sport pour l'année 2013-2014 à hauteur de 50 % « selon entente ».

**b)** Le 24 janvier 2014, N. \_\_\_\_\_ Assurance SA a rappelé à l'assurée que c'était à bien plaisir qu'elle avait accepté le versement d'une participation les années précédentes. Une salle de sport n'était pas un établissement médical reconnu au sens de la LAA. Afin de prendre position sur une éventuelle nouvelle participation pour l'année 2014, N. \_\_\_\_\_ Assurance SA priait l'assurée de lui faire parvenir une copie de la facture qu'elle avait réglée.

**c)** Par lettre du 7 février 2014, l'assurée a fait parvenir à N. \_\_\_\_\_ Assurance SA copie de la confirmation d'abonnement au centre AB. \_\_\_\_\_ SA pour la période du 1<sup>er</sup> février 2013 au 24 février 2014, sur laquelle étaient cochées les prestations suivantes : musculation, cardio, cours collectifs, « abo combiné », y compris sauna et/ou piscine, piscine et cours aquagym. L'assurée a rappelé à N. \_\_\_\_\_ Assurance SA que si la prise en charge de l'abonnement avait été admise durant de nombreuses années par l'assurance, c'était en raison du fait que l'assurée ne se rendait pas au centre en question pour de simples séances de sport. Il s'agissait en réalité d'un centre de physiothérapie, au sein duquel elle bénéficiait d'un programme spécifique, notamment au niveau du renforcement musculaire.

**d)** N.\_\_\_\_\_ Assurance SA a, par courrier du 18 mars 2014, déclaré qu'une salle de fitness n'était pas un établissement reconnu au sens de la LAA, quelle que soit le qualificatif du centre. Elle avait pris en charge 43 séances de physiothérapie en 2011 et 45 en 2012, ainsi que 44 séances de « palpé-roulé-crochetage-massage » en 2011 et 43 en 2012, ainsi que deux séjours à la Clinique Q.\_\_\_\_\_ à [...] du 16 février 2011 au 9 mars 2011 et du 20 novembre 2012 au 15 décembre 2012. Elle avait précisé à réitérée reprise que sa participation aux frais de l'abonnement était faite à titre exceptionnel, susceptible d'être revue. Au vu de ces éléments, elle n'interviendrait pas pour les frais d'un abonnement auprès de « AB.\_\_\_\_\_ SA, Espaces de sport et bien-être ».

L'assurée a réitéré sa demande de décision formelle le 4 avril 2014, rappelant la nécessité médicale de sa prise en charge auprès du centre AB.\_\_\_\_\_ SA par différents professionnels, dont des physiothérapeutes, et notant que la participation sans réserve aux frais litigieux durant de très nombreuses années permettait de considérer qu'un accord tacite avait été conclu.

**N.**            **a)** N.\_\_\_\_\_ Assurance SA a rendu le 25 avril 2014 une décision formelle de refus de participation aux frais de l'abonnement au centre AB.\_\_\_\_\_ SA dans le cadre de l'assurance-accidents. Elle a considéré que, outre que dit abonnement ne répondait pas à la définition de traitement médical au sens des art. 10 ss. LAA, le centre en question ne répondait pas aux définitions posées à l'art. 53 LAA, en relation avec les art. 68 et 69 OLAA s'agissant des prestataires autorisés à facturer dans le cadre de l'assurance-accidents. N.\_\_\_\_\_ Assurance SA a rappelé que les assureurs-accidents pouvaient confier le traitement des assurés aux seuls signataires de conventions réglant leur collaboration et fixant les tarifs des prestations. Elle a par ailleurs observé qu'il avait été précisé à plusieurs reprises depuis le 1<sup>er</sup> février 2011 que l'abonnement de fitness était pris en charge à bien plaisir. Dans l'hypothèse où l'assurée avait compris les participations antérieures comme une acceptation pure et simple, sans limite dans le temps, de la prise en charge de l'abonnement de fitness, l'on se trouvait alors dans un cas de reconsidération avec effet

*ex nunc et pro futuro*. Dans ce cadre, l'assurée ne pouvait se prévaloir du droit à la protection de sa bonne foi.

**b)** L'assurée s'est opposée à la décision précitée le 28 mai 2014. Elle a fait valoir en premier lieu que les séances d'exercices au centre AB. \_\_\_\_\_ SA étaient nécessaires d'un point de vue médical, adéquates et proportionnées, et qu'elles permettaient de réduire le nombre des séances de physiothérapie. En second lieu, elle a soutenu que le centre n'était pas un centre de fitness de « loisirs ». Elle y bénéficiait d'un suivi et d'une prise en charge de type médical, par des physiothérapeutes. Pour le surplus, elle a invoqué les principes de la confiance et le droit à la protection de la bonne foi, N. \_\_\_\_\_ Assurance SA ayant accepté la prise en charge du montant de 845 fr. durant plusieurs années, sans émettre de réserves. L'assurée a produit divers documents à l'appui de son opposition, dont un courriel du 8 mai 2014 adressé par G. \_\_\_\_\_ du centre « Physio B. \_\_\_\_\_ » au mandataire de l'assurée, et dont la teneur est la suivante :

« [...] j'aimerais vous préciser, que la Physio B. \_\_\_\_\_ qui fournit les traitements de physiothérapie à votre cliente C. \_\_\_\_\_ est distincte du centre de fitness A. \_\_\_\_\_. Ce sont deux entités différentes. »

Le cabinet de physiothérapie ne donne pas des abonnements, car les traitements de physiothérapie, sont exclusivement pris en charge par les différentes assurances.

Vu notre situation, nous travaillons en étroite collaboration avec le fitness A. \_\_\_\_\_.

Comme constaté dans le rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du 07.05.2014, votre cliente, Madame C. \_\_\_\_\_, suit des traitements dans notre cabinet, dans le but d'améliorer la fonction musculaire et la tonicité musculaire pour soulager ses douleurs.

Dans le cadre de notre collaboration avec le fitness, un programme de musculation lui a été préparé et démontré par un physiothérapeute. »

L'assurée a produit un rapport médical du 3 septembre 2008 du Dr J. \_\_\_\_\_, médecin-chef à la F. \_\_\_\_\_, dans lequel il prescrivait de la « physiothérapie, fangos, massages, ainsi que musculation ». L'assurée a également produit un rapport médical du 7 mai 2014 du Dr X. \_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante :

« Le médecin soussigné atteste que Mme C. \_\_\_\_\_ nécessite des traitements hebdomadaires de rééducation, des suites de son accident de 1996 et des conséquences y relatives.

Son programme comprend au moins 1 séance hebdomadaire de physiothérapie et 3 x 75 minutes/semaines d'exercices supervisés, à sec ou en piscine, toujours dans ce même cadre thérapeutique (Centre de physiothérapie AB. \_\_\_\_\_ SA), afin de stabiliser autant que possible sa situation médicale.

Une réduction d'intensité dans ce programme se traduit généralement par une rapide baisse de ses capacités fonctionnelles (marche, mobilité du tronc, port de charge, etc.), de par les déséquilibres musculaires engendrés.

Le fait que Mme C. \_\_\_\_\_ puisse réaliser un certain nombre d'exercices sans intervention direct d'un physiothérapeute, mais néanmoins sous supervision, tient à sa discipline et à sa volonté. Sans cette rigueur, il serait normalement nécessaire de prescrire au moins 2-3 séances hebdomadaires de physiothérapie, en plus d'exercices individuels, ce qui reviendrait à une charge financière de plus de 500. —/mois pour l'assurance, soit bien au-dessus du prix d'une rééducation conduite comme ci-dessus. »

Au vu de ces éléments, l'assurée concluait à la réforme de la décision contestée en ce sens qu'une participation de 845 fr. annuellement lui était accordée s'agissant des frais d'abonnement auprès du centre AB. \_\_\_\_\_ SA, y compris pour les années 2013 et 2014.

**c)** N. \_\_\_\_\_ Assurance SA a rendu une décision sur opposition le 15 septembre 2014, confirmant la décision du 25 avril 2014. Elle a pour l'essentiel relevé que l'abonnement en cause n'était pas un traitement approprié au sens de la LAA et qu'il n'existait dès lors pas de droit à ce type de prestations. Il n'y avait par ailleurs jamais eu d'accord concernant la prise en charge litigieuse.

**O.**            **a)** Par acte de son mandataire du 15 octobre 2014, C. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut principalement à la réforme de ladite décision en ce sens qu'une participation de 845 fr. lui est accordée annuellement pour ses frais d'abonnement auprès du centre AB. \_\_\_\_\_ SA, y compris pour les années 2013 et 2014. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle requiert par ailleurs, dans le cas où la Cour de céans devait considérer que les éléments au dossier ne sont pas suffisants, la mise en œuvre d'une expertise dans la mesure où l'intimée conteste le fait

que le traitement litigieux est adéquat, approprié et justifié d'un point de vue économique.

**b)** L'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens, par réponse de son mandataire du 15 décembre 2014. Elle a produit 19 classeurs correspondant au dossier de la recourante auprès d'elle.

**c)** Les parties ont maintenu leur position et conclusions respectives par mémoires des 23 janvier et 23 février 2015 pour la recourante, 30 janvier 2015 pour l'intimée.

**d)** Les arguments des parties seront repris, dans la mesure utile, dans les considérants en droit ci-après.

### **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 (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). 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. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme, est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, 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). Le juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétent pour statuer, vu la valeur litigieuse (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 4 LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge par l'intimée d'un abonnement annuel auprès d'un club de sport, respectivement de la moitié des frais d'un abonnement auprès du centre AB. \_\_\_\_\_ SA, y compris pour la période du 1<sup>er</sup> février 2013 au 24 février 2014.

**3.** En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a) ; aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b) ; au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c) ; aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) ; aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). L'assuré peut choisir librement son médecin, son dentiste, son chiropraticien, sa pharmacie ou l'établissement hospitalier dans lequel il veut se faire soigner (art. 10 al. 2 LAA).

Selon l'art. 53 LAA, sont réputés médecins, dentistes ou pharmaciens au sens de la présente loi les personnes qui possèdent un diplôme fédéral. Leur sont assimilées les personnes autorisées par un canton, sur la base d'un certificat de capacité scientifique, à exercer la profession de médecin ou de dentiste. Les médecins porteurs d'un diplôme fédéral et autorisés par un canton à dispenser des médicaments sont assimilés aux pharmaciens porteurs d'un diplôme fédéral dans les limites de l'autorisation cantonale. Les personnes autorisées par un canton à exercer la chiropratique en vertu d'un certificat de capacité obtenu grâce à une formation professionnelle spéciale et reconnu par le Conseil fédéral peuvent, dans les limites de l'autorisation cantonale, pratiquer aux frais de l'assurance-accidents (al.1). Le Conseil fédéral règle les conditions

auxquelles les établissements hospitaliers, les établissements de cure ainsi que le personnel paramédical et les laboratoires peuvent exercer une activité indépendante à la charge de l'assurance-accidents (al. 2).

Aux termes de l'art. 68 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), sont réputés établissements hospitaliers les établissements suisses ou les divisions de ceux-ci qui, placés sous direction médicale permanente et disposant d'un personnel soignant spécialement formé et d'installations médicales appropriées, servent au traitement hospitalier de maladies et de suites d'accidents (al. 1). Sont réputées établissements de cure les institutions qui, placées sous direction médicale et disposant d'un personnel spécialement formé et d'installations appropriées, servent au traitement complémentaire et à la réadaptation médicale (al. 2). L'assuré peut, dans les limites des art. 48 et 54 de la loi, choisir librement l'un des établissements hospitaliers et de cure avec lesquels une convention sur la collaboration et les tarifs a été passée (al. 3).

L'art. 69 première phrase OLAA prévoit que les art. 44, et 46 à 54 OAMal (ordonnance du 28 juin 1995 sur l'assurances-maladie, RS 832.102) s'appliquent également au droit des chiropraticiens, des personnes prodiguant des soins sur prescription médicale et des organisations qui les emploient (personnel paramédical) et des laboratoires de pratiquer à la charge de l'assurance-accidents.

L'art. 69a OLAA règle la facturation notamment de la manière suivante : Les fournisseurs de prestations doivent indiquer dans leurs factures : a. les dates de traitement ; b. les prestations fournies, détaillées comme le prévoit le tarif qui leur est applicable ; c. le diagnostic (al. 1). Les prestations prises en charge par l'assurance-accidents doivent être clairement distinguées des autres prestations dans la facture (al. 2).

En vertu de l'art. 46 OAMal, sont admises en tant que personnes prodiguant des soins sur prescription médicale les personnes suivantes qui exercent à titre indépendant et à leur compte : a.

physiothérapeutes ; b. ergothérapeutes ; c. infirmières et infirmiers ; d. logopédistes/orthophonistes ; e. diététiciens (al. 1). Ces personnes doivent être admises en vertu du droit cantonal et remplir les autres conditions d'admission fixées dans la présente ordonnance (al. 2).

**4.** En l'espèce, il ressort de l'extrait du Registre du Commerce pour le canton de Vaud que le centre AB.\_\_\_\_\_ SA a pour but l'exploitation d'un centre "A.\_\_\_\_\_, espace de sport et de bien-être", la mise à disposition d'installations et de locaux dans ce domaine, toutes prestations de conseils et de services dans les domaines du sport et du bien-être, l'achat et la vente de tous produits y relatifs. La recourante qualifie elle-même l'établissement dont il est question de club de sport (cf. courriers des 28 juin 2004, 27 avril et 27 mai 2009, 20 janvier 2012), dont l'abonnement litigieux inclut la fréquentation, en particulier de la salle de musculation et de la piscine. Malgré la présence de personnel spécialisé, tel que des physiothérapeutes, ce service est à distinguer de séances de physiothérapie, comme cela ressort du courriel du 8 mai 2014 du représentant de Physio B.\_\_\_\_\_ G.\_\_\_\_\_ Dites séances sont facturées séparément, comme le démontrent les notes d'honoraires pour traitement de physiothérapie figurant au dossier de l'intimée, établies par Physio B.\_\_\_\_\_, en partie par M. G.\_\_\_\_\_, pour les années 2006 à 2014. Ces dernières ont du reste été prises en charge par l'intimée, comme l'atteste le tampon « payé » figurant sur ces documents. Les prestations proposées par un club de sport et de bien être tels que cours de sport et fréquentation, encadrée ou non, des salles prévues à cet effet, ne font pas partie du catalogue des prestations à prendre en charge par l'assurance-accidents au regard des art. 10 LAA et 69a OLAA (cf. supra consid. 3), même si elles contribuent à l'amélioration de l'état de santé de l'assuré. L'abonnement en cause ne peut en aucun cas être assimilé à des séances de physiothérapie à proprement parlé, ceci quand bien même le programme suivi par la recourante a été établi et est surveillé par des physiothérapeutes. La confirmation d'abonnement transmise à l'intimée par la recourante pour la période du 1<sup>er</sup> février 2013 au 24 février 2014 démontre bien que les prestations visées sont des cours collectifs, la fréquentation des salles et l'utilisation de machines. Il n'est pas fait

mention de physiothérapie. Si cela avait été le cas, encore aurait-il fallu avoir des détails sur le nombre et le tarif de ces séances. En effet, seules les séances de physiothérapies prescrites par un médecin, datées et facturées séparément, telles que celles émises par Physio B.\_\_\_\_\_, peuvent faire l'objet d'une prise en charge conformément à l'art. 69a OLAA (cf. supra consid. 3). Cette solution s'impose d'autant plus en l'espèce qu'aucun médecin n'a prescrit des séances d'exercices en salles ou en piscine en lieu et place des séances de physiothérapie. Les experts du Centre K.\_\_\_\_\_ n'ont pas mentionné la nécessité d'exercices sportifs en salle ou en piscine. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a quant à lui bien prescrit des séances de physiothérapie. Il en va de même du Dr X.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2012. Le Dr Y.\_\_\_\_\_ mentionne certes la nécessité d'exercices de gainage, mais ne donne toutefois pas plus de précisions à ce sujet, ce qui ne peut être assimilé à la prescription d'un traitement. Le Dr J.\_\_\_\_\_ prescrit quant à lui physiothérapie, fangos, massages et musculation, sans non plus donner de précisions sur les modalités et le nombre. Seul le Dr S.\_\_\_\_\_ est explicite quant à l'importance de la fréquentation d'une salle de sport, mais ne dit pas que cela remplacerait des séances de physiothérapie, qui ont continué à être suivies régulièrement par la recourante. L'on observe encore ici que le fait qu'un plus grand nombre de séances de physiothérapie aurait été nécessaire en cas de non fréquentation du club de sport, ou que la fréquentation du club soit importante, comme le mentionne le Dr S.\_\_\_\_\_, ne permet pas d'imposer à l'intimée la prise en charge de l'abonnement. A l'inverse, l'intimée ne pourra en conséquence pas non plus obliger la recourante à pratiquer des séances au club de Fitness afin de réduire le nombre des séances de physiothérapie rendues nécessaires par l'atteinte à sa santé et prescrites par les médecins.

Dès lors que la prestation litigieuse n'entre pas dans le catalogue des prestations que l'assureur-accidents doit prendre en charge, une expertise visant à en examiner le caractère adéquat, approprié et économique ne s'impose pas et la requête de la recourante dans ce sens est rejetée.

**5.** La recourante invoque par ailleurs une violation par l'intimée du principe de la bonne foi.

**a)** Ancré à l'art. 9 Cst. et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi exige que l'administration et les administrés se comportent réciproquement de manière loyale. En particulier, l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et elle ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. A certaines conditions, le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci (ATF 121 V 65 consid. 2a et les références). De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou espérance légitime (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et 129 II 361 consid. 7.1). Plus largement, le principe de la bonne foi s'applique lorsque l'administration crée une apparence de droit, sur laquelle l'administré se fonde pour adopter un comportement qu'il considère dès lors comme conforme au droit (TF 6B\_659/2013 du 4 novembre 2013 consid. 3.1 et la référence).

**b)** En l'espèce, l'intimée a indiqué à la recourante le 10 juin 2004 qu'une participation annuelle de 300 fr. était en général accordée pour un abonnement à un club de sport à condition que le médecin traitant ait donné son accord et qu'aucune séance de physiothérapie n'ait été remboursée. Elle a alors refusé toute participation. Elle a ensuite précisé qu'elle pourrait réexaminer une telle demande à titre exceptionnel dans le cas où la recourante diminuerait progressivement les séances de physiothérapie au profit d'exercices effectués à la maison. Il ressort clairement de ce courrier que la participation de l'intimée aux frais d'un abonnement à un club de sport était soumise à conditions, et accordée à bien plaisir selon appréciation du cas.

La recourante a réitéré une demande de participation en 2009, demandant à ce titre « une petite faveur ». Elle savait donc que cette prestation n'était pas un droit. L'intimé lui a d'ailleurs rappelé le 23 décembre 2009 que cette participation était soumise à condition.

L'intimée a pris en charge la moitié des frais de l'abonnement pour les périodes du 1<sup>er</sup> avril 2009 au 31 mars 2010 et du 1<sup>er</sup> juin 2010 au 31 mai 2011. Elle a ensuite dans un premier temps refusé sa participation pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 30 décembre 2012, souhaitant attendre les conclusions de l'expertise du Centre K. \_\_\_\_\_ (courrier du 9 décembre 2011). Elle a versé un montant de 450 fr. à la recourante le 9 février 2012, soit un montant inférieur aux deux participations jusque-là accordées. La recourante réclamant le solde, l'intimée a versé 395 fr. à l'intéressée le 26 mars 2013. Elle a à cette occasion rappelé que c'était à bien plaisir qu'elle avait accepté le versement d'une participation, une salle de sport n'étant pas un établissement médical reconnu au sens de la LAA. Elle consentait à verser le solde de sa participation à titre exceptionnel.

La recourante a une nouvelle fois demandé la participation de l'intimée pour l'abonnement 2013/2014. Le 24 janvier 2014, l'intimée lui a une nouvelle fois rappelé le caractère discrétionnaire de sa participation, qu'elle a finalement refusée.

Au vu de ce qui précède, la recourante n'a d'une part pas pu de bonne foi déduire du comportement de l'intimée qu'il existait un droit à la participation de cette dernière aux frais d'abonnement en question. D'autre part, l'intimée a déjà en 2004 posé des conditions à sa participation. Si elle a effectivement pris en charge une partie de l'abonnement à trois reprises - et non pas durant de nombreuses années comme le prétend la recourante -, elle a accompagné au moins la troisième prise en charge de réserves, la première ayant été considérée par la recourante elle-même comme une « faveur », et il ne peut dès lors être retenu que son comportement a pu faire naître chez la recourante une attente légitime ou donné l'apparence d'un droit. Du reste, même si

l'existence d'une entente tacite devait être admise à un moment donné, elle ne peut en aucun cas être invoquée par la recourante en 2013, au vu des courriers échangés à partir de 2011. L'intéressée a continué à s'abonner au club de sport AB. \_\_\_\_\_ SA en toute connaissance des réserves émises par l'intimée. En tous les cas, un droit à une telle participation ne ressortant pas de la loi (cf. supra consid. 4), l'intimée pouvait en tout temps revenir sur une éventuelle entente tacite pour l'avenir.

**6.** La recourante fait encore valoir une constatation inexacte et incomplète des faits et par là la violation de son droit d'être entendue. Elle considère que la décision entreprise est sommaire s'agissant des éléments factuels, et avance que l'intimée ne s'est pas prononcée sur la prise en charge sans restriction et durant plusieurs années de la moitié de l'abonnement en cause, ni sur le lien entre le fitness A. \_\_\_\_\_ et le centre de physiothérapie B. \_\_\_\_\_. Au surplus, la décision entreprise passe selon elle « sous silence » le fait que sa prise en charge par le centre AB. \_\_\_\_\_ SA est justifiée, proportionnée et économique.

**a)** Tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101), le droit d'être entendu comprend notamment pour le justiciable le droit de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique et de produire des preuves pertinentes (ATF 135 I 279 consid. 2.3 ; TF 8C\_897/2011 du 22 novembre 2012 consid. 5.2). Par exception, une violation du droit d'être entendu, pour autant qu'elle ne soit pas particulièrement grave, peut être réparée lorsque l'intéressé a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure. Par ailleurs, même si la violation du droit d'être entendu est grave, une réparation de ce vice procédural devant l'autorité de recours est également envisageable si le renvoi à l'autorité inférieure constituerait une vaine formalité. L'allongement inutile de la procédure qui en découlerait est en effet incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 137 I 195

consid. 2.3.1 et 2.3.2, 133 I 201 consid. 2.2 ; TF 6B\_33/2014 du 13 mars 2014 consid. 2).

La jurisprudence a en outre déduit du droit d'être entendu l'obligation pour l'autorité de motiver sa décision, afin que son destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle (ATF 133 I 270 consid. 3.1, 133 III 439 consid. 3.3, TF 1C\_308/2010 du 20 décembre 2010 consid. 3.1.2, non publié aux ATF 137 IV 25 ; TAF 2010/35 consid. 4.1.2). Ce droit a été repris par l'art. 49 al. 3 LPGA. L'autorité n'a cependant pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties ; il suffit qu'elle mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 135 III 670 consid. 3.3.1, 134 I 83 consid. 4.1, 133 III 439 consid. 3.3). L'autorité peut ainsi se limiter aux questions décisives (ATF 136 I 229 consid. 5.2, 136 I 184 consid. 2.2.1, 135 V 65 consid. 2.6 et les références ; TAF 2010/35 consid. 4.1.2). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3, 130 II 530 consid. 4.3).

**b)** En l'espèce, il est vrai que la décision sur opposition est moins étayée que la décision du 25 avril 2014. Elle expose toutefois clairement les dispositions légales sur lesquelles l'intimée a fondé son refus de participation, puis les motifs du refus, à savoir que l'abonnement dans un centre de fitness n'était pas un traitement approprié reconnu par la LAA et qu'il n'y avait pas eu d'accord à ce sujet. La recourante avait ainsi tous les éléments pour saisir les motifs et la portée de cette décision, ce d'autant que la position de l'intimée avait été détaillée plus longuement dans la première décision. L'on observe ensuite que dès lors qu'il n'existait pas un droit à la prise en charge de l'abonnement en question, du fait que cette prestation ne faisait pas partie du catalogues des prestations à charge de l'assurance-accidents au sens de la LAA, il n'était pas nécessaire que l'intimée se prononce plus avant sur les rapports

médicaux joints au dossier. Quant à la constatation des faits, l'intimée a précisément tenu compte des remarques de la recourante concernant une éventuelle entente tacite, puisqu'elle a expliqué avoir rappelé à réitérée reprises que cette prestation avait été accordée à bien plaisir. Quant au lien entre le fitness A. \_\_\_\_\_ et le centre B. \_\_\_\_\_, l'on ne saurait déduire une violation du droit d'être entendu du fait que l'intimée a considéré que le club de fitness n'était pas un prestataire de service au sens de LAA, ne retenant pas qu'un lien entre ce fitness et le centre B. \_\_\_\_\_ puisse mener à une autre appréciation. Dans tous les cas, s'il avait dû être retenu une constatation inexacte et incomplète des faits, ce défaut a été corrigé en procédure judiciaire, dès lors que l'intimée a exposé en détails sa position dans sa réponse, permettant à la recourante de répliquer en toutes connaissances des motifs et des faits retenus par l'intimée.

**7.** Il résulte de ce qui précède que l'intimée n'a pas violé le droit en refusant toute participation de sa part aux frais d'abonnement au centre AB. \_\_\_\_\_ SA pour la période du 1<sup>er</sup> février 2013 au 24 février 2014 et il ne peut être constaté dans le présent arrêt un droit de la recourante à une telle participation, annuellement, pour les années à venir.

Ainsi, le recours, mal fondé, doit être rejeté, sans qu'une expertise ne soit nécessaire, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni alloué de dépens à la recourante au vu de l'issue du litige, l'assureur social n'ayant par ailleurs pas droit à des dépens vu que la recourante n'a pas agi de manière téméraire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

**Par ces motifs,  
le juge unique**

**prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 15 septembre 2014 par N. \_\_\_\_\_ Assurance SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaire, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Séverine Berger, avocate (pour C. \_\_\_\_\_),
- Me Christian Grosjean, avocat (pour N. \_\_\_\_\_ Assurance 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 :