

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 7 mars 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Brélaz Braillard, juge, et Moyard, assesseure
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

HOTELA ASSURANCES SA, à Montreux, requérante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat, à Lausanne,

et

A.D. _____, à [...], intimée, représentée par Me Joël Crettaz, avocat, à Lausanne.

Art. 53 al. 1 et 61 let. i LPGA ; art. 100 ss LPA-VD.

E n f a i t :

A. A.D. _____ (ci-après : l'assurée ou l'intimée), ressortissante française née en 1984, est entrée en Suisse en octobre 2008 afin d'y exercer une activité lucrative.

B. En date du 14 septembre 2010, victime d'une crise d'épilepsie, elle a été hospitalisée auprès du Groupement hospitalier X. _____ à [...], puis immédiatement transférée au Centre hospitalier F. _____ en raison du constat de brûlures au deuxième degré sur environ 30% de la surface corporelle.

Elle a subi des greffes cutanées, entre autres traitements, et séjourné au Centre hospitalier F. _____ jusqu'au 29 octobre 2010, des soins ambulatoires ayant été organisés à sa sortie de l'hôpital.

Dans l'intervalle, le sinistre a été annoncé à l'assurance-accidents, Hotela Assurances SA (ci-après : la requérante), par l'employeur de l'assurée aux termes d'une déclaration complétée le 11 octobre 2010.

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 un total de 125'945 francs.

Dans le contexte d'une enquête diligentée par le juge d'instruction de l'arrondissement [...], l'assurée s'est soumise à une expertise médico-légale, dont le rapport du 20 juillet 2011 a conclu à l'impossibilité de déterminer l'origine exacte des brûlures, ni leur nature auto ou hétéro-agressive, précisant qu'une origine accidentelle de ces 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 d'assumer les conséquences financières du sinistre du 14 septembre 2010 dans le cadre de l'assurance-accidents. L'assureur a considéré que plusieurs critères mis à la reconnaissance d'un accident - soit la soudaineté, le facteur extérieur et le caractère extraordinaire du facteur extérieur - n'étaient pas réalisés in casu.

Le 9 septembre 2011, l'assurance-maladie française de l'assurée, E. _____ SA, a fait parvenir un message à Hotela Assurances SA, se prévalant d'une attestation médicale, 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.

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

L'assurée a en outre 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.

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 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.

L'assurée a réitéré, par pli du 1^{er} 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 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.

D. 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 établissement d'une décision sujette à opposition relative à la prise en charge des suites de l'événement du 14 septembre 2010.

La Cour de céans a rendu son arrêt, portant n° de cause AA 78/13 - 105/2014, en date du 20 octobre 2014, admettant le recours pour déni de justice formé par l'assurée et renvoyant la cause à Hotela Assurances SA pour émission d'une décision formelle, sujette à opposition. La Cour a considéré tout d'abord que l'assureur aurait dû notifier une décision formelle, en lieu et place de la communication du 7 septembre 2011. Ensuite, elle a estimé que l'assurée avait de toute façon agi en temps utile en contestant oralement la communication précitée à l'occasion de la conversation téléphonique passée le 26 septembre 2011 entre sa mère et Hotela Assurances SA. Le recours devait enfin être admis également au motif de la violation de l'obligation de renseigner commise par l'assureur, en se fondant sur les règles afférentes à la protection de la bonne foi.

Hotela Assurances SA, avec l'assistance de son conseil, Me Jean-Michel Duc, a déféré l'arrêt cantonal du 20 octobre 2014 au Tribunal fédéral par mémoire de recours en matière de droit public du 20 novembre 2014. Cette procédure a été enregistrée sous n° de cause 8C_849/2014.

E. Le 27 janvier 2015, Hotela Assurances SA a formulé une demande de révision de l'arrêt cantonal du 20 octobre 2014 en la cause AA 78/13 - 105/2014, se prévalant d'un jugement rendu le 12 février 2014 par le Tribunal de Grande Instance [...] (France), porté à sa connaissance

par pli du mandataire de l'assurée du 31 octobre 2014. Aux termes de ce jugement, faisant suite à une action introduite le 11 septembre 2013 par l'assurée contre E. _____ SA, le tribunal précité a condamné cet assureur, sous suite de frais et dépens, à s'acquitter du montant de 160'135,50 euros, correspondant à la facture établie par le Centre hospitalier F. _____ pour les soins prodigués du 14 septembre 2010 au 29 octobre 2010. Le tribunal a retenu que l'assurée avait conclu un « contrat d'assurance santé frontaliers » avec E. _____ SA dès le 22 octobre 2008, prévoyant la prise en charge de frais médicaux en cas de soins dispensés tant en France qu'en Suisse. E. _____ SA avait à tort refusé sa garantie au motif que les soins litigieux auraient été servis en lien avec une pathologie épileptique antérieure à la conclusion du contrat et non déclarée par l'assurée. Toutefois, le tribunal a considéré qu'aucun élément ne liait « l'accident à une crise d'épilepsie » de sorte que l'assureur était obligé de prester.

Dans le cadre de sa demande de révision du 27 janvier 2015, Hotela Assurances SA a considéré que ce jugement était constitutif d'un fait nouveau pertinent pour l'issue de la procédure ayant donné lieu au jugement de la Cour de céans du 20 octobre 2014. Ce fait aurait été volontairement tu par l'assurée afin de « ne pas affaiblir sa position », alors qu'elle avait précisément réclamé la prise en charge de la facture du Centre hospitalier F. _____. La requérante a estimé que la Cour de céans avait ainsi été induite en erreur sur la portée de l'entretien téléphonique passé avec B.D. _____ le 26 septembre 2011, dans la mesure où il ne s'agissait que d'une demande d'information auprès de Hotela Assurances SA et non pas d'une contestation de sa communication du 7 septembre 2011. En outre, la requérante a réitéré que ladite communication était entrée en force faute de réaction de l'assurée dans le délai d'une année prescrit par la jurisprudence fédérale sur cette question, tandis que la contestation formulée expressément le 28 mai 2013 s'avérait tardive. Elle a fait valoir enfin que la protection de la bonne foi de l'assurée était suffisamment garantie par la jurisprudence rendue en lien avec le déroulement de la procédure simplifiée, ce qui excluait de sanctionner la violation de l'obligation de renseigner commise par Hotela Assurances SA.

En conséquence, la requérante a conclu à l'admission de sa demande de révision et à la réforme de l'arrêt cantonal du 20 octobre 2014, en ce sens que le recours pour déni de justice déposé par l'assurée le 14 août 2013 devait être rejeté et la « décision de refus de prise en charge » émise par Hotela Assurances SA le 7 septembre 2011 confirmée, le tout sous suite de frais et dépens.

Par décision incidente du 29 janvier 2015, la juge instructrice a suspendu l'instruction de la demande de révision, enregistrée sous n° de cause

AA 7/2015, vu la procédure de recours 8C_849/2014 pendante auprès du Tribunal fédéral contre l'arrêt cantonal du 20 octobre 2014.

Le 3 février 2015, la requérante a indiqué avoir sollicité la suspension de la procédure en cours au Tribunal fédéral jusqu'à droit connu des suites de sa demande de révision de l'arrêt cantonal du 20 octobre 2014, ce aux fins d'économie de procédure, étant donné que l'issue de sa demande de révision pouvait entraîner le retrait de son recours en matière de droit public.

L'assurée, par le biais de Me Crettaz, a signalé, en date du 23 février 2015, se rallier à la suspension de la procédure de révision décidée par la juge instructrice le 29 janvier 2015, rappelant qu'il s'agissait d'une voie de droit extraordinaire, ce qui impliquait d'accorder préséance à la procédure engagée auprès du Tribunal fédéral. Elle a par ailleurs fait valoir que le jugement rendu par le Tribunal de Grande Instance [...] ne justifiait pas de remettre en question l'interprétation de la conversation téléphonique du 26 septembre 2011, alors que la procédure de recours initiale par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal avait uniquement pour but de faire corriger un déni de justice formel.

Par ordonnance du 8 mai 2015 en la cause 8C_849/2014, la 1^{ère} Cour de droit social du Tribunal fédéral a suspendu la procédure de recours introduite contre l'arrêt cantonal du 20 octobre 2014 jusqu'à droit

connu sur la demande de révision déposée le 27 janvier 2015, admettant la requête d'effet suspensif formulée par Hotela Assurances SA, afin d'éviter de statuer matériellement sur le recours pendant la procédure de révision cantonale.

F. Compte tenu de cette ordonnance, l'instruction de la demande de révision déposée par Hotela Assurances SA a été reprise par la juge instructrice.

L'intimée a déposé sa réponse en date du 15 juillet 2015, concluant au rejet de ladite demande de révision et à la confirmation de l'arrêt cantonal du 20 octobre 2014. Après rappel des faits et du contexte de la présente procédure, elle a contesté avoir dissimulé l'ouverture d'une procédure judiciaire en France, soulignant derechef que le recours initialement déposé auprès de la Cour de céans tendait à la constatation d'un déni de justice formel commis par Hotela Assurances SA, à l'exclusion à ce stade de l'octroi de prestations de l'assurance-accidents. Au demeurant, le fait que l'assurée eût introduit action contre son assureur français ne dispensait pas la requérante de l'émission d'une décision formelle. La demande de révision formée par Hotela Assurances SA s'avérait par ailleurs infondée. Le jugement rendu par le Tribunal de Grande Instance [...] ne constituait à son sens pas un fait nouveau susceptible d'entraîner la réforme de l'arrêt cantonal du 20 octobre 2014 dans la mesure où il ne justifiait par une interprétation nouvelle ou différente de l'entretien téléphonique passé le 26 septembre 2011 entre B.D._____ et Hotela Assurances SA en l'absence de toute connexion entre ces éléments. En outre, l'assurée a mis en exergue la chronologie des faits relevant que l'ouverture d'action en France n'avait eu lieu qu'en septembre 2013 - soit près de deux ans après l'entretien téléphonique du 26 septembre 2011 - ce qui excluait toute intention de tromper l'assureur ou la Cour de céans. Cela ne permettait pas davantage de nier la contestation formée lors l'appel de B.D._____. Partant, le jugement français ne permettait pas de modifier l'état de fait pris en compte par la Cour de céans le 20 octobre 2014, ni de réviser l'arrêt cantonal corrélatif. Enfin, l'intimée a observé

que partie des arguments de la requérante avaient été soulevés dans le cadre de la procédure de recours introduite auprès du Tribunal fédéral ce qui justifiait de douter du but de sa demande de révision et d'envisager la témérité de celle-ci. Etaient notamment annexés des tirages du refus de prise en charge communiqué par E._____SA en date du 22 septembre 2011 et de la contestation consécutive, formulée pour le compte de l'assurée le 28 septembre 2011 par un avocat français auprès dudit assureur.

Par réplique du 25 septembre 2015, la requérante a persisté dans les conclusions prises à l'appui de sa demande de révision, tout en reprenant ses arguments relatifs à l'interprétation de l'entretien téléphonique du 26 septembre 2011 entre B.D._____ et Hotela Assurances SA. Elle a par ailleurs relevé que l'intimée avait attendu jusqu'au 31 octobre 2014 pour communiquer le jugement du Tribunal de Grande Instance [...], pourtant daté du 12 février 2014, sans avoir signalé ce nouvel élément dans le cadre de la procédure initialement introduite auprès de la Cour de céans. L'assurée n'avait de même pas indiqué avoir mandaté un avocat deux jours après le téléphone passé avec Hotela Assurances SA pour renouveler sa demande de prise en charge auprès de E._____SA. La requérante a en outre réitéré que ces éléments auraient été de nature à modifier le résultat contenu dans l'arrêt du 20 octobre 2014. Des faits nouveaux importants, inconnus jusqu'alors, étaient donc avérés.

L'intimée a dupliqué le 9 novembre 2015, rappelant une nouvelle fois le contexte de la cause et constatant que la requérante n'apportait aucune preuve de sa prétendue mauvaise foi. Eu égard au courrier adressé par l'avocat de l'assurée à E._____SA le 28 septembre 2011, elle a souligné que ce document ne justifiait pas davantage la révision de l'arrêt du 20 octobre 2014, dans la mesure où il ne contenait aucune renonciation de l'assurée à agir contre la requérante. Elle a au surplus repris les arguments précédemment développés pour conclure derechef au rejet de la demande de révision formulée par Hotela Assurances SA.

Par pli du 16 novembre 2015, l'assurée s'est opposée à un nouvel échange d'écritures, compte tenu des impératifs de célérité de la procédure de révision. La requérante a indiqué renoncer à déposer de nouvelles déterminations le 17 novembre 2015, de sorte que la cause a été gardée à juger.

E n d r o i t :

1. La procédure devant le tribunal cantonal institué pour connaître du contentieux relatif au droit des assurances sociales, conformément aux art. 56 ss LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021). Elle doit satisfaire aux exigences mentionnées aux lettres a à i de l'art. 61 LPGA.

2. La présente procédure porte sur la révision de l'arrêt rendu le 20 octobre 2014 en la cause AA 78/13 - 105/2014 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

a) Dans le canton de Vaud, la procédure de révision d'un jugement cantonal est régie par les art. 100 ss LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36).

L'art. 101 LPA-VD prévoit que la demande de révision doit être déposée dans les nonante jours dès la découverte du moyen de révision ; dans le cas mentionné à l'art. 100 al. 1 let. b, le droit de demander la révision se périmé en outre par dix ans dès la notification de la décision ou du jugement visé.

L'autorité ayant rendu le jugement visé statue sur la demande de révision en vertu de l'art. 102 LPA-VD.

b) En l'espèce, la demande de révision de l'arrêt cantonal du 20 octobre 2014 a été introduite le 27 janvier 2015. Elle fait suite à la communication datée du 31 octobre 2014, émanant du mandataire de l'assurée à celui de Hotela Assurances SA, d'un tirage du jugement rendu le 12 février 2014 par le Tribunal de Grande Instance [...] dans la cause opposant l'assurée à E. _____ SA.

La demande de révision a dès lors été déposée dans le délai légal de nonante jours (cf. art. 101 LPA-VD) dès la « découverte », à réception du pli du 31 octobre 2014, du jugement du 12 février 2014 du Tribunal de Grande Instance [...] dont la requérante n'avait pas connaissance.

La demande de révision est ainsi recevable. L'arrêt du 20 octobre 2014 a par ailleurs été rendu par la Cour de céans (cf. arrêt AA 78/13 - 105/2014 consid. 1b), de sorte que la présente demande de révision ressortit également à la compétence de cette même cour (cf. art. 102 LPA-VD).

3. Il y a donc lieu de statuer sur le fond de la requête, soit de déterminer si les conditions mises à la révision de l'arrêt cantonal du 20 octobre 2014 sont réalisées in casu.

a) La lettre i de l'art. 61 LPGA prévoit que les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

Aux termes de l'art. 100 LPA-VD, un jugement peut être annulé ou modifié, sur requête, s'il a été influencé par un crime ou un délit (al. 1 let. a) ou si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu'il ne pouvait pas connaître lors de la première décision ou dont il ne pouvait pas ou n'avait pas de raison de se prévaloir à l'époque (al. 1 let. b). Les faits nouveaux survenus après le prononcé du jugement ne peuvent donner lieu à une demande de révision (al. 2).

Cette dernière disposition correspond à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) et de l'ancien Tribunal fédéral des assurances (TFA), rendue notamment en lien avec l'art. 61 let. i LPGA.

b) Selon cette jurisprudence, une demande de révision d'un jugement d'un tribunal est recevable, notamment, lorsque le requérant a connaissance subséquemment de faits nouveaux importants ou trouve des preuves concluantes qu'il n'avait pas pu invoquer dans la procédure précédente (TFA U 335/05 du 12 septembre 2006 consid. 3.1 ; H 107/05 du 25 octobre 2005 consid. 1).

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative

(art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal ou de révision d'un arrêt fédéral (art. 123 al. 1 let. a LTF [loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110] ; cf. TF 8C_797/2011 du 15 février 2012 consid. 3.1 ; 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1 ; 8C_215/2008 du 16 octobre 2008 consid. 5.1 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015, n. 229 ad art. 61 LPGA et n. 21 ss ad art. 53 al. 1 LPGA).

Sont ainsi « nouveaux », au sens de l'art. 61 let. i LPGA et de l'art. 53 al. 1 LPGA, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 110 V 141 consid. 2 et 293 consid. 2a ; 108 V 171 consid. 1 ; voir aussi ATF 121 IV 322 consid. 2 ; 118 II 205 consid. 5).

Il s'agit ainsi de faits antérieurs à la décision sur lesquels celle-ci se fonde, découverts après coup. La nouveauté se rapporte dès lors à la découverte et non au fait lui-même, les faits postérieurs, soit les véritables

nova, étant exclus
(cf. Pierre Ferrari, in : Bernard Corboz/Alain Wurzburger/Pierre Ferrari/Jean-Maurice Frésard/Florence Aubry Girardin, Commentaire de la LTF, 2^{ème} éd., Berne 2014, n. 16 ad art. 123 LTF p. 1421 ; cf. Benoît Bovay, Procédure administrative, Berne 2000, p. 438).

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 353 consid. 5b ; TF 8C_934/2009 précité consid. 2.1).

c) La révision ne permet pas de supprimer une erreur de droit, de bénéficier d'une nouvelle interprétation, d'une nouvelle pratique ou d'obtenir une nouvelle appréciation de faits connus lors de la décision dont la révision est demandée. Elle ne permet pas non plus de rediscuter l'argumentation juridique contenue dans l'arrêt dont la révision est demandée. Une appréciation juridique erronée de l'autorité qui a pris la décision n'ouvre donc pas la voie de la révision (cf. Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, LPA-VD annotée, Bâle 2012, n. 4 ad art. 100 LPA-VD p. 454).

d) Saisie d'une demande de révision, l'autorité la déclare irrecevable lorsque les conditions de forme, relatives aux délais, aux conclusions et à la motivation de la demande ne sont pas respectées. Si

les motifs de révision ne sont pas réalisés, elle rejette la demande. Lorsque l'autorité constate que le moyen allégué à l'appui de la demande de révision aurait pu être invoqué à un stade antérieur de la procédure, on peut hésiter sur la question de savoir si elle doit refuser d'entrer en matière ou rejeter la demande (cf. TF 1P.320/1996 du 24 janvier 1997 consid. 1c ; cf. Bovay/Blanchard/Grisel Rapin, op. cit., n. 2 ad art. 105 LPA-VD p. 460).

4. In casu, la requérante ne prétend pas avoir eu connaissance de nouveaux moyens de preuve, mais d'un fait nouveau au sens des art. 61 let. i LPGA et 100 al. 1 let. b LPA-VD, constitué par le jugement rendu le 12 février 2014 par le Tribunal de Grande Instance [...], dont la communication en temps utile aurait été omise par l'assurée.

Aux termes de son écriture du 25 septembre 2015, Hotela Assurances SA se prévaut également de ne pas avoir eu connaissance du mandat confié à un avocat français pour contester la position de E. _____ SA par courrier du 28 septembre 2011, soit deux jours après l'entretien téléphonique passé entre la mère de l'assurée et l'une de ses collaboratrices.

a) S'agissant de ces derniers documents, on ne saurait estimer avoir affaire à des éléments de fait nouveaux, dans la mesure où la requérante connaissait en septembre 2011 l'existence d'un contrat d'assurance contre la maladie conclu entre l'assurée et E. _____ SA.

Il ressort en effet des pièces du dossier produit par Hotela Assurances SA à la suite du recours formé par l'assurée le 14 août 2013 qu'un bref échange de correspondance avait eu lieu entre la requérante et l'assureur français, ce dernier lui ayant transmis une attestation médicale en date du 9 septembre 2011. Hotela Assurances SA avait par ailleurs répondu à E. _____ SA le 20 septembre 2011 en se référant à sa communication à l'assurée du 7 septembre 2011. Il pouvait également être déduit de la missive de l'assureur français du 9 septembre 2011 que

l'assurée avait sollicité son intervention en vue de la prise en charge des soins dispensés au sein du Centre hospitalier F._____, alors que E._____SA considérait que le cas relevait de l'assurance-accidents. A cet égard, la contestation ultérieure de la position de l'assureur français avec le concours d'un mandataire professionnel le 28 septembre 2011 s'est inscrite dans le prolongement logique des différentes démarches effectuées par l'assurée, sans que cela ne constituât un fait nouveau au sens entendu par la jurisprudence fédérale rappelée plus haut.

b) Il en va en revanche différemment de la procédure introduite le 11 septembre 2013, laquelle s'est soldée par le jugement du Tribunal de Grande Instance [...] du 12 février 2014. Ce jugement est effectivement demeuré inconnu de la requérante jusqu'à réception de la correspondance de Me Crettaz du 31 octobre 2014. Il constitue dès lors indubitablement un fait nouveau conformément aux réquisits des art. 61 let. i LPGA et 100 al. 1 let b LPA-VD.

5. Il convient ainsi de déterminer si ce jugement, astreignant l'assureur français à assumer les frais de traitement consécutifs à l'événement du 14 septembre 2010 est important au point d'entraîner la révision de l'arrêt de la Cour de céans du 20 octobre 2014 et de conduire à un résultat différent en fonction d'une appréciation juridique correcte.

a) Hotela Assurances SA considère que le jugement du tribunal de Grande Instance [...] permettrait une interprétation différente du compte-rendu de l'entretien téléphonique du 26 septembre 2011. Elle déduit en effet que les explications de la requérante aurait convaincu l'assurée du bien-fondé de sa position, qui serait demeurée sans contestation.

Cette argumentation ne saurait toutefois être suivie, au vu de la chronologie des événements rappelée à juste titre par l'intimée dans sa réponse du 15 juillet 2015 (cf. p. 13 de l'écriture en question). A la date de

l'entretien du 26 septembre 2011, aucun des deux assureurs sollicités par celle-ci ne s'était prononcé en faveur de la prise en charge des conséquences financières du sinistre du 14 septembre 2010, Hotela Assurances SA et E._____SA considérant toutes deux que l'obligation de prise en charge incombait à l'autre (cf. message de E._____SA du 9 septembre 2011 et réponse de la requérante du 20 septembre 2011). Ignorant en septembre 2011 quelle serait la position définitive des deux assurances, l'intimée n'a finalement actionné l'assureur français que près de deux ans après ces faits, par demande introduite le 11 septembre 2013.

En outre, la requérante perd de vue que la note d'entretien du 26 septembre 2011 mentionne expressément qu'à cette date, l'assurée estimait ne plus bénéficier d'aucune couverture d'assurance en France. Il apparaît dès lors d'autant moins vraisemblable qu'elle eût renoncé à contester la détermination de Hotela Assurances SA, laquelle pouvait apparaître seule susceptible d'intervenir en sa faveur.

Par ailleurs, il faut rappeler que, dans le contexte du recours déposé le 14 août 2013, il s'agissait pour la Cour de céans de déterminer quelle était la volonté exprimée par B.D._____ lors de l'entretien du 26 septembre 2011, ce non seulement sur la base des faits existant à cette date, mais encore de ceux effectivement connus de l'assurée et de sa représentante.

L'introduction d'une action judiciaire en septembre 2013, soit près de deux ans après l'entretien en question, ne peut ainsi manifestement avoir d'incidence sur l'interprétation de la teneur de la conversation du 26 septembre 2011 et de la manifestation de volonté de l'assurée, exprimée par sa représentante à cette occasion.

b) Indépendamment de ce qui précède, il s'agit de souligner, à l'instar de l'intimée, que l'objet litigieux de la cause soumise à révision n'est pas le droit à des prestations (soit le paiement de la facture du

Centre hospitalier F._____) en tant que tel, mais le droit d'obtenir une décision statuant sur la notion d'accident et la prise en charge du cas.

Dans ce contexte, l'existence d'une police d'assurance entre l'assurée et E.____SA, tout comme d'un jugement condamnant cet assureur à l'acquittement des frais de traitement dispensés par le Centre hospitalier F._____, n'exercent aucune influence sur le droit de l'assurée à l'obtention d'une décision formelle de la part de Hotela Assurances SA, à savoir une décision statuant sur la qualification de l'événement du 14 septembre 2010 au regard de l'art. 4 LPGA, dont l'un des corollaires est la prise en charge des frais de traitement.

La connaissance par la Cour de céans du jugement rendu par le Tribunal de Grande Instance [...] le 12 février 2014 n'aurait pas entraîné une appréciation différente de la question examinée dans le cadre du recours déposé le 14 août 2013. Le droit de l'assurée d'obtenir une décision formelle sur la qualification de l'événement du 14 septembre 2010 s'avère en effet incontestable, étant rappelé qu'un tel acte a non seulement des conséquences en matière de frais de traitement, mais également sur la prise en charge ultérieure de séquelles ou de rechutes, ainsi que sur l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou d'une rente.

En conséquence, la condamnation civile de E.____SA au paiement de la facture du Centre hospitalier F._____ ne modifie en rien le droit de l'assurée à l'obtention d'une décision.

c) On relèvera au demeurant que l'application de l'ALCP (Accord _____ du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes ; RS 0.142.112.681), implique de se référer notamment au Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre _____ 2009 (RS 0.831.109.268.11) dont le but est de coordonner les différents

systemes d'assurances sociales. Ce règlement traite de l'application provisoire d'une législation et de la prise en charge provisoire de prestations à son art. 6, ainsi que de la récupération de prestations indûment servies à ses art. 71 et suivants.

Dès lors, si la condamnation civile de E. _____ SA s'avère provisoire au sens de l'art. 6 ch. 2 du Règlement (CE) 987/2009, il appartiendra aux deux assureurs concernés de se coordonner après l'entrée en force d'une décision formelle de la part de Hotela Assurances SA. Si en revanche la condamnation de l'assureur est définitive, il appartiendra cas échéant à E. _____ SA de procéder conformément aux art. 71 ss du Règlement (CE) 987/2009 pour autant que les conditions imposées par ces dispositions en vue du remboursement de la prestation versée soient réalisées.

d) Ainsi, force est de déduire que le jugement établi le 12 février 2014 par le Tribunal de Grande Instance [...] ne constitue pas un fait nouveau suffisamment important pour justifier la révision de l'arrêt de la Cour de céans du 20 octobre 2014.

7. En définitive, la demande de révision dudit arrêt, introduite le 27 janvier 2015 par Hotela Assurances SA, doit être rejetée, tandis que les conclusions subséquentes de la requérante n'ont pas à être examinées.

a) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure de révision étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), sauf en cas de témérité ou de légèreté, lesquelles ne sont pas réalisées en l'espèce.

b) La requérante qui succombe est en revanche astreinte au paiement d'une indemnité de dépens en faveur de l'intimée, représentée par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

Compte tenu de la complexité de l'affaire, il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., à la charge de Hotela Assurances SA.

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

- I. La demande de révision formulée par Hotela Assurances SA le 27 janvier 2015 est rejetée.

- II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- III. Hotela Assurances SA versera à l'intimée une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

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

Copie du présent jugement est également adressée pour information à :

- Tribunal fédéral, 1^{ère} Cour de droit social, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne (Cause 8C_849/2014).

Le présent jugement 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 :