

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} septembre 2020

Composition : Mme DURUSSEL, juge unique
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

Y. _____ **SA**, à [...], recourante,

et

N. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 49 al. 4 LPGA ; art. 10 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. **a)** L._____ (ci-après : l'assuré), né en [...], travaille comme formateur auprès de [...]. A ce titre, il était assuré auprès de J._____ SA contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

Le 28 janvier 2014, alors qu'il se trouvait sur son lieu de travail, l'assuré a glissé dans les escaliers et est tombé sur les fesses. Il a par la suite présenté des lombalgies et des lombo-sciatiques aiguës hyperalgiques ; une IRM (imagerie par résonance magnétique) réalisée le 30 janvier 2014 a montré une discopathie en L5-S1 se compliquant d'une hernie discale médiane (rapports du 21 mai 2014 du Dr D._____, médecin traitant de l'assuré ; du 24 septembre 2014 du Dr H._____, spécialiste en neurologie).

b) L'événement a été annoncé le 7 février 2014 à J._____ SA.

Le 3 février 2014, le Dr D._____ et la physiothérapeute [...] ont adressé à J._____ SA une prescription pour neuf séances de physiothérapie en faveur de l'assuré.

Par courriers du 11 février 2014, J._____ SA a accordé à l'assuré une garantie de prise en charge pour le traitement médical découlant des suites de l'événement du 28 janvier 2014 et lui a octroyé une indemnité journalière dès le 31 janvier 2014.

J._____ SA a renouvelé son accord de prise en charge pour « le traitement médical conformément au tarif LAA » dans un courrier du 4 avril 2014.

Dans un rapport médical du 21 mai 2014, le Dr D._____ a indiqué que, même si son patient avait déjà présenté des épisodes

lombalgiques antérieurs à janvier 2014, ceux-ci n'avaient jamais revêtu l'intensité, la durée ou la résistance aux traitements usuels (notamment à des « antalgiques majeurs ») que présentaient les douleurs actuellement décrites par l'assuré. Il a ainsi considéré que l'accident avait constitué un critère favorisant cette situation. Le médecin a enfin préconisé une intervention chirurgicale.

c) Le 13 mai 2014, le Dr S._____, médecin-chef au G._____, a adressé à Y._____ SA (ci-après : Y._____ SA ou la recourante), assureur-maladie de l'assuré, une demande de garantie pour des traitements ambulatoires intensifs du 26 mai au 13 juin 2014. Cet envoi présentait notamment le contenu suivant :

| | | |
|-----------------|--|-----|
| « 9. DIAGNOSTIC | Lombalgies chroniques | (X) |
| | Lombosciatalgies subaiguës ou chroniques | () |
| | Cervicalgies/cervicobrachialgies de l'appareil locomoteur | () |
| | Syndromes douloureux chroniques de l'appareil locomoteur (≥ 6 semaines de douleur) | () |

Le cas échéant :

- Rééducation post op : date de l'intervention :
- Rééducation post-traumatique : date de l'accident :
- Incapacité de travail actuelle : % depuis le
- Rente AI % depuis le »

Par envoi du 15 mai 2014, Y._____ SA a confirmé allouer ses prestations légales pour ces soins, dans les limites de la convention relative aux traitements ambulatoires de rachis et réhabilitation.

d) Lors d'un entretien téléphonique du 30 mai 2014, l'assuré a informé son assureur-accidents du fait qu'il suivait un traitement de physiothérapie intensive au G._____ et que, si ce traitement fonctionnait, il ne devrait pas subir d'opération.

Dans un certificat médical du 13 mai 2014 reçu le 3 juin 2014 par Y._____ SA, le Dr S._____, médecin-chef au G._____, a indiqué que l'assuré bénéficierait de traitements ambulatoires intensifs dans [...], pour une durée de trois semaines, du 26 mai au 13 juin 2014.

Le 1^{er} juillet 2014, J. _____ SA a écrit ce qui suit à l'assuré :

« Nous vous avons alloué jusqu'ici les prestations d'assurance légales.

Entre-temps nous avons eu connaissance de faits nouveaux qui nous obligent à réexaminer la question de savoir si votre cas nous concerne. Nous procédons immédiatement aux investigations nécessaires et continuons, sous toutes réserves, à vous octroyer les prestations jusqu'à ce que nous puissions nous prononcer de façon définitive. Nous attirons également votre attention sur le fait qu'une éventuelle hospitalisation ne sera, en l'état du dossier, pas garantie ».

Lors d'un entretien téléphonique du 2 juillet 2014, l'assuré a informé J. _____ SA que, suite au traitement intensif de physiothérapie, son médecin ne préconisait plus qu'il soit procédé à une intervention chirurgicale. L'assuré a également indiqué qu'un rendez-vous médical avait été fixé la semaine suivante et qu'il entendait que sa pleine capacité de travail soit reconnue. Son interlocuteur lui a pour sa part indiqué que la réserve émise par J. _____ SA concernait surtout une éventuelle opération et qu'il devait encore regarder quelles seraient les suites données quant au traitement du G. _____.

Par rapport du 7 juillet 2014 adressé à l'assureur-accidents, le Dr R. _____, spécialiste en neurochirurgie, a relevé que, depuis son traitement auprès du G. _____, l'assuré allait beaucoup mieux et a précisé qu'il fallait « tenir compte de l'effet très favorable qu'[avait] eu la récente réhabilitation à G. _____ ».

Dans un rapport du 24 septembre 2014, le Dr H. _____ a notamment retenu ce qui suit :

« Actuellement, l'évolution est tout à fait favorable avec disparition pratiquement complète des plaintes hormis quelques douleurs résiduelles après des journées de travail prolongées. [...]

Au terme du présent bilan, il ne fait aucun doute que la symptomatologie présentée par M. L. _____ trouve son explication dans la présence d'une discopathie avec hernie discale L5-S1 venant irriter les racines S1, ceci sans conflit radiculaire. Sous traitement conservateur, l'évolution des troubles est favorable et il n'y a lieu

que de poursuivre le traitement actuel que l'on pourrait éventuellement compléter par une infiltration périurale si nécessaire. Il n'y a actuellement pas d'indication neurochirurgicale.

En ce qui concerne la relation de causalité naturelle entre les plaintes et la chute du 28.01.2014, on relèvera tout d'abord que M. L._____ souffre de longue date de lombalgies et qu'une IRM lombaire a déjà été pratiquée le 19.04.2013 qui a montré une image tout à fait identique au niveau L5-S1. Des éléments précités, on peut donc conclure que la chute du 28.01.2014 représente le facteur déclenchant des lombosciatalgies apparues en janvier 2014 mais n'est pas le facteur causal. On peut également déduire de l'aspect de l'IRM lombaire que sur un plan anatomique/radiologique, la chute du 28.01.2014 n'a pas entraîné d'aggravation des anomalies radiologiques. Pour les éléments précités et selon la jurisprudence en cours, il convient donc de limiter dans le temps le rôle du facteur accidentel du 28.01.2014. En principe, la relation de causalité entre les troubles et la chute du 28.01.2014 doit être limitée à une période de quelques mois au maximum soit 3 mois ».

Dans un avis du 1^{er} octobre 2014, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de J._____ SA, a indiqué que le *statu quo sine* était très probablement rétabli à partir du 1^{er} juillet 2014.

e) Par décision du 17 octobre 2014 dont copie a été adressée à Y._____ SA, J._____ SA a mis fin à la prise en charge des frais médicaux et au versement de l'indemnité journalière allouée à l'assuré avec effet au 1^{er} juillet 2014 au soir, au motif que, selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, les troubles subsistants à ce jour ne découlaient plus de l'accident mais étaient exclusivement de nature malade.

Faisant suite à cette décision, Y._____ SA a remboursé à J._____ SA la somme de 155 fr. 25 correspondant à des frais de traitements subis par l'assuré après le 1^{er} juillet 2014.

f) G._____ a adressé à Y._____ SA une facture relative au séjour du 26 mai au 13 juin 2014 d'un montant de 4'425 francs. Y._____ SA lui a renvoyé cette facture le 30 juin 2016 car le code créancier n'était pas valide. Elle a fait de même le 12 juin 2017, le code créancier n'étant toujours pas valide. Le 19 juin 2017, G._____ a à nouveau envoyé sa

facture à Y._____ SA qui s'en est acquittée et a requis de son assuré paiement de 442 fr. 50 au titre de sa participation.

Lors d'un entretien téléphonique du 3 août 2017, l'assuré a informé son assureur-maladie du fait que son traitement de physiothérapie au G._____ avait fait suite à un accident. Y._____ SA lui a adressé, le 11 août 2017, un décompte rectificatif lui allouant un montant de 442 fr. 50.

Par courrier du 21 septembre 2017 faisant suite à une demande du 23 août 2017 de G._____, J._____ SA a refusé de prendre en charge les frais du séjour effectué par l'assuré entre le 26 mai et le 13 juin 2014. Elle a indiqué que ce type de forfait devait être préalablement soumis pour acceptation à l'assurance compétente et que la garantie de prise en charge communiquée par l'assureur-maladie ne pouvait pas palier au fait que tel n'avait pas été le cas en l'espèce. Elle a confirmé sa position dans un second courrier du 29 septembre 2017.

Dans un envoi du 19 septembre 2018, Y._____ SA a demandé à J._____ SA de rendre une décision formelle concernant la prise en charge du traitement subi au G._____ tout en indiquant que celle-ci découlait des obligations légales de l'assureur-accidents.

Par décision du 22 février 2019, J._____ SA a refusé de prendre en charge le traitement subi entre le 26 mai et le 13 juin 2014 par l'assuré au motif qu'elle n'avait pas donné son accord pour sa mise en place.

Le 6 mars 2019, Y._____ SA a formé opposition à l'encontre de la décision du 22 février 2019. Elle a notamment fait valoir que J._____ SA avait été informée le 3 juin 2014 au plus tard du traitement entamé auprès du G._____ mais qu'elle ne s'était jamais déterminée par rapport à son éventuelle prise en charge.

Par décision sur opposition du 24 octobre 2019, J._____ SA a rejeté l'opposition susmentionnée. Elle a considéré que le traitement litigieux n'avait pas fait l'objet d'une prescription valable et qu'en tout état de cause le certificat médical du Dr S._____ lui avait été communiqué après la mise en œuvre du traitement de sorte qu'elle n'avait pas pu exercer son pouvoir de contrôle. Elle a ainsi estimé que les conditions à la prise en charge des frais du séjour auprès du G._____ n'étaient pas remplies.

B. **a)** Par acte du 25 novembre 2019, Y._____ SA a déféré la décision sur opposition du 24 octobre 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal concluant à son annulation et à ce que la facture de 4'425 fr. pour le séjour effectué par l'assuré au G._____ du 26 mai au 13 juin 2014 soit pris en charge par J._____ SA. Y._____ SA a fait valoir que J._____ SA avait fait preuve de formalisme excessif en refusant de prendre le traitement litigieux à sa charge au motif qu'aucune prescription médicale ne lui avait été adressée.

Par réponse du 5 février 2020, J._____ SA a conclu au rejet du recours. Elle a à nouveau fait valoir qu'elle ne pouvait prendre en charge le traitement subi au G._____ dès lors qu'aucune prescription ne lui avait été soumise avant sa mise en œuvre. Elle s'est également prévalue du fait qu'Y._____ SA avait reçu copie de la décision du 17 octobre 2014 et qu'en conséquence elle aurait pu, dès cette date, comprendre que le traitement litigieux faisait suite à un accident ce qui aurait dû l'amener à faire opposition à dite décision. J._____ SA a encore invoqué la prescription de la prétention d'Y._____ SA.

Par réplique du 27 février 2020, Y._____ SA a confirmé ses précédents motifs et conclusions.

Par duplique du 16 mars 2020, J._____ SA a confirmé sa précédente écriture.

Par envoi du 10 juin 2020, Y._____ SA a renoncé à se déterminer sur l'écriture du 16 mars 2020 de J._____ SA.

[...]

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Le droit fédéral reconnaît, à certaines conditions, la qualité pour recourir d'un assureur tiers, lorsque la décision d'un assureur touche l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations.

D'après l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose alors des mêmes voies de droit que l'assuré. La jurisprudence a précisé qu'un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur, lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 132 V 74 consid. 3.1).

c) En l'occurrence, en sa qualité d'assureur-maladie susceptible d'assumer définitivement les frais litigieux (cf. art. 28 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10] et art. 64 LPGA), Y._____ SA a qualité pour recourir contre la décision de refus

de prise en charge rendue par J._____ SA, désormais N._____ SA, le 24 octobre 2019.

d) Ainsi, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

e) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la prise en charge par l'assureur-accidents des frais du séjour effectué par l'assuré au G._____ entre le 26 mai et le 13 juin 2014.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate. La causalité est naturelle lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout,

ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir :

- a. 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 ;
- b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste ;
- c. au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital ;

- d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin ;
- e. aux moyens et appareils servant à la guérison.

Un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (Jean-Maurice Frésard/Margrit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : U. Meyer (édit.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^{ème} édition, Bâle 2016, p. 968 n° 194).

La preuve du fait que le traitement est de nature à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter sa péjoration doit être établie avec une vraisemblance suffisante. Elle est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (TF 8C_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1 ; TF 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 consid. 2 et les références citées). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04, consid. 3.1).

b) Aux termes de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit au traitement médical s'éteint lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre du traitement une sensible amélioration de l'état de santé et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Dès cette date, le droit éventuel à une rente de l'assurance-accidents prend naissance. Le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixé en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA).

Dès que la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) ne sont plus accordées à son bénéficiaire qu'aux conditions de l'art. 21 al. 1 LAA. Ainsi, les conditions du

droit à la prise en charge des frais de traitement médical différent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (cf. ATF 116 V 45 consid. 3b).

5. Aux termes de l'art. 70 al. 1 LPGA, l'ayant-droit peut demander la prise en charge provisoire de son cas lorsqu'un événement assuré lui donne droit à des prestations d'une assurance sociale mais qu'il y a doute sur le débiteur de ces prestations. L'assurance-maladie est tenue de prendre provisoirement à sa charge les prestations en nature et les indemnités journalières dont la prise en charge par l'assurance maladie ou l'assurance-accident est contestée (70 al. 2 let. a LPGA). L'assureur tenu de prendre provisoirement le cas à sa charge alloue les prestations selon les dispositions régissant son activité ; lorsque le cas est pris en charge par un autre assureur, celui-ci lui rembourse ses avances dans la mesure où elles correspondent aux prestations qu'il aurait dû lui-même allouer (art. 71 LPGA). Le doute sur le débiteur des prestations doit exister au moment de l'octroi des prestations. S'il surgit postérieurement alors que les prestations ont été allouées définitivement, il ne s'agit pas d'un cas d'application de l'art. 70 LPGA donnant lieu à un remboursement au sens de l'art. 71 LPGA. Il s'agit alors plutôt d'un cas de reconsidération (Ghislaine Frésard-Fellay/Maurice Frésard, in Anne-Sylvie Dupont/Margrit Moser-Szeless (édit.), Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 11 ad art. 70 LPGA).

6. a) En l'occurrence, la recourante réclame que les frais du traitement ressortant du séjour effectué par l'assuré au G. _____ soient pris en charge par l'assureur-accidents.

b) Il est constant que, le 28 janvier 2014, en glissant et tombant dans les escaliers, l'assuré a été victime d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. L'intimée l'a expressément reconnu en prenant à sa charge certains traitements et en allouant à l'assuré des indemnités journalières.

Il ressort plus particulièrement des rapports médicaux au dossier que – quand bien même l'assuré présentait déjà des atteintes à la

santé d'origine dégénérative - l'accident du 28 janvier 2014 a été responsable des importantes douleurs présentées par ce dernier immédiatement après celui-ci (rapports des Drs D._____ et H._____ des 21 mai 2014 et 24 septembre 2014). L'intimée a reconnu que l'assuré avait présenté un état similaire à celui qui aurait été le sien même sans la survenance de l'événement litigieux (*statu quo sine*) dès le 1^{er} juillet 2014. Dès lors, il y a lieu de retenir qu'avant cette date, l'état maladif préexistant se trouvait aggravé par l'accident (cf. avis du Dr K._____ du 1^{er} octobre 2014).

Les soins prodigués au G._____, soit des traitements de physiothérapie intensive, visaient à soigner les lombalgies survenues dans la suite de l'évènement du 28 janvier 2014. Ils ont été prodigués entre le 28 janvier 2014 et le 1^{er} juillet 2014 et ont entraîné une amélioration significative de l'état de santé du recourant. En effet, dans son rapport du 7 juillet 2014, le Dr R._____ a, à deux reprises, relevé l'évolution très favorable qu'avait permis ce séjour. De même, le 2 juillet 2014, l'assuré a confirmé son bon état de santé et expliqué avoir recouvré une pleine capacité de travail. Il ressort enfin d'autres pièces au dossier que le traitement litigieux a permis d'éviter qu'il soit procédé à l'intervention jusqu'alors envisagée.

L'intimée avait été informée du séjour au G._____ par téléphones de l'assuré des 30 mai et 2 juillet 2014. Ce traitement avait également été mentionné par plusieurs médecins, notamment le Dr S._____ dans son certificat du 13 mai 2014 et le Dr R._____ dans son rapport du 7 juillet 2014. Or, alors qu'elle était avertie de ce séjour et du fait qu'il avait été mis en place pour traiter les conséquences de l'accident dont elle avait précédemment accepté la prise en charge, l'intimée ne l'a pas mentionné dans sa décision du 17 octobre 2014 ni n'a émis une quelconque réserve à cet égard, ce alors même que, le 2 juillet 2014, elle avait indiqué à l'assuré qu'elle se déterminerait sur ce point. C'est le lieu de relever qu'après avoir été informée du séjour de l'assuré auprès du G._____, l'intimée n'a pas requis le moindre renseignement en lien avec celui-ci. Elle n'a en particulier pas tenté de déterminer l'adéquation de ce

séjour avec la pathologie de l'assuré. Dans le cadre du présent recours, elle ne conteste au demeurant ni la pertinence ou l'efficacité du traitement litigieux ni le tarif appliqué à celui-ci. En définitive, l'intimée ne fait valoir aucun grief portant sur la prise en charge du séjour effectué par l'assuré entre le 26 mai et le 13 juin 2014.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de constater que l'ensemble des conditions de prise en charge des frais de traitement par l'assureur-accidents sont remplies en l'espèce. En conséquence, c'est bien ce dernier qui devait - en principe - prendre à sa charge les frais du séjour effectué par l'assuré au G. _____ entre le 26 mai et le 13 juin 2014.

c) Dans un premier moyen, l'intimée reproche à la recourante de n'avoir pas demandé à ce que soient remboursés les frais de séjour auprès du G. _____ avant le mois de septembre 2017.

Il ressort des pièces au dossier, en particulier de l'envoi du 15 mai 2014 de la recourante, que celle-ci a accepté de garantir la prise en charge du traitement litigieux en se fondant sur la convention relative aux traitements ambulatoire de rachis et de réhabilitation en centre de jour et pas en application de l'art. 70 LPGA. En effet, à cette date, la recourante ignorait que ce séjour portait sur les suites d'un accident. Elle n'avait pas de raison de mettre en doute sa compétence : la demande de garantie découlait d'un médecin traitant des atteintes pouvant relever d'une maladie et ne précisait pas qu'il s'agissait de traiter des lésions consécutives à un accident, ni même n'évoquait cette possibilité. C'est le lieu de relever que le formulaire du 13 mai 2014 ne mentionnait pas l'accident alors même qu'une rubrique du formulaire était prévue à cette fin. Enfin, les courriers du 11 février et du 4 avril 2014 de l'intimée n'avaient pas été adressés à l'assureur-maladie. Ce dernier n'avait pas de raison de procéder à des mesures d'instruction complémentaire dès lors que la demande de garantie répondait aux exigences en la matière. La recourante se devait en outre de traiter rapidement cette demande dès lors que le traitement devait débiter le 26 mai 2014. Il ne peut en

conséquence être reproché à la recourante d'avoir donné la garantie de prise en charge requise.

C'est à la suite de la décision du 17 octobre 2014 qui lui avait été communiquée que la recourante aurait pu douter de l'identité du débiteur de la prestation litigieuse. A cette date cependant, elle était déjà liée par la garantie de prise en charge dont elle ne pouvait se départir pour refuser le paiement d'une facture qu'elle n'avait par ailleurs pas encore reçue. Il ressort des explications de la recourante que celle-ci s'est rendue compte que le cas relevait de l'assurance-accidents le 3 août 2017 seulement, après un entretien téléphonique avec l'assuré. Elle a ensuite contesté la prise en charge du traitement et contraint G. _____ à s'adresser à l'intimée qui a refusé d'entrer en matière par courrier des 21 et 27 septembre 2017. La recourante a par la suite requis une décision formelle que l'intimée a rendue le 29 novembre 2017.

Conformément à ce qu'allègue l'intimée, on constate que la recourante aurait pu l'interpeler dès réception de la décision du 17 octobre 2014, ce qu'elle n'a pas fait. Cela étant, il y a lieu de constater que ce « manquement » n'est pas suffisant à libérer l'assureur-accidents de la prise en charge qui lui incombe. En effet, on ne voit pas en quoi le déroulement des événements décrits ci-dessus pourrait remettre en cause l'identité du débiteur des frais du traitement de physiothérapie.

d) L'intimée reproche encore à la recourante de n'avoir pas contesté sa décision du 17 octobre 2014. Elle estime qu'en laissant dite décision devenir définitive et exécutoire, la recourante a accepté de prendre à sa charge les frais du traitement prodigué par le G. _____.

La décision du 17 octobre 2014 a mis fin à la prise en charge des frais médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 1^{er} juillet 2014. Comme on l'a relevé ci-dessus, par cette décision, l'intimée ne s'est pas déterminée sur les soins de physiothérapie prodigués entre les 26 mai et 13 juin 2014, alors même qu'elle avait été informée à cet égard. La décision ne contient aucune précision sur les

traitements médicaux pris en charge. En définitive, dans la mesure où le séjour litigieux s'est déroulé durant la période entre le 28 janvier 2014 et le 1^{er} juillet 2014 au soir, qu'il portait sur les suites de l'accident du 28 janvier 2014 et que l'intimée n'a pas indiqué refuser de le prendre en charge ni n'a listé les traitements dont elle admettait être la débitrice, la recourante ne pouvait pas déduire de la décision du 17 octobre 2014 que le paiement des 4'425 fr. facturés par G._____ n'était pas compris dans la prise en charge. La recourante - qui n'avait au surplus pas encore fait le lien entre la décision du 17 octobre 2014 et la demande de garantie du 13 mai 2014 - n'avait dès lors aucune raison de contester cette décision.

e) L'intimée refuse de prendre en charge le séjour au G._____ au motif que les médecins ayant décidé de ce traitement ne lui ont pas soumis de demande de prise en charge préalable. L'intimée estime qu'elle n'a ainsi pas été en mesure de contrôler la pertinence du traitement ainsi que le tarif appliqué. Elle relève que le seul traitement dont elle admet la prise en charge concerne la physiothérapie prescrite le 3 février 2014 dès lors que celui-ci a fait l'objet d'une demande formelle.

Préalablement, il y a lieu de relever que les griefs de l'intimée tirés de l'absence d'autorisation préalable à la mise en place du séjour litigieux sont de nature formelle. En effet, l'intimée ne prétend pas que ce séjour, s'il avait été requis au moyen du formulaire idoine, aurait été refusé ni que le tarif appliqué ne serait pas conforme à la convention tarifaire du 1^{er} septembre 1997 conclue entre la Fédération suisse des physiothérapeutes (désormais association physioswiss) et le Concordat des assureurs-maladie suisses, la Commission des tarifs médicaux LAA, l'Assurance-invalidité, représentée par l'Office fédéral des assurances sociales et l'Office fédéral de l'assurance militaire dont elle se prévaut.

Cela étant et en tout état de cause, il y a lieu de relever que les arguments liés au tarif ne concernent pas la question du débiteur des prestations médicales mais bien les rapports entre assureurs et prestataires de soins (art. 56 LAA), de tels litiges relevant de la compétence du tribunal arbitral (art. 57 al. 1 LAA ; art. 113 ss LPA-VD). En

conséquence, la Cour de céans n'est pas compétente pour trancher le grief relatif au tarif appliqué.

S'agissant de la pertinence du traitement, comme on l'a vu plus haut, elle résulte du dossier et n'a pas été sérieusement mise en cause par l'intimée.

f) L'intimée invoque encore l'exception de prescription. Elle se prévaut de la doctrine en lien avec les art. 70 et 71 LPGA. Ces dispositions ne sont cependant pas applicables dans la mesure où, comme on l'a vu, la recourante n'avait aucun doute sur le débiteur des prestations au moment de l'octroi de celles-ci (cf. consid 5 *supra*). Ce sont en conséquence les règles générales sur la prescription qui s'appliquent et en particulier l'art. 24 LPGA.

Aux termes de cette disposition, le droit à des prestations s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due. Ce délai commence à courir à réception de la facture du fournisseur de prestations (Sylvie Pétremand, in Anne-Sylvie Dupont/Margrit Moser-Szeless (édit.), Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 38 ad art. 24 LPGA).

En l'occurrence, le traitement litigieux a été prodigué entre le 26 mai et le 13 juin 2014. On ignore la date exacte d'émission de la première facture. Celle-ci a cependant été renvoyée par la recourante le 30 juin 2016 de sorte qu'il y a lieu d'admettre qu'elle doit dater de la même période. Le 23 août 2017, le prestataire de service a adressé à l'intimée une première demande de prise en charge. La recourante a fait de même le 19 septembre 2018. En pareilles circonstances, il y a lieu de retenir que la prescription ne saurait être acquise de sorte que ce grief doit également être écarté.

g) En définitive le traitement prodigué entre le 26 mai et le 13 juin 2014 par le G._____ doit être pris en charge par l'assureur-accidents.

7. a) En conséquence, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 24 octobre 2019 réformée en ce sens que le séjour effectué par l'assuré entre le 26 mai et le 13 juin 2014 au G._____ doit être pris en charge par l'intimée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 24 octobre 2019 par J._____ SA, désormais N._____ SA, est réformée en ce sens que le séjour effectué par L._____ entre le 26 mai et le 13 juin 2014 au G._____ doit être pris en charge par N._____ SA.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Y._____ SA,
- N._____ SA,

- Office fédéral de la santé publique,
- L. _____,

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 :