

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 971 vom 14. Februar 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-02-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__971

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 971 du 14 février 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 971 del 14 febbraio 2025

Regeste

SURASSURANCE | 45 al. 1 LPGA, 69 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2024 / 971

SURASSURANCE | 45 al. 1 LPGA, 69 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 4/24 - 29/2025 ZA24.000950 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 14 février 2025 _____ Composition : Mme Di Ferro Demierre , juge unique Greffière : Mme Huser ***** Cause pendante entre : L. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée. _____ Art. 45 al. 1 et 69 LPGA E n f a i t : A. L. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1973, travaillait depuis le 1 er mai 1996 comme opératrice de production pour l'entreprise U. _____ SA, à [...], et était à ce titre assurée obligatoirement contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 4 janvier 2009, l'assurée a subi une fracture du coccyx après avoir chuté dans les escaliers, lors d'un séjour au [...], et elle a été en incapacité de travail depuis lors. La CNA a pris en charge le cas et lui a versé des indemnités journalières à compter du 7 janvier 2009. Après avoir mené des investigations sur le plan médical dont la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire auprès du Service de neurologie du Centre hospitalier G. _____ ([...]) ayant donné lieu à un rapport du 26 janvier 2016, la CNA a, par décision du 1 er septembre 2016, confirmée sur opposition le 11 mai 2017, octroyé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 10% à partir du 1 er septembre 2016 et nié le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. La décision sur opposition du 11 mai 2017 a été confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : CASSO ; arrêt AA 73/17 - 160/2020 du 15 septembre 2020), puis par le Tribunal fédéral (arrêt 8C_755/2020 du 19 avril 2021). Le 3 février 2023, la CNA a rendu une décision par laquelle elle a constaté une surindemnisation pour la période déterminante du 7 janvier 2009 au 31 août 2016. Aux termes de cette décision, les prestations des assurances sociales perçues par l'assurée dépassaient de 21'193 fr. 75 le gain qu'elle aurait pu réaliser sans la survenance de l'accident du 4 janvier 2009. La CNA a exigé la compensation de ce montant avec les arrérages de l'assurance-invalidité, l'assurée ayant été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité du 1 er mai 2011 au 30 avril 2015 (décision du 19 décembre 2013), puis d'une rente entière à compter du 1 er mars 2015 (décision du 13 février 2023). Le 2 mars 2023, l'assurée a formé opposition contre cette décision, en faisant notamment valoir des frais d'avocat à hauteur de 15'000 fr. ainsi qu'une erreur sur le montant de la rente d'invalidité prise en compte pour la période du 1 er mars 2015 au 31

août 2016 (16 mois), dans la mesure où elle avait perçu 1'895 fr. par mois et non 3'790 francs. Par courrier du 26 mai 2023, la responsable en charge de l'opposition au sein de la Division juridique de la CNA est revenue sur certains éléments pour cadrer les points litigieux et a corrigé le calcul opéré dans la décision litigieuse. Elle a tout d'abord constaté que le montant retenu à titre de rente d'invalidité du 1^{er} mars 2015 au 31 août 2016 était correct, soit 3'790 fr. au total, correspondant à une rente entière de 2'160 fr., ainsi qu'à deux rentes à hauteur de 842 fr. pour les deux enfants. En revanche, il y avait lieu de tenir compte de dix mois à 3'790 fr. pour la période courant du 1^{er} mars au 31 décembre 2015 (et non de huit mois comme indiqué dans le décompte annexé à la décision attaquée). Ainsi, pour toute la période considérée (du 7 janvier 2009 au 31 août 2016), le total des prestations perçues de l'assurance-invalidité se montait à 154'786 fr. et celles de l'assurance-accidents à 218'649 fr., soit un montant de 373'435 fr. en les additionnant. Ensuite, s'agissant des frais d'avocat, la CNA a relevé que les listes produites par le conseil de l'assurée contenaient de nombreux postes correspondant à des courriers adressés à Y. _____ qui ne pouvaient être invoqués dans le cadre d'une surindemnisation. Enfin, elle a fait remarquer que le conseil de l'assurée avait perçu une indemnité à hauteur de 6'434 fr. 70 dans le cadre d'une demande d'assistance judiciaire déposée auprès de la CASSO et lui impartissait un délai pour se déterminer sur cette question et éventuellement compléter ou modifier les listes produites. Dans une prise de position du 29 septembre 2023, l'assurée a admis le rectificatif concernant le nombre de mois et les montants retenus à titre de rentes. Elle a par ailleurs invité la CNA à retrancher des listes produites les « quelques » opérations en lien avec Y. _____. Elle a en outre relevé que le fait qu'elle avait obtenu une indemnité de 6'343 fr. 70 dans le cadre d'une demande d'assistance judiciaire déposée auprès de la CASSO était sans pertinence dès lors qu'elle était tenue au remboursement de cette indemnité. Il y avait ainsi lieu de retenir, selon elle, que la CNA avait une prétention s'élevant à 28'773 fr. 75, de laquelle il convenait de déduire un montant de 15'309 fr. 72 et de retrancher encore les « quelques » opérations en lien avec Y. _____. Par décision sur opposition du 11 décembre 2023, la CNA a relevé que l'assurée ne contestait pas, à juste titre, le montant de 218'649 fr. perçu à titre d'indemnités journalières, ni la période déterminante prise en compte (du 1^{er} janvier 2009 au 31 août 2016), pas plus que le calcul du gain présumé perdu à hauteur de 320'216 fr. 26. S'agissant des frais d'avocat, la CNA s'est référée aux listes produites par le conseil de l'assurée et a accepté de retrancher certaines opérations en lien avec Y. _____ ou la Z. _____ dans les listes n os 1976 et 2534. Pour ce qui était de la liste n o 3435 d'un montant de 748 fr. 84 en lien avec des opérations toutes postérieures aux prestations concernées par le calcul de la surindemnisation, il n'y avait pas lieu d'en tenir compte. Elle a ainsi admis un montant de 14'352 fr. 11 à titre de frais d'avocat. La comparaison entre les prestations sociales versées par la CNA et par l'OAI (373'435 fr.), et le gain présumé perdu (320'216 fr. 25) augmenté des frais d'avocat (14'352 fr. 11) laissait apparaître un montant de surindemnisation de 38'866 fr. 64. Le droit net de l'assurée à des prestations s'élevait par conséquent à 179'782 fr. 36 (différence entre les indemnités journalières perçues à hauteur de 218'649 fr. et le montant de la surindemnisation de 38'866 fr. 64). Compte tenu du montant d'indemnités journalières perçu déduction faite des sommes versées par l'assurance-invalidité directement à la CNA (194'204 fr. [218'649 fr. - 24'445 fr.]) et du droit net de l'assurée à des prestations (179'782 fr. 36), il en résultait un trop perçu de 14'421 fr. 64 (194'204 fr. - 179'782 fr. 36). La CNA a ainsi rectifié sa décision du 3 janvier 2023, en ce sens que les prestations d'assurances sociales perçues par l'assurée dépassaient de 14'421 fr. 64 le gain qu'elle aurait pu réaliser

sans la survenance de l'accident du 4 janvier 2009, si bien que ce montant lui était dû à titre de surindemnisation. B. Par acte du 9 janvier 2024, l'assurée, assistée de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, en concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'elle n'était tenue à aucune restitution en faveur de la CNA et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à cette autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a en substance fait valoir que, dans la mesure où aucune solution ne lui avait été proposée en Suisse afin de réduire ses douleurs, elle s'était vue contrainte, le 24 juillet 2018, de consulter le Prof. S. _____, directeur de l'institut de chirurgie reconstructrice de [...], au [...], lequel aurait eu comme mission de déceler l'origine de ses souffrances et, dans la mesure du possible, les réduire, voire y mettre un terme. Elle a précisé que, le 29 octobre 2018, le Prof. S. _____ lui avait prodigué une neurotomie avec radiofréquence dans la région sacro-coccygienne et coccygienne, ayant pour but de réduire les douleurs. Elle a indiqué avoir engagé des frais particulièrement importants afin de voyager au [...] alors qu'elle était domiciliée en Suisse, afin de tenter de trouver une solution face aux douleurs permanentes et invalidantes qui l'affectaient. Elle a en conséquence estimé que l'intégralité des frais de traitement, en particulier ceux qui avaient été engendrés du fait de son accident, auprès du Prof. S. _____, devaient être compris dans le cadre du calcul d'une éventuelle surindemnisation. Elle a ajouté que ces frais tenaient compte tant du traitement en tant que tel que des frais relatifs aux voyages auprès de ce spécialiste, soit les frais de transport et d'hébergement sur place. Dans sa réponse du 9 février 2024, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que l'ampleur des frais d'honoraires de la recourante n'était plus contestée. Quant aux frais en lien avec le traitement prodigué par le Prof. S. _____, l'intimée a fait remarquer que ceux-ci n'avaient pas été évoqués dans la procédure d'opposition et a contesté devoir payer la facture pour le rapport du 22 octobre 2018 du Prof. S. _____ et, partant, de devoir intégrer ces frais dans le calcul de surindemnisation. Elle a également rappelé qu'elle ne répondait que des atteintes à la santé qui étaient en relation de causalité naturelle et adéquate avec un événement assuré et que, partant, seuls les frais médicaux afférents aux séquelles engageant la responsabilité de l'assureur-accidents pouvaient être invoqués par la recourante à titre de frais supplémentaires au sens de l'art. 69 al. 2 LPGA. Par déterminations du 29 février 2024, la recourante a dorénavant sollicité la mise en œuvre d'une expertise tendant à déterminer si un lien de causalité naturel et adéquat pouvait être établi entre l'accident du 4 janvier 2009 et les atteintes à sa santé ayant justifié les frais médicaux qu'elle invoquait dans la présente procédure. 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) En l'occurrence, 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. c) 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 question de savoir si la recourante est tenue à restitution, en faveur de l'intimée, d'un montant de 14'421 fr. 64, à titre de

surindemnisation. 3. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (TF 8C_256/2023 du 25 janvier 2024 consid. 2.1 ; ATF 144 II 359 consid. 4.3 et les références citées). A juste titre, l'intimée évoque le fait que les frais pour le rapport du 22 octobre 2018 du Prof. S. _____ n'ont jamais été mentionnés dans la procédure d'opposition alors même que la recourante a été invitée à participer à la procédure et à compléter sa demande, qui portait alors uniquement sur les frais d'avocat rendus nécessaires pour l'obtention des prestations d'assurances. Elle a en outre été avertie qu'à défaut, il serait statué en l'état du dossier. Ainsi, les conclusions au stade du recours tendant uniquement à la prise en compte, dans le calcul de surindemnisation, du rapport du Prof. S. _____ et d'autres frais non allégués, ni établis, de telle sorte que la recourante ne serait tenue à aucune restitution, sont tardives et vont au-delà de l'objet de la contestation si bien qu'elles devraient être déclarées irrecevables. Quoi qu'il en soit, les conclusions doivent de toute façon être rejetées car celles-ci sont manifestement mal fondées comme il sera exposé ci-dessous. b) On relèvera, à ce stade, que l'intimée n'a pas remis en cause que les atteintes seraient en lien ou non avec l'accident du 4 janvier 2009 ou qu'il existerait des atteintes psychiques ou malades. Elle soutient qu'elle n'a pas à répondre des douleurs de l'assurée qui sont subjectives et non objectivables comme elle l'avait fait dans la précédente procédure (AA 73/17), ce qui a été confirmé par le Tribunal fédéral. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner une expertise, comme le requiert la recourante, pour déterminer les frais médicaux provoqués par l'accident. 4. a) Aux termes de l'art. 69 LPGA, le concours de prestations des différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'ayant droit. Ne sont prises en compte dans le calcul de la surindemnisation que des prestations de nature et de but identiques qui sont accordées à l'assuré en raison de l'événement dommageable (al. 1). Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches (al. 2). Les prestations en espèces sont réduites du montant de la surindemnisation. Sont exceptées de toute réduction les rentes de l'AVS et de l'AI, de même que les allocations pour impotents et les indemnités pour atteinte à l'intégrité. Pour les prestations en capital, la valeur de la rente correspondante est prise en compte (al. 3). b) Seules les prestations sociales correspondant au même événement assuré sont prises en considération dans le calcul de surindemnisation. Lorsque des indemnités journalières LAA sont versées en même temps que des rentes AI, on doit prendre en considération l'ensemble de la période à partir de la naissance du droit aux indemnités journalières de l'assurance-accidents (ATF 139 V 519 consid. 5 ; 132 V 27 consid. 3.1 ; 126 V 193 consid. 3). Le calcul de surindemnisation couvre toute la période de l'incapacité de travail jusqu'au moment du passage à la rente de l'assurance-accidents ; il ne s'opère pas pour la seule période à partir de laquelle l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 132 V 27 consid. 3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in *Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, Vol. XIV, 3 e éd., Bâle 2016, n° 519 p. 1044). c) La LPGA ne fixe pas d'ordre de priorité en ce qui concerne le concours d'indemnités journalières et de rentes. Dans cette hypothèse, il y a lieu de se

fonder sur les principes consacrés aux art. 63 ss LPGA pour déterminer l'assurance sociale appelée à réduire sa prestation. En particulier, dans le cas d'un concours entre une indemnité journalière de l'assurance-accidents et une rente de l'assurance-invalidité, il incombe à l'assureur-accidents de réduire sa prestation (Ghislaine Frésard-Fellay/Jean-Maurice Frésard, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 55 ad art. 69 LPGA et les références citées). d) L'art. 51 al. 3 OLAA précise que le gain dont on peut présumer que l'assuré se trouve privé correspond à celui qu'il pourrait réaliser s'il n'avait pas subi de dommage. Le revenu effectivement réalisé est pris en compte. Il ne correspond pas forcément au gain effectivement obtenu avant la survenance de l'éventualité assurée, surtout si une longue période s'est écoulée entre l'événement assuré et le calcul de surindemnisation (ATF 125 V 163 consid. 3b). Le moment déterminant pour fixer le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé est celui auquel le calcul de surindemnisation est opéré (ATF 123 V 193 consid. 5a).

4. Selon l'art. 45 al. 1 er LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. La Commission ad hoc Sinistres LAA (dans laquelle plusieurs assureurs LAA privés ainsi que la CNA sont représentés) a été créée afin que les divers organismes appliquent la LAA de façon uniforme. Elle émet dans ce but des recommandations (consultables sur le site www.svv.ch > Secteur > Règles sectorielles). C'est ainsi qu'elle a établi à l'intention des assureurs-accidents une recommandation pour l'application de l'art. 69 LPGA (recommandation n° 3/92 intitulée « Concours des prestations en espèces LAA avec les prestations d'autres assurances sociales – surindemnisation », du 25 juin 1992). Il est stipulé ce qui suit aux ch. 2.3 et 2.3.1 de cette recommandation : « 2.3 Frais supplémentaires En font partie, selon l'art. 29 al. 1 OAM (ndlr : ordonnance du 10 novembre 1993 sur l'assurance-militaire ; RS 833.11), uniquement les coûts dus au traitement et aux soins qui ne sont pas couverts par l'assurance sociale. » 2.3.1. Frais supplémentaires imputables Peuvent être pris en considération comme tels, par exemple, - les frais de traitement non couverts, tels que : -- les coûts supplémentaires pour les soins hospitaliers en division privée ; -- les traitements alternatifs ; -- les régimes alimentaires ; - les frais de sauvetage et de transport non couverts ; - les moyens auxiliaires ; - les frais de voyage des proches qui vivent en communauté familiale avec la personne accidentée, pour des visites ou de l'aide ; - les dépenses non couvertes pour une aide de ménage externe ; - les autres frais en rapport étroit avec le traitement et les soins prodigués à la personne accidentée. - les frais d'avocat nécessaires, en rapport avec le cas d'assurance sociale (à l'exclusion des frais d'avocats générés par l'aspect responsabilité civile du dossier ou couverts par des tiers, par exemple l'assurance protection juridique), cf. ATF 139 V 108 » Les recommandations de la Commission ad hoc Sinistres LAA ne sont ni des ordonnances administratives, ni des directives de l'autorité de surveillance aux organes d'exécution de la loi. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit. Même si elles ne sont pas dépourvues d'importance sous l'angle de l'égalité de traitement des assurés, elles ne lient pas le juge (ATF 147 V 35 consid. 5.1.3 et les références). Il faut rappeler que les faits pertinents doivent être établis au degré de la vraisemblance prépondérante. Il est dès lors nécessaire d'exposer tous les faits et moyens de preuve pertinents pour pouvoir juger, sur le fond, du droit à la recourante. Le principe inquisitoire trouve effectivement sa limite dans l'obligation de collaborer des parties. Ces dernières doivent présenter les faits pertinents, ce qui implique que les

allégations y relatives, voire la contestation de certains faits, doivent figurer dans leurs écritures. Cela vaut d'autant plus lorsqu'elles sont, comme c'est ici le cas, représentées par un avocat (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 et les références ; TF 9C_48/2017 du 4 septembre 2017 consid. 2.2.2). 6. En l'occurrence, bien que la recourante ait eu la possibilité de se déterminer sur la réponse et le temps de produire toute pièce qu'elle estimait utile à l'appui de son recours, elle n'a ni établi les frais pour son suivi auprès du Prof. S. _____, ni même allégué les autres frais qui n'auraient pas été couverts par les divers assureurs sociaux, se limitant à requérir la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. A l'appui de son recours, elle n'a produit que le rapport du Prof. S. _____ du 22 octobre 2018 qu'elle avait déjà produit, le 7 décembre 2018, dans la cause AA 73/17 qui a fait l'objet d'un arrêt de la CASSO (AA 73/17 - 160/2020 du 15 septembre 2020), lequel a été confirmé par le Tribunal fédéral le 19 avril 2021 (arrêt 8C_755/2020 du 19 avril 2021). Dans son recours, L. _____ fait valoir que, selon le Prof. S. _____, elle souffre de douleurs neuropathiques chroniques, incapacitantes et invalidantes et indique avoir eu une neurotomie le 29 octobre 2018 avec radiofréquence dans la région sacro-coccygienne et coccygienne, ayant pour but de réduire les douleurs. La recourante a joint au rapport du Prof. S. _____ du 22 octobre 2018 une traduction en français de ce rapport, dont la teneur est la suivante (sic) : « Mme L. _____ a été observée pour la première fois en consultation le 24 juillet 2018 avec un état de douleur neuropathie chronique, incapacitante et invalidante, faisant référence à cinq interventions chirurgicales antérieures pour le traitement de séquelles de l'exérèse du coccyx après une fracture de cette structure. Face à des affections douloureuses, résistantes aux médicaments qu'elle prend régulièrement (habituel pour la douleur neuropathique) et à l'application d'une stimulation électrique (elle possède deux stimulateurs électriques appliqués aux racines nerveuses sacrées), il est nécessaire d'intervenir de manière élective pour soulager les douleurs. Il convient de noter qu'[elle présente] des troubles de la défécation, des douleurs périnéales du mouvement pelvien, des douleurs vaginales, des troubles urinaires et parfois des douleurs irradiantes vers le bassin et la racine des cuisses. De cette façon, un protocole thérapeutique, chirurgical et médicamenteux est initié, en commençant par une phase de neurotomie avec radiofréquence aux points spécifiques sacro-coccygion et par-coccygien. » En l'occurrence, il y a lieu de constater que les frais liés au rapport en question ne constituent pas des frais de soins, en tant que tels, mais correspondent à des frais d'instruction qui n'étaient clairement pas indispensables à l'appréciation du cas ou compris dans les prestations accordées ultérieurement. La valeur probante du rapport du 22 octobre 2018 du Prof. S. _____ a en outre été niée par le Tribunal fédéral, dans la mesure où celui-ci n'était pas de nature à mettre en doute les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre hospitalier G. _____ du 26 janvier 2016. Quant à la seule séance de neurotomie avec radiofréquence effectuée par le Prof. S. _____, elle n'a pas apporté les résultats escomptés selon les propres allégations de la recourante (écriture du 7 décembre 2018 rédigée dans le cadre de la procédure administrative ayant donné lieu à la cause AA 73/17). A cet égard, la recourante, bien qu'assistée d'un mandataire professionnel, n'établit pas non plus que ce traitement à l'étranger n'aurait pas été pris en charge par d'autres assurances, notamment maladie, puisqu'elle-même allègue qu'il s'agit d'un traitement qui n'existe pas en Suisse. Elle n'établit pas non plus qu'elle se serait rendue au [...] uniquement pour suivre ce traitement. Partant, les frais médicaux invoqués au stade du recours, qui n'ont au demeurant pas été chiffrés, n'ont pas à être intégrés dans le calcul de la surindemnisation. 7. Pour le surplus, les éléments du calcul de la surindemnisation, en particulier le montant des

indemnités journalières versées par l'intimée en faveur de la recourante (218'649 fr.), le montant des rentes d'invalidité perçues (154'786 fr.), la période de surindemnisation prise en compte (du 7 janvier 2009 au 31 août 2016), le montant du gain présumé perdu (320'216 fr. 26), ainsi que les frais d'avocat admis (14'352 fr. 11), n'ont pas été contestés dans le cadre du recours. Vérifiés d'office, ces éléments peuvent être confirmés. C'est donc à juste titre que l'intimée réclame à la recourante un montant de 14'421 fr. 64, à titre de surindemnisation. 8. La recourante a sollicité la mise en œuvre de débats publics. Le juge peut cependant s'abstenir de mettre en œuvre des débats publics dans les cas prévus à l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), lorsque la demande est abusive, chicanière, ou dilatoire, lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien-fondé ou encore lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (ATF 141 I 97 consid. 5.1 ; TF 9C_601/2022 du 6 juin 2023 consid. 2.2 avec les références citées). En l'espèce, il résulte des considérations exposées, ci-avant, que le recours est manifestement infondé, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de débats publics formulée par la recourante. 9. En définitive, le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 11 décembre 2023 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. 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 : ■ Me Jean-Michel Duc (pour la recourante), ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.