

VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 220 vom 28. April 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__220

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 220 du 28 avril 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 220 del 28 aprile 2025

Regeste

FRAIS DE TRAITEMENT, NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT, NULLITÉ, EFFET DÉVOLUTIF | 21 al. 1 LAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2025 / 220

FRAIS DE TRAITEMENT, NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT, NULLITÉ, EFFET DÉVOLUTIF | 21 al. 1 LAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 35/24 - 53/2025 ZA24.014666 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 28 avril 2025

_____ Composition : Mme Berberat , présidente Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges Greffière : Mme Chaboudez ***** Cause pendante entre : Q. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et S. _____ , à [...], intimée. _____ Art. 21 al. 1 LAA E n f a i t : A. a) Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, a été engagée en qualité d'employée de restauration à 100 % par le B. _____ (ci-après : B. _____) dès le 1^{er} février 2008. A ce titre, elle était assurée contre les accidents et maladies professionnelles auprès de S. _____ (auparavant : [...], respectivement la [...] ; ci-après : S. _____ ou l'intimée). A compter du 28 juillet 2008, elle assumait parallèlement une activité en tant que nettoyeuse auprès de [...] SA. Le 21 juin 2009, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation alors qu'elle revenait de [...] en minibus. De retour en Suisse, elle s'est rendue aux urgences du B. _____ où des contusions multiples ont été constatées, au niveau lombaire et du bassin, du pied droit, de la cheville droite, au niveau costal gauche et cervical (rapport du 23 juin 2009). S. _____ a pris en charge le cas. La décision de S. _____ de fin de prestations du 22 février 2011 a été annulée par arrêt du 30 septembre 2013 de la Cour des assurances sociales (AA 36/12 – 88/2013) en vue d'une instruction complémentaire. S. _____ a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du P. _____ (ci-après : P. _____), qui a rendu son rapport le 2 mai 2014 et notamment constaté que la situation n'était pas stabilisée. S. _____ a, de manière commune avec l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), fait réaliser une nouvelle expertise par le P. _____ (rapport du 7 avril 2016). Après avoir rendu une décision le 2 mai 2018 prolongeant le versement de ses prestations, S. _____ a ordonné, avec l'OAI, la réalisation d'une troisième expertise, également confiée au P. _____ et qui a fait l'objet d'un rapport le 23 août 2019. Par décision du 30 octobre 2020, S. _____ a estimé que l'état de l'assurée était stabilisé depuis son examen au P. _____ le 9 décembre 2015, date à partir de laquelle elle pouvait œuvrer en plein dans une activité adaptée avec un rendement de 100 %, et qu'elle avait ainsi droit à l'indemnité journalière du 22 juin 2009 au 27 décembre 2009 et du 23 janvier 2014 au 9 décembre

2015. S. _____ a considéré que l'assurée ne subissait aucune perte de gain et lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 %. Par décision du 31 mars 2022, S. _____ a estimé que sa responsabilité n'était pas engagée pour la rechute annoncée le 3 août 2020. Par décision sur opposition du 1^{er} septembre 2022, S. _____ a, d'une part, reconnu son obligation de verser les indemnités journalières jusqu'au 29 février 2016, afin de se conformer à l'obligation d'impartir un délai à l'assurée pour rechercher une activité raisonnablement exigible, tout en confirmant sa décision du 30 octobre 2020 pour le surplus, et, d'autre part, confirmé son refus de prendre en charge la rechute annoncée. Par arrêt du 14 juin 2023 (AA 109/22 – 79/2023), la Cour des assurances sociales a partiellement admis le recours interjeté par l'assurée contre la décision sur opposition précitée et l'a réformée, en ce sens que l'assurée avait droit à une rente d'invalidité de 24 % à compter du 1^{er} mars 2016, et l'a confirmée pour le surplus. Il a été constaté qu'un lien de causalité avec l'accident devait être admis pour les contusions multiples que l'assurée avait présentées après l'accident, ainsi que les troubles dont elle a souffert au membre inférieur droit, à savoir l'entorse de la cheville et du Lisfranc, le syndrome douloureux régional complexe (SDRC), la situation d'enraidissement et de rétraction des chaînes musculaires postérieures, de même que la persistance de douleurs musculo-tendineuses au mollet avec des signes de tendinopathie modérés à discrets au niveau du tendon d'Achille. La causalité était également admise en lien avec les diagnostics de probable traumatisme craniocérébral (TCC) mineur, distorsion cervicale et contusions cervico-dorsales, ainsi que de status après syndrome post-commotionnel et post-distorsion cervicale simple, avec un retour à un statu quo ante au plus tard deux ans après l'accident, à savoir en juin 2011 (consid. 6 de l'arrêt précité). La Cour des assurances sociales a observé que les experts du P. _____ avaient conclu, dans leur rapport de 2016, à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis la date de l'expertise et qu'ils avaient confirmé que la situation était stabilisée lors de leur expertise de 2019, si bien que S. _____ était fondée à mettre fin au droit de l'assurée au traitement médical en date du 9 décembre 2015 (consid. 8a de l'arrêt précité). La Cour des assurances sociales a fait remarquer que S. _____ aurait dû mettre fin aux indemnités journalières à cette date également, mais a renoncé à une reformatio in pejus sur ce point (consid. 8b de l'arrêt précité). Dans la mesure où la poursuite de l'activité accessoire de nettoyeuse exercée par l'assurée n'était plus exigible, la comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissait à un degré d'invalidité de 24 % et ouvrait le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à partir du 1^{er} mars 2016 (consid. 8d). La Cour a finalement confirmé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 % retenu (consid. 9) ainsi que le refus de prise en charge de la rechute (consid. 10). Cet arrêt n'a pas fait l'objet d'un recours et est par conséquent entré en force. b) Par décision du 24 août 2023, S. _____ s'est prononcée sur le droit aux indemnités journalières de l'assurée, sa capacité de travail, son gain assuré, son degré d'invalidité, le point de départ de la rente ainsi que le montant de cette dernière ; elle a annoncé une nouvelle décision formelle sur la réduction du montant de la rente lorsque l'assurée atteindrait l'âge ordinaire de la retraite ; elle a constaté que les conditions pour l'octroi d'un traitement médical après fixation de la rente n'étaient pas remplies et a procédé au récapitulatif des montants servis à l'assurée. Par décision du 7 septembre 2023 (ou du 8 septembre 2023 selon la rectification manuscrite faite), annulant et remplaçant la décision du 24 août 2023, S. _____ s'est prononcée sur le droit aux indemnités journalières de l'assurée, sa capacité de travail et le point de départ de la rente ; elle a laissé à son réassureur « long terme » le soin de rendre sa décision sur les prestations

à long terme ; elle a constaté que les conditions pour l'octroi d'un traitement médical après fixation de la rente n'étaient pas remplies et a fait savoir qu'elle verserait rétroactivement à l'assurée le montant de 11'484 fr. 10 d'indemnités journalières pour la période du 10 décembre 2015 au 29 février 2016. L'assurée s'est opposée à cette décision par acte de son mandataire du 6 octobre 2023. Elle a sollicité le paiement d'intérêts moratoires sur le rétroactif des indemnités journalières et estimé que les traitements de physiothérapie et les antidouleurs étaient de nature à améliorer notablement son état de santé ou à éviter qu'il se dégrade de façon notable et qu'ils devaient donc être pris en charge par S._____. Elle a complété son opposition le 30 janvier 2024 en produisant un rapport du 22 décembre 2023 du Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale, qui indiquait que l'évolution était marquée par des douleurs chroniques mal systématisées des membres inférieurs distaux résistant à tout traitement antalgique et physiothérapeutique, troubles qui ne se seraient pas produits de la même manière sans l'accident de 2009. Donnant suite à la demande de renseignements de S._____ du 6 février 2024, le Dr K._____ a indiqué, par courrier du 8 février 2024, que l'assurée « requiert une séance de physiothérapie par semaine environ » et que le traitement antalgique consiste en la prise de paracétamol et de comprimés anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) plusieurs fois par jour. Dans un avis du 28 février 2024, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de S._____, a relevé que les plaintes de l'assurée d'inconfort ou de douleurs aux jambes n'étaient pas clairement expliquées et qu'elles résistaient au traitement prodigué. Par décision sur opposition du 5 mars 2024, S._____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée et maintenu sa décision du 7 septembre 2023. Elle a indiqué avoir procédé le 2 février 2024 au versement des indemnités journalières dues pour la période du 10 décembre 2015 au 29 février 2016 et des intérêts moratoires y relatifs, d'un montant de 3'541 francs. Elle a relevé que, par sa décision du 7 septembre 2023, elle avait mis fin au versement des indemnités journalières au 29 février 2016 au motif que la situation médicale était stabilisée et que le droit à la rente naissait le 1^{er} mars 2016, laissant le soin à son réassureur de statuer sur les prestations à long terme. Elle a estimé que, dans la mesure où l'antalgie et la physiothérapie dont bénéficiait l'assurée ne parvenaient pas à réduire les douleurs dont elle souffrait, qui résistaient à tout traitement, celui-ci ne permettait pas d'améliorer la situation au niveau de sa capacité de gain, ni au niveau de son état de santé, si bien que S._____ n'était pas tenue de prendre en charge ce traitement. B. Par acte de son mandataire du 3 avril 2024, Q._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à de plus amples prestations de l'assurance-accidents, notamment la prise en charge des frais de traitements de physiothérapie et antidouleurs, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et nouvelle décision. Elle a relevé que S._____ n'avait pas versé les indemnités journalières le 2 février 2024, mais uniquement les intérêts moratoires y relatifs, d'un montant de 3'541 francs. Elle s'est prévalué du fait que les appréciations du Dr G._____ avaient été par le passé jugées non-probantes par la Cour des assurances sociales et qu'elles avaient été invalidées par les expertises réalisées, estimant que le médecin-conseil ne visait qu'à écarter la prise en charge des traitements médicaux rendus nécessaires du fait de l'accident du 21 juin 2009. Elle a reproché à l'intimée de n'avoir mis en œuvre aucune expertise concernant la poursuite des traitements médicaux. A titre de moyens de preuve, l'assurée a requis la production complète du dossier en mains de l'intimée, ainsi que de celui en mains de l'OAI. Dans sa réponse du 15 mai

2024, S. _____ a conclu au rejet du recours. Elle a estimé qu'en admettant que l'état de santé de l'assurée était stabilisé au 9 décembre 2015 et en écartant l'existence d'une rechute ou de séquelles tardives, la Cour des assurances sociales avait « déjà jugé » qu'une prise en charge des traitements en application des let. a et b de l'art. 21 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) n'entraîne pas en ligne de compte. Elle a relevé que le Dr K. _____ n'apportait aucun motif à l'appui de son appréciation, selon laquelle il était improbable que les troubles nécessitant un traitement médical se seraient produits de la même manière sans la survenue de l'accident de 2009. La formulation qu'il avait utilisée, à savoir que l'assurée « requiert une séance de physiothérapie par semaine environ », laissait à penser qu'elle réclamait une séance de physiothérapie pour son bien-être plus que par nécessité et que le médecin-traitant s'était limité à agir en simple porte-voix. S. _____ estimait qu'il n'était pas possible de tirer quelque chose de substantiel du rapport du 22 décembre 2023 et que le conseil de l'assurée y décelait une confirmation explicite en faveur de l'assurée qui relevait de sa propre interprétation médicale du dossier, rappelant que cette tendance avait déjà été soulignée dans les arrêts rendus. En outre, dans la mesure où les douleurs chroniques étaient résistantes à tout traitement antalgique et physiothérapeutique, cela démontrait que le traitement dont la prise en charge était sollicitée n'était pas susceptible d'apporter une amélioration notable de l'état de santé ni d'empêcher que celui-ci ne subisse une notable détérioration. Dans sa réplique du 17 juin 2024, l'assurée a souligné que les indications données par le Dr K. _____ devaient être lues en lien avec la demande de renseignements faite par S. _____, de sorte qu'on devait en comprendre qu'elle nécessitait une séance de physiothérapie par semaine environ et que si S. _____ avait quelque doute sur l'interprétation de la réponse du médecin traitant, il lui appartenait de demander toute précision utile à ce dernier. Elle a fait valoir que, sans ses traitements, ses douleurs s'aggravaient, le Dr K. _____ ayant précisé qu'ils étaient nécessaires en raison de l'accident. Ils étaient également indispensables pour la conservation de sa capacité résiduelle de gain. Par duplicata du 9 juillet 2024, S. _____ a maintenu que le Dr K. _____ n'avait fait état d'aucun besoin médical dans sa réponse ni d'aucune justification à la poursuite des traitements antalgiques et de physiothérapie. Aucune pièce ne venait étayer que ces mesures médicales amélioreraient notablement l'état de santé ou empêcheraient une détérioration de l'état de santé de l'assurée. Elle a rappelé qu'au contraire, les douleurs étaient résistantes à tout traitement. Dans son courrier du 13 décembre 2024, S. _____ a relevé que la Cour des assurances sociales n'avait pas jugé nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale lors de l'annonce de la rechute ni de verser en cause le dossier de l'OAI, si bien qu'il n'y avait aucun motif de donner suite à ces requêtes dans la présente cause. 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). 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. 2. a) Le litige porte uniquement sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a refusé la prise en charge du traitement médical après la fixation de la rente. b) La question des intérêts

moratoires liés au versement ultérieur des indemnités journalières pour la période du 10 décembre 2015 au 29 février 2016 n'est plus litigieuse au vu du versement par S. _____ de 3'541 fr. à ce titre en février 2024, montant qui n'a pas été contesté par la recourante. c) Il faut rappeler que, dès le dépôt d'un recours, l'administration perd la maîtrise sur l'objet du litige, qui passe au tribunal. Lorsque le tribunal s'est prononcé sur le fond, même s'il a rejeté le recours, l'administration ne peut pas reconsidérer ni procéder à une révision procédurale du jugement. En revanche, si le jugement porte sur un rapport de droit durable, l'administration peut adapter le rapport en question à une modification des circonstances, pour la période postérieure à celle sur laquelle s'est prononcé le tribunal. L'effet dévolutif ne porte en effet que sur l'objet du litige dont le tribunal est saisi, ce qui vaut aussi en ce qui concerne la délimitation de cet objet dans le temps (Jean Métral in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, nos 53 et 57 ad art. 56 LPGa). Une décision de l'administration se prononçant à tort sur un objet dont la compétence a été transférée à la juridiction cantonale en raison de l'effet dévolutif du recours est nulle, de sorte qu'un recours déposé à son encontre est irrecevable (TFA U 4/04 du 10 mars 2004 consid. 3). En d'autres termes, il y a nullité lorsqu'il y a un conflit positif de compétences et donc la possibilité de deux décisions contradictoires (ATF 150 II 244 consid. 4.2.2 ; 109 V 234 consid. 2 et les références). En l'occurrence, l'arrêt de la Cour de céans du 14 juin 2023 (AA 109/22 - 73/2023) a statué définitivement, compte tenu de l'absence de recours au Tribunal fédéral, sur la question de la stabilisation de l'état de santé de l'assurée, la fin du droit aux indemnités journalières et au traitement médical, sur la capacité de travail de l'assurée, ainsi que sur son droit à la rente et la date de départ de celle-ci. Ces différents points ne peuvent dès lors plus faire l'objet d'une décision de la part de l'administration. La décision du 7 septembre 2023 est dès lors nulle en tant qu'elle statue à nouveau sur les éléments précités. Il en va de même de la décision sur opposition du 5 mars 2024 en tant qu'elle confirme cette décision sur ces aspects. Seule reste du ressort de l'administration la question du montant chiffré de la rente compte tenu du gain assuré de la recourante, sur laquelle S. _____ a invité son réassureur pour les prestations à long terme à statuer. Cela étant, il faut constater que dans la mesure où la recourante n'a pas recouru sur les points précités, cela n'a pas d'incidence sur le présent recours. 3. a) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). Le traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, deuxième phrase, LAA). Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, à savoir lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a), lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b), lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). b) Il n'est pas contesté qu'en l'occurrence, la recourante ne souffre d'aucune maladie professionnelle. Aucun frais de traitement ne saurait dès lors être pris en charge sur la base de l'art. 21 al. 1 let. a LAA. c) Dans l'arrêt du 21 juin 2023, la Cour de céans a jugé, par rapport à l'annonce de rechute faite par l'assurée, que cette dernière n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé en lien de causalité avec l'accident (AA 109/22 - 73/2023 consid. 10b). En l'absence d'une situation de rechute ou de séquelles tardives, la recourante ne saurait se

prévaloir de l'art. 21 al. 1 let. b LAA. d) Quant à l'art. 21 al. 1 let. c LAA, il subordonne la prise en charge ou le maintien du traitement médical après la fixation de la rente d'invalidité à la condition que le bénéficiaire de cette prestation en ait besoin de manière durable pour conserver sa capacité résiduelle de gain. Il s'agit de prestations durables, dont l'octroi ne peut pas être limité à quelques mois (ATF 144 V 418 ; TF 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.3). L'appréciation faite par le Dr G. _____ le 28 février 2024 est succincte et tend notamment à remettre en question la causalité entre l'accident et les plaintes de la recourante relatives à ses membres inférieurs, quand bien même cette question a été appréciée à plusieurs reprises par les experts du P. _____, dont les rapports se sont vu reconnaître pleine valeur probante (AA 109/22 - 73/2023 consid. 5). De même, les considérations du Dr K. _____ au sujet de la causalité naturelle ne sont pas déterminantes, cette question ayant été définitivement tranchée dans l'arrêt précité (consid. 6). Seule doit être examinée en l'occurrence l'éventuelle nécessité de poursuivre un traitement médical des atteintes reconnues en lien de causalité avec l'accident. Dans ses écritures, la recourante soutient que les séances de physiothérapie et le traitement antalgique sont indispensables pour la conservation de sa capacité résiduelle de gain. Cependant, aucun des médecins dont les avis figurent au dossier n'indique que tel est le cas, quoi qu'elle en dise. Le Dr K. _____ ne fait en effet que mentionner les traitements suivis en lien avec les atteintes aux membres inférieurs, mais n'indique pas que ces traitements seraient nécessaires au maintien de la capacité résiduelle de travail de la recourante, ni ne précise pour quels motifs cela serait le cas. Il faut constater que, dans leur rapport d'expertise du 23 août 2019, les experts du P. _____ ne subordonnaient la capacité résiduelle de gain de la recourante à la poursuite d'aucun traitement particulier (évaluation consensuelle p. 10). Ils relevaient, au contraire, que les divers traitements antalgiques, anti-inflammatoires et physiothérapeutiques dont elle bénéficiait ne la soulageaient que partiellement (volet de médecine interne p. 22, volet orthopédique p. 19). C'est également ce que confirme le Dr K. _____ dans son rapport du 22 décembre 2023 puisqu'il indique que les douleurs dont se plaint la recourante sont résistantes à tout traitement antalgique et physiothérapeutique. Il n'apparaît pas nécessaire d'examiner plus avant la formulation utilisée par le Dr K. _____ dans sa réponse du 8 février 2024 quant au fait que l'assurée « requiert » une séance de physiothérapie par semaine environ, puisqu'il n'allègue de toute manière pas que ce traitement serait nécessaire à maintenir la capacité résiduelle de gain de la recourante, ni n'apporte aucun élément médical allant dans ce sens. En l'absence d'une indication médicale à la poursuite des traitements en vue d'un maintien de la capacité résiduelle de gain et dans la mesure où ces traitements ne produisent pas particulièrement d'effet, leur poursuite n'est clairement pas justifiée dans le cadre de l'art. 21 al. 1 let. c LAA. e) Le cas ne tombe pas non plus sous le coup de la let. d de l'art. 21 al. 1 LAA, puisque cette disposition vise les bénéficiaires de rente entièrement invalides dont l'état de santé peut être amélioré ou tout au moins stabilisé grâce à des mesures médicales, même si cela reste sans influence sur leur capacité de gain (ATF 140 V 130 consid. 2.3 ; 124 V 52 consid. 4 ; TF 8C_655/2018 du 31 octobre 2019 consid. 7.3 et les références citées). Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence puisque la recourante n'a pas été reconnue totalement invalide. f) Au vu de ce qui précède, S. _____ était fondée à refuser de prendre en charge les traitements médicaux de la recourante postérieurs au 9 décembre 2015. 4. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause sans qu'il n'apparaisse nécessaire de solliciter la production du dossier de la recourante auprès de l'OAI ou de mettre en œuvre une expertise au sujet de la poursuite des traitements

médicaux, que ce soit dans le cadre de la procédure de recours ou en renvoyant l'affaire à l'intimée à cet effet. Il se justifie par conséquent de renoncer à de telles mesures d'instruction par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). 5. a) Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision sur opposition du 5 mars 2024 confirmée en tant qu'elle refuse la prise en charge du traitement médical après la fixation de la rente. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 5 mars 2024 par S._____ est confirmée en tant qu'elle refuse la prise en charge du traitement médical après la fixation de la rente. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jean-Michel Duc (pour Q._____), ■ S._____, - 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.