

VD_GERICHTE ZA25.008107 vom 13. Mai 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-05-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA25.008107

FR: VD_GERICHTE ZA25.008107 du 13 mai 2025

IT: VD_GERICHTE ZA25.008107 del 13 maggio 2025

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 22/25 - 62/2025 ZA25.008107 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 13 mai 2025 _____ Composition : M. NEU, président M.
Berthoud et Mme Hempel-Bruder, assesseurs Greffier : M. Genilloud ***** Cause
pendante entre : G. _____, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard
Séchaud, avocate à Lausanne, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée. _____ Art. 52a LPGA 402

- 2 - E n f a i t : A. G. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé
comme cheffe de projet à 80 % pour le compte de X. _____ (X. _____) à compter du
1er novembre 2018. A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre les accidents
professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de la
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le
24 juin 2019, alors que l'assurée visitait un chantier, un ouvrier a, soudainement et sans
avertissement, mis en marche une lance d'hydrodémolition de béton armé ; sans protection
d'oreilles, l'assurée, qui se trouvait juste à côté, a ressenti des douleurs, des vertiges, des
acouphènes et une gêne dans les oreilles (cf. déclaration d'accident du 4 juillet 2019). Se
plaignant depuis lors d'otalgies bilatérales, l'assurée s'est rendue à la consultation du Dr
L. _____ le 26 juin 2019, lequel a posé le diagnostic de traumatisme acoustique et a
orienté l'intéressée vers un spécialiste en oto-rhino-laryngologie pour effectuer un test
audiométrique (cf. rapport du 29 juillet 2019 du Dr L. _____). Consulté par l'assurée le
28 juin 2019, le Dr P. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a posé le diagnostic
de traumatisme acoustique droit. Il a indiqué que l'audiogramme tonal effectué avait montré
une audition normale et symétrique jusqu'à 4000Hz avec une nette diminution du seuil
d'audition à - 5dB à 6000 Hz à droite, ce qui correspondait à une différence de 25dB par
rapport à la gauche pouvant se traduire par une hyperacousie à droite. Il a conseillé à
l'assurée d'éviter toute exposition aux bruits (cf. rapport du 29 novembre 2019 du Dr
P. _____). En incapacité totale de travail du 1er juillet au 21 juillet 2019, l'assurée a
repris son activité à son taux habituel à compter du 22 juillet 2019.

- 3 - Le 18 novembre 2019, l'assurée a annoncé à la CNA deux nouveaux accidents
acoustiques. Elle a expliqué que depuis le mois de juillet 2019, elle était contrainte de
travailler dans des locaux soumis en permanence à de très fortes nuisances en raison de
travaux de chantier se déroulant dans les étages au-dessus duquel elle travaillait. Ainsi, le 3
octobre 2019, alors qu'elle se trouvait dans son bureau, une machine de chantier non
identifiée, ressemblant à une perceuse très forte, a retenti, ce qui lui a occasionné les mêmes
symptômes que lors de son premier accident, notamment des douleurs aux oreilles, une
sensation d'oreilles bouchées et des acouphènes. Par la suite, soit le 29 octobre 2019, elle
avait à nouveau été exposée à un bruit très fort de perceuse. Elle a indiqué que ces accidents

avaient retardé la convalescence de son premier accident, voire avaient aggravé son état de santé. Après avoir démissionné de son poste à X. _____ avec effet au 30 novembre 2019, l'assurée a été engagée en qualité d'ingénieure civile auprès de T. _____ Sàrl à compter du 1er novembre 2020, d'abord à 40 %, puis à 60 % à compter du 1er janvier 2021, étant précisé qu'elle exerçait cette activité uniquement en télétravail (cf. contrat de travail du 25 septembre 2020 et attestation de travail du 24 juin 2024). Par décision du 15 février 2021, la CNA a refusé la prise en charge des suites des accidents du 15 juin 2021 (recte : 24 juin 2019) et des 3 et 29 octobre 2019 au motif qu'il n'y avait aucun lien de causalité naturelle, à tout le moins vraisemblable, entre ces événements et les troubles que présentait l'assurée au niveau de ses oreilles. Dite décision a été annulée suite à l'opposition de l'assurée, sous la plume de son ancien mandataire, Me K. _____, et la CNA a versé les prestations rétroactivement à compter du 1er juillet 2019 (cf. courrier du 27 janvier 2022 de la CNA). Par rapports des 2 mars et 22 juin 2023 adressés à la CNA, le Dr Q. _____, médecin-traitant de l'assurée, a indiqué qu'il n'y avait pas

- 4 - eu de modification des plaintes depuis plusieurs mois ; sa patiente se plaignait toujours d'acouphènes, de céphalées et d'intolérance au bruit, précisant que de telles atteintes étaient subjectives et non objectivables. Il a expliqué que cet état de santé ne lui permettait pas de travailler dans un environnement bruyant, raison pour laquelle la recourante travaillait à 60 % en télétravail. Dans une appréciation du 10 juillet 2023, le Dr W. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu une capacité de travail de 60 %, telle que préconisée par le médecin-traitant de l'assurée. Il a précisé qu'une activité à une place de travail calme, par exemple dans un bureau – si possible individuel – était exigible de la part de l'assurée, tandis qu'un travail sur les chantiers ne l'était plus, en raison de l'intolérance au bruit. Par avis du 16 février 2024, le Dr W. _____ a indiqué que la situation médicale était stabilisée. Rappelant que l'accident survenu en 2019 consistait en un traumatisme acoustique et non pas un traumatisme crânien, il a estimé que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 80 % de février à mai 2024, puis de 100 % dès le mois de juin 2024, à un poste de travail sans exposition au bruit, l'idéal étant une activité dans un bureau individuel. Pour le reste, il ne se justifiait pas d'octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par pli du 26 février 2024, la CNA a informé l'assurée qu'elle allait cesser le versement de l'indemnité journalière au 31 mai 2024. Par pli du 24 mai 2024, l'assurée, désormais représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, a demandé à la CNA qu'elle rende une décision formelle concernant son droit aux indemnités journalières, respectivement la poursuite des indemnités journalières à 60 %. Elle a indiqué qu'elle souffrait toujours des traumatismes acoustiques subis en 2019 ; elle subissait encore des acouphènes permanents, lesquels l'amenaient à devoir éviter à tout prix les endroits bruyants et avaient des répercussions concrètes sur son repos et sa concentration, raison pour laquelle elle travaillait actuellement à 60 %. Le médecin d'arrondissement,

- 5 - alors qu'il recommandait lui-même, dans son avis médical du 10 juillet 2023, de maintenir le taux d'activité à 60 %, a soudainement changé d'avis et estimé, sans l'ausculter, qu'elle était en mesure de travailler à 80 % dès le mois de mars 2024 et à 100 % dès le 1er juin 2024, quand bien même aucune amélioration médicale n'avait été observée par ses médecins-traitants. L'avis du médecin d'arrondissement n'était aucunement motivé et ne prenait pas en considération ses plaintes ; il allait de surcroît à l'encontre de l'avis des médecins qu'il avait consultés, lesquels préconisaient le maintien d'une capacité de travail de 60 %. Par avis du 30 juillet 2024, le Dr W. _____, médecin d'arrondissement, a

indiqué qu'un examen personnel de l'assurée n'était pas nécessaire dans la mesure où les acouphènes constituaient un trouble purement subjectif et qu'aucune constatation objectivable n'était disponible en l'espèce. Il a revanche admis qu'il convenait de maintenir un taux d'occupation de 60 %. Par pli du 17 décembre 2024, la CNA a informé l'assurée qu'une expertise était nécessaire afin de « prendre une décision éclairée concernant les prestations d'assurance ». Par pli du 13 janvier 2025, l'assurée, constatant que le versement des indemnités journalières avait été suspendu depuis le 31 mai 2024 sans qu'une décision formelle n'ait été rendue, a mis en demeure la CNA de reprendre leur versement jusqu'à ce qu'une telle décision soit rendue. Elle a fait valoir que les appréciations des médecins consultés et du médecin d'arrondissement étaient concordantes s'agissant de sa capacité résiduelle de travail de 60 %, et que l'arrêt du versement des indemnités journalières ne reposait sur aucune justification médicale ou factuelle. Par décision incidente du 16 janvier 2025, la CNA a suspendu à titre provisionnel le versement des prestations au motif que la situation médicale était insuffisamment claire, ce qui nécessitait la mise en œuvre d'une expertise. Elle a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

- 6 - B. Par acte du 20 février 2025, G. _____, toujours représentée par Me Monnard Séchaud, a déféré la décision du 16 janvier 2025 de la CNA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, à titre préalable, à la restitution de l'effet suspensif au recours, principalement à son annulation et à dire que la CNA est tenue de prendre en charge ses frais médicaux et de lui verser des indemnités journalières, en lien avec les événements des 24 juin, 3 octobre et 29 octobre 2019, avec rétroactif, jusqu'à ce qu'une décision formelle sur le droit aux indemnités journalières, respectivement à une rente d'invalidité, soit rendue dans la procédure principale. En substance, elle a exposé que la CNA n'avait toujours pas, malgré plusieurs demandes de sa part, rendu de décision formelle à la suite de son avis du 26 février 2024 l'informant que les prestations allaient être réduites, dès le 1er mars 2024, puis supprimées dès le 1er juin 2024. La CNA n'avait pas pris de mesures d'instruction complémentaires jusqu'au mois de janvier 2025 et ce retard l'avait empêchée de pouvoir contester « la décision » suspendant le versement des indemnités journalières et de facto privée d'indemnités journalières durant plusieurs mois. Contrairement à ce qu'a estimé la CNA, la situation médicale était claire dans la mesure où tous les rapports médicaux au dossier étaient concordants s'agissant de sa capacité résiduelle de travail. En outre, la CNA ne disposait d'aucun élément concret, ni même d'indices laissant à penser qu'elle percevait de manière indue des prestations ou qu'elle aurait violé son devoir de renseigner. La possibilité offerte par la loi de suspendre provisoirement les prestations d'assurance ne saurait se substituer à une évaluation complète et objective des faits. En cas de doute, il était loisible à la CNA de prendre des mesures d'instruction complémentaires ; or, depuis la dernière appréciation du médecin d'arrondissement, le 29 juillet 2024, aucune mesure d'instruction n'avait été entreprise, ce jusqu'au mois de janvier 2025. L'absence d'une expertise médicale complète et contradictoire ne pouvait à elle seule justifier le retrait immédiat des prestations, et ainsi l'exposer à une situation de détresse injustifiée.

- 7 - Dans sa réponse du 26 mars 2025, la CNA a conclu au rejet « de la demande tendant à la restitution de l'effet suspensif ». Elle a expliqué qu'elle avait retiré l'effet suspensif à un éventuel recours contre la décision du 16 janvier 2025 au motif que la situation médicale avait été considérée comme étant insuffisamment claire, en particulier en raison des hésitations de son médecin d'arrondissement. Le manque de cohérence de ce dernier l'avait

finalement amené à ordonner une expertise médicale « afin de faire toute la lumière sur la situation médicale et en particulier de déterminer si la recourante présente ou non une atteinte à la santé organique d'origine accidentelle qui soit objectivable ». En outre, il fallait objectivement reconnaître qu'il y avait des risques sérieux que la CNA verse des prestations indues en cas de reprise du versement des indemnités journalières durant l'instruction complémentaire. Il n'était pas très cohérent de la part de l'assurée d'accepter la mise en œuvre d'une expertise médicale et de requérir dans le même temps la poursuite du versement des indemnités journalières, alors que de sérieux doutes subsistaient quant au maintien de ces prestations. 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). Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions d'ordonnement de la procédure ne peuvent pas être attaquées par voie d'opposition, si bien

- 8 - qu'elles sont directement attaquables par la voie du recours devant le tribunal des assurances compétent. b) La recevabilité d'un recours contre une décision incidente doit être admise si celle-ci peut causer au recourant un préjudice irréparable. Il faut que le recourant ait un intérêt digne de protection à ce que la décision incidente soit immédiatement annulée ou modifiée, sans attendre l'issue d'un recours ouvert contre la décision finale (art. 46 al. 1 let. a PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] ; ATF 138 V 271 consid. 1.2.1 ; 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; 132 V 93 consid. 6.1). Dans les litiges relatifs à des prestations d'assurance, l'existence d'un tel préjudice est toutefois admise lorsque la suspension soudaine du versement de la rente compromet l'équilibre financier d'un assuré et lui impose des mesures dispendieuses ou d'autres mesures qui ne peuvent être exigées de lui (ATF 119 V 484 c. 2b, 110 V 40 c. 4a ; VGE IV/2022/14 du 26 janvier 2023 c. 1.1). En l'espèce, la recourante peut se prévaloir d'un intérêt digne de protection dans la mesure où elle est privée de manière temporaire mais immédiate des indemnités journalières de l'assurance-accidents. c) Pour le reste, 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. Le litige porte sur le bien-fondé de la suspension à titre provisoire des indemnités journalières versées au titre de l'assurance-accidents à compter du 31 mai 2023, avec retrait dans le même temps de l'effet suspensif au recours.

- 9 - 3. a) Aux termes de l'art. 52a LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2021 (RO 2020 5137), l'assureur peut suspendre à titre provisionnel le versement de prestations si l'assuré a manqué à son obligation de l'aviser dans les cas visés à l'art. 31 al. 1 LPGA, s'il n'a pas présenté dans les délais le certificat de vie ou d'état civil demandé, ou si l'assureur a de sérieuses raisons de penser que l'assuré perçoit une prestation à laquelle il n'a pas droit. Selon le message du Conseil fédéral du 2 mars 2018 concernant la modification de la LPGA (FF 2018 1597, 1626), en règle générale, les prestations des assurances sociales (rentes, allocations pour impotent, indemnités journalières, mesures médicales ou mesures d'ordre professionnel) sont octroyées pour une durée longue, voire indéterminée. Cependant, il

arrive que la légitimité de la prestation soit remise en question à l'occasion d'un contrôle ultérieur. S'il ressort des investigations qu'une prestation n'est très vraisemblablement pas ou plus justifiée, mais qu'il n'est pas possible de rendre une décision définitive dans un délai raisonnable, l'assureur peut suspendre la prestation à titre provisionnel. La suspension à titre provisionnel était déjà pratiquée par divers assureurs, mais les procédures divergeaient et les tribunaux cantonaux fondaient leur pratique sur différentes bases légales. Ils se référaient souvent à l'art. 56 PA, en relation avec l'art. 55 al. 1 LPGA, alors que cette dernière disposition visait à l'origine la procédure de recours et non la procédure administrative ; un arrêt du Tribunal fédéral du 12 avril 2010 a posé que la décision de suspension d'une rente à titre provisionnel était admise par analogie avec l'art. 56 PA, et renvoyait également aux ATF 121 V 112 et 119 V 295 consid. 4. Parallèlement, la jurisprudence et la doctrine admettent aussi que la suspension de prestations sans base légale spécifique doit pouvoir être autorisée sans restriction et qu'elle découle des dispositions matérielles dont l'application doit être garantie. Toujours selon le Message précité du Conseil fédéral, l'art. 52a LPGA vise à unifier la pratique des différentes assurances sociales en matière de suspension de prestations à titre provisionnel et à créer une

- 10 - unité de doctrine dans tout le pays. Le Conseil fédéral donne les deux exemples pratiques suivants de suspension de prestations à titre provisionnel : - un assureur apprend qu'une procédure pénale pour fraude à l'assurance est pendante, consulte le dossier et constate que l'assuré a exercé des activités incompatibles avec l'atteinte à la santé sur laquelle repose la décision d'octroi de la prestation ; - Un assureur constate qu'un assuré n'a pas dûment déclaré un revenu qui a pourtant des effets déterminants en termes de droit aux prestations. L'assureur doit avoir la possibilité de suspendre les prestations à titre provisionnel s'il existe des motifs sérieux de soupçonner que l'assuré perçoit une prestation à laquelle il n'a pas droit ou qu'il n'a pas communiqué la survenance de changements déterminants pour le droit aux prestations. Un soupçon est fondé lorsqu'il repose sur un élément concret ou sur plusieurs indices suggérant la perception indue de prestations ou la violation de l'obligation de renseigner. Afin de garantir que la décision de suspension des prestations à titre provisionnel soit immédiatement exécutoire, l'assureur doit pouvoir retirer l'effet suspensif à un éventuel recours. b) L'art. 49 al. 5 LPGA, également en vigueur depuis le 1er janvier 2021 (RO 2020 5137) dispose que, dans sa décision, l'assureur peut priver toute opposition ou tout recours de l'effet suspensif, même si cette décision porte sur une prestation en espèces ; les décisions ordonnant la restitution de prestations versées indûment sont exceptées. Selon la jurisprudence, le retrait de l'effet suspensif est le fruit d'une pesée des intérêts qui s'inscrit dans l'examen général du principe de la proportionnalité, lequel exige qu'une mesure restrictive soit apte à produire les résultats escomptés (règle de l'aptitude) et que ceux-ci ne

- 11 - puissent pas être atteints par une mesure moins incisive (règle de la nécessité). En outre, il interdit toute limitation allant au-delà du but visé et il exige un rapport raisonnable entre celui-ci et les intérêts publics ou privés compromis (ATF 142 I 76 consid. 3.5.1 et la référence citée). La possibilité de retirer ou de restituer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire.

L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération ; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute (ATF 124 V 82 consid. 6a ; TF 9C_885/2014 du 17 avril 2015 consid. 4.2). 4. a) En l'espèce, l'intimée a prononcé la suspension à titre provisionnel des prestations au titre de l'assurance-accidents au motif que la situation médicale de la recourante, ressortant du dossier, était insuffisamment claire et justifiait la mise en œuvre d'une expertise. A comprendre l'intimée, il subsisterait des doutes sérieux sur le maintien des prestations d'assurance tant que les clarifications nécessaires n'aient pas été apportées. b) Ce seul constat ne saurait justifier la suspension provisoire du droit aux prestations. En effet, le fait que l'on ne connaisse pas encore les résultats d'une mesure d'instruction, en l'occurrence les conclusions du rapport d'expertise, ne saurait justifier la suspension provisoire des prestations. Certes, en fonction des conclusions auxquelles parvient l'expert, il est possible que l'intimée doive entreprendre des démarches administratives pour recouvrer auprès de la recourante d'éventuelles prestations qui s'avèreraient indues. Le fait qu'il existe un doute sur le résultat d'une mesure d'instruction est toutefois inhérent à de telles

- 12 - mesures. Aussi, admettre qu'un assureur puisse suspendre provisoirement les prestations d'assurance pour le seul motif que des clarifications concernant l'état de santé d'un assuré sont en cours étendrait de manière inadmissible le champ d'application de l'art. 52a LPGA, lequel pourrait être appliqué beaucoup trop largement. En outre, on ignore quels éléments – médicaux ou non – ont amené l'intimée à penser que la recourante percevait de manière indue des prestations. A cet égard, il y a lieu d'observer qu'à l'instar des médecins consultés par la recourante, le médecin d'arrondissement de l'intimée s'est prononcé en faveur d'une capacité de travail de 60 %, étant précisé qu'aucun élément postérieur à son appréciation n'est venu contredire, ou à tout le moins jeter le doute sur celle-ci. Ainsi, au vu de l'atteinte à la santé et de la capacité résiduelle de travail reconnues unanimement par les médecins, le versement d'un indu n'est a priori pas à craindre. La décision litigieuse de l'intimée est d'autant plus choquante que le manque de clarté de la situation médicale provient, d'une part, selon l'aveu même de l'intimée, des hésitations et des incohérences de son médecin d'arrondissement, d'autre part, de l'absence de suivi du dossier et de mesures d'instruction à diligenter. Or, comme le relève la recourante, l'application de l'art. 52a LPGA ne saurait se substituer à une évaluation complète et objective des faits. En lieu et place de suspendre les prestations d'assurance à titre provisionnel, dans un cas où il est admis que la capacité de travail de la recourante demeure impactée par les conséquences de traumatismes auditifs successifs et ayant fait l'objet d'une prise en charge, l'intimée se devait plutôt de procéder sans délai à des mesures d'instruction en vue de compléter un état de fait lacunaire. Ce n'est d'ailleurs qu'en date du 4 décembre 2024 (cf. courriel du 4 décembre 2024 de l'intimée à [...]) que l'intimée a pour la première fois estimé nécessaire de procéder à une expertise, soit plus de cinq ans après les accidents acoustiques litigieux. Enfin, contrairement à ce que soutient l'intimée, il est erroné d'affirmer que la recourante, en tant qu'elle ne s'est pas opposée aux mesures d'instruction complémentaires, partageait « [ses] doutes ». Non seulement la recourante a fait part de son étonnement quant à la nécessité de mettre en œuvre une expertise, étant donné les rapports médicaux concordants versés au dossier, invitant même l'intimée à y renoncer (cf. courrier du 5

- 13 - décembre 2024), mais elle ne pourrait, quoi qu'il en soit, pas refuser de s'y soumettre, sous peine de prendre le risque de se voir reprocher de violer son devoir de collaborer et, dès lors, d'être potentiellement sanctionnée (art. 43 al. 3 LPGA). Pour le reste, aucun élément au dossier – l'intimée ne le prétend d'ailleurs pas – ne suggère que l'assurée aurait violé son obligation de l'informer de toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi des prestations (art. 31 al. 1 LPGA cum art. 52a LPGA) ou qu'il n'aurait pas présenté dans les délais un certificat de vie ou d'état civil qui lui aurait été demandé. c) En définitive, aucune des conditions posées par l'art. 52a LPGA n'est réalisée en l'espèce, si bien que l'intimée ne pouvait suspendre les prestations d'assurance de la recourante à titre provisionnel à compter du 31 mai 2024. 5. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours, fondé, doit être admis et la décision litigieuse annulée. L'intimée devra poursuivre le versement des indemnités journalières avec ex tunc, à savoir postérieurement à la date de suspension du 31 mai 2023, jusqu'à ce qu'une décision sur le fond soit rendue, après la mise en œuvre des mesures d'instruction idoines. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA). c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

- 14 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 16 janvier 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée. III. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents doit reprendre la prise en charge des frais médicaux et le versement des indemnités journalières à compter du 1er juin 2024, la cause lui étant renvoyée afin qu'elle complète l'instruction. IV. La demande de restitution de l'effet suspensif est sans objet. V. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. VI. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à G._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens. Le président : Le greffier : Du

- 15 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Corinne Monnard Séchaud (pour G._____), à Lausanne, - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne, - Office fédéral de la santé publique, à Berne, 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). Le greffier :

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