

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2979/2024

ATAS/542/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mai 2026

En la cause

A_____
représentée par Maître Éric MAUGUÉ, avocat

recourante

contre

VISANA ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Blaise PAGAN, Karine STECK, Catherine TAPPONNIER, Joanna JODRY, juges ; Pierre-Bernard PETITAT et Dana DORDEA, juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1961, travaillait auprès de B_____ (B_____) en tant qu'infirmière spécialisée à 80%.
- b.** À ce titre, elle était assurée auprès de VISANA Assurances SA (ci-après : VISANA, l'assurance ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.
- c.** Elle est en préretraite depuis décembre 2021.
- B.** **a.** Le 21 novembre 2012, alors qu'elle se rendait à son travail, l'assurée a été victime d'une chute à moto ayant notamment entraîné un lymphœdème du membre inférieur gauche, compliqué par un choc septique et une nécrose.
- b.** VISANA a pris en charge les suites de cet accident.
- c.** L'assurée a repris son poste d'infirmière, moyennant adaptation, le 6 octobre 2015 à 50% puis, un mois plus tard, à 80%.
- d.** Afin de statuer sur le dossier, VISANA a mandaté pour expertise le docteur C_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation.

Dans son rapport du 20 février 2024, le médecin précité a notamment retenu les diagnostics incapacitants suivants en lien de causalité avec l'accident précité : lymphœdème secondaire post-traumatique du membre inférieur gauche et syndrome rotulien gauche.

En lien avec les traitements suivis par l'assurée, le Dr C_____ a répondu aux questions de l'assurance comme suit :

« 15. Peut-on attendre d'une poursuite du traitement médical encore une amélioration significative de l'état de santé, à savoir une augmentation de la capacité de travail ? Si oui,

a. Au moyen de quels traitement (plan de traitement concret, y compris la fréquence et la durée) ?

Le drainage lymphatique manuel est à poursuivre à vie, la fréquence de deux séances par semaine actuellement en cours semble optimale, la fasciathérapie une fois par mois semble un bon adjuvant. La contention permanente telle que réalisée actuellement est à poursuivre à vie avec renouvellement régulier de la cape d'orteils, bas et collant du fait de leur perte de performance. Le bandage multicouche annuel est à poursuivre à vie. La prise raisonnable par semaine de Dafalgan 1g, voire de 500mg de Ponstan est justifiée, à vie, par les séquelles liées à l'accident. Un contrôle spécialisé du lymphœdème, tel que ceux réalisés en angiologie au CHUV, est à poursuivre à vie à l'intervalle décidé par ces spécialistes.

(...)

16. Pour autant qu'aucune amélioration notable ne puisse être attendue, la poursuite du traitement médical est-elle nécessaire pour maintenir la capacité de travail restante ? Si oui, au moyen de quels traitements (plan de traitement concret, y compris la fréquence et la durée) ?

L'ensemble du traitement sus-décrit permet de maintenir l'état de santé de l'assurée et a permis, par le passé, de maintenir sa capacité de travail de 80% chez son employeur à un poste adapté ».

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, elle était estimée à 8% par analogie avec la table 16 (syndrome post-thrombotique) de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA).

e. Dans un complément du 29 avril 2024, le Dr C_____ a encore précisé, concernant les traitements, que :

« (...) il y a lieu d'attendre de la continuation de ces traitements une sensible amélioration de l'état de santé de l'assurée. (...) Il n'est pas possible de répondre à la question de savoir à quel moment aucune amélioration n'est à attendre. En revanche, il est possible d'affirmer avec certitude que l'arrêt des traitements entraînerait, à coup sûr, une péjoration de l'état de santé de l'assurée ».

f. Par décision du 14 mai 2024, l'assurance a considéré que l'état de santé de l'assurée était stabilisé et que le cas pouvait être clôturé avec effet au 16 novembre 2019. À cette date, la comparaison des revenus conduisait à un taux d'invalidité nul, dès lors qu'elle avait bénéficié d'un reclassement dans son entreprise, avec un revenu identique à celui qu'elle touchait avant son accident. Par conséquent, elle ne pouvait pas prétendre à une rente d'invalidité, de sorte que les prestations pour soins et le remboursement de frais ne pouvaient plus lui être accordées. Enfin, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était fixée à 8% conformément aux conclusions prises par le Dr C_____ dans son rapport du 20 février 2024.

Le dispositif de cette décision était formulé ainsi :

« Décision :

1. Nous clôturons votre cas et interrompons les prestations d'assurance provisoires en relation avec l'accident du 21.11.2012 avec effet au 16.11.2019.
2. Nous renonçons à demander le remboursement des prestations d'assurance provisoires allouées au-delà du 16 novembre 2019.
3. Vous n'avez pas droit à une rente d'invalidité.
4. Vous n'avez pas droit aux prestations pour soins et remboursement de frais au sens de l'art. 21 al. 1 LAA.
5. Vous avez droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 10'080.00.

6. Le droit à des prestations d'assurance en cas de rechute ou de séquelles tardives au sens de l'art. 11 OLAA est garanti.
7. L'effet suspensif est retiré à une éventuelle opposition (Art. 54 LPGa, en relation avec l'art. 11 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales ; OPGA) »

g. Le 14 juin 2024, sous la plume de sa protection juridique, l'assurée s'est opposée à la décision précitée, concluant à son annulation en ce qui concerne les points 1, 2, 3, 4 et 7 du dispositif et à la continuation des prestations d'assurance, notamment la prise en charge des coûts relatifs aux bas de contention et aux séances de drainage lymphatique. Elle a également sollicité un délai de 30 jours, dès réception du dossier intégral, pour compléter son opposition.

h. Par écriture du 17 juillet 2024, l'assurée, sous la plume de son conseil, a complété son opposition, considérant, en premier lieu, que le fait de ne pas avoir souffert d'une perte de gain devrait rester sans impact sur son droit à la poursuite du traitement médical à vie, celui-ci étant justifié, étant encore relevé que sa retraite anticipée en 2021 n'y faisait pas obstacle. Aussi, elle concluait à la poursuite de la prise en charge de son traitement médical jusqu'à ce jour et pour l'avenir, cela tant que celui-ci sera médicalement justifié pour le maintien de sa capacité résiduelle de travail. Elle a en outre conclu à la révision à la hausse du taux d'atteinte à l'intégrité, à concurrence d'un taux de 15%, qui correspondait, selon la table 16 de la SUVA, à une « hypodermite massive avec œdème dur chronique résistant au traitement (augmentation de la circonférence de plus de 5cm) », à laquelle son atteinte était comparable vu les diagnostics évoqués dans le rapport du service d'angiologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) du 15 avril 2024 joint.

i. Par décision sur opposition du 24 juillet 2024, VISANA a écarté l'opposition précitée et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours, considérant que dès lors qu'elle n'avait pas été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité, en raison d'une perte de gain inférieure à 10%, l'assurée ne pouvait pas prétendre à la prise en charge du traitement médical. Quant au taux de l'atteinte à l'intégrité, il avait été estimé par l'assurée, sur la base d'un rapport établi par les médecins du CHUV le 15 avril 2024, dans lequel ces derniers ne se prononçaient ni sur les limitations ni sur l'atteinte à l'intégrité en résultant, constatant au contraire une évolution favorable du lymphœdème. Aussi, elle ne pouvait retenir le taux allégué par l'assurée.

- C.** **a.** Le 13 septembre 2024, l'assurée, sous la plume de son conseil, a interjeté recours, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 24 juillet 2024 et de la décision du 14 mai 2024 et, cela fait, à la prise en charge, à vie, des traitements médicaux nécessaires au maintien de sa capacité de travail et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%.

À l'appui de ses conclusions, elle a repris les arguments évoqués dans son complément d'opposition du 17 juillet 2024.

b. Pour sa part, l'intimée a persisté dans les termes de sa décision sur opposition, en précisant ses arguments.

c. Le 6 mars 2025, la recourante a encore relevé que le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Bâle Campagne avait jugé, dans un arrêt du 11 mai 2023, après avoir examiné la doctrine en la matière, que le traitement médical approprié des lésions permettant de conserver la capacité de gain devait également être accordé à un assuré qui ne bénéficiait pas d'une rente d'invalidité. Le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de St-Gall était arrivé à une conclusion similaire dans un arrêt du 6 janvier 2017.

d. Par duplique du 15 mai 2025, l'intimée a persisté dans les termes de ses précédentes écritures.

e. Il en va de même de la recourante dans ses observations du 30 juin 2025.

f. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

Interjeté dans le délai prévu par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours a été déposé en temps utile.

- 2.** Le litige porte, d'une part, sur le droit de la recourante à la prise en charge, par l'intimée, du traitement médical au-delà du 16 novembre 2019 et, d'autre part, sur le taux de l'atteinte à l'intégrité.

3. En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10 ss LAA), les indemnités journalières (art. 16 ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 s. LAA).

À teneur de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Si l'assuré est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident, il a également droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à une telle indemnité naît le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Par ailleurs, à teneur de l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants : 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).

4. Dans le cas d'espèce, la recourante a été victime d'un accident de moto le 22 novembre 2012, lequel a causé un important hématome à la cuisse gauche, à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée. Par la suite, elle a développé un lymphœdème, qui nécessite un traitement à vie initialement pris en charge par l'intimée, jusqu'à ce que celle-ci considère l'état de santé de la recourante comme étant stabilisé et clôture le cas avec effet au 16 novembre 2019. L'intimée a pris cette décision en invoquant les art. 19 et 21 al. 1 let. c LAA, expliquant que selon la jurisprudence fédérale, en cas de clôture du cas, l'assurance-accidents ne devait continuer à prendre en charge le traitement médical que pour les assurés bénéficiaires d'une rente d'invalidité, dans les cas prévus par l'art. 21 al. 1 LAA.

Pour sa part, se fondant notamment sur l'art. 10 LAA et un arrêt rendu le 11 mai 2023 par le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Bâle-Campagne (cause 725 22 70 / 112), la recourante conclut à la continuation

de la prise en charge du traitement précité et des moyens auxiliaires, malgré l'absence de rente.

La question que la chambre de céans a donc à trancher est celle de savoir dans quelle mesure le droit au traitement médical et aux moyens auxiliaires perdure au-delà du 16 novembre 2019 même en l'absence de rente d'invalidité.

5.

5.1 La question de la prise en charge du traitement médical au-delà de la clôture du cas a été abordée, de manière approfondie, dans l'ATF 134 V 109, qui constitue dès lors un arrêt de principe sur ce point.

Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral rappelle tout d'abord que les prestations en nature comprennent principalement le traitement médical au sens de l'art. 10 LAA. Se référant à l'ATF 133 V 57, il relève que le traitement médical compte, avec l'indemnité journalière régie par les art. 16 et 17 LAA, parmi les prestations temporaires, au contraire de la rente d'invalidité au sens de l'art. 18 LAA, laquelle est considérée comme une prestation durable.

Le Tribunal fédéral constate ensuite que les art. 10 et 16 ne précisent pas jusqu'à quand l'assureur-accidents doit accorder le traitement médical et l'indemnité journalière, mais considère que cette date résulte de l'art. 19 LAA sur le début et la fin de la rente d'invalidité qui, pour autant que les conditions pour son octroi sont remplies, succède aux prestations temporaires. Selon cette disposition, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (al. 1, première phrase). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (al. 1, deuxième phrase ; cf. également l'art. 16 al. 2 deuxième phrase, LAA, qui le stipule à nouveau pour le droit aux indemnités journalières). Pour le Tribunal fédéral, selon une jurisprudence constante, l'assureur ne doit accorder le traitement médical (et l'indemnité journalière) que tant que la poursuite du traitement médical peut encore permettre d'espérer une amélioration notable de l'état de santé, pour autant que les mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Si ce n'est plus le cas, le cas doit être clôturé avec la suspension des prestations temporaires et l'examen simultané du droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (consid. 4.1). Pour notre Haute Cour, l'art. 21 al. 1 LAA s'inscrit dans le prolongement de cette réglementation. Après avoir cité le texte de l'art. 21 al. 1 LAA, le Tribunal fédéral considère que lorsque la poursuite du traitement médical ne permet plus d'espérer une amélioration notable au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et que les conditions prévues à l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, l'assureur-accidents n'est plus tenu de prendre en charge les frais de traitement. C'est l'assureur obligatoire des soins qui prend le relais (consid. 4.2).

Pour étayer son raisonnement, le Tribunal fédéral fait référence aux ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; 128 V 169 consid. 1b ; 116 V 41 consid. 2c ; RAMA 1995 n° U 227 p. 190 consid. 2a [U 29/95] ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2 non publié au RAMA 2005 n° U 557 p. 388 ; RAMA 2006 n° 571 p. 82 [U 294/04].

5.1.1 L'ATF 133 V 57 ne porte pas, en tant que tel, sur la question de la fin du droit au traitement médical avec la clôture du cas mais sur la question de la nature du traitement médical.

Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral examine tout d'abord la nature des rentes d'invalidité accordées pour une durée indéterminée, qu'il a qualifiées de prestations permanentes classiques (consid. 6.1) au contraire des prestations pour soins et des indemnités journalières de l'assurance-accidents (consid. 6.2). Notre Haute Cour considère ensuite que, selon la loi, les prestations pour soins (et les indemnités journalières) ne sont accordées que tant que la poursuite du traitement médical peut encore permettre d'espérer une amélioration notable de l'état de santé. Si ce n'est plus le cas, le traitement médical et les indemnités journalières prennent fin et la personne assurée perçoit, en cas d'incapacité de gain atteignant le seuil minimal de 10%, une rente d'invalidité (art. 16 al. 2^e phrase et art. 19 al. 1 en relation avec l'art. 18 al. 1 LAA). Le Tribunal fédéral explique en outre que dans l'assurance-accidents, les prestations pour soins et les indemnités journalières sont des prestations temporaires classiques. Le fait que ces prestations puissent durer plusieurs années n'y change rien. Enfin, le Tribunal fédéral retient que la jurisprudence a également toujours considéré, « pour autant que l'on puisse en juger » (*sic*), que les soins médicaux ont un caractère temporaire (*cf.* RAMA 1992 n° U 142 p. 78 ; *cf.* également ATF 127 V 104 consid. 5c et 5e). Notre Haute Cour ajoute également que la même interprétation s'applique dans une large mesure à l'indemnité journalière de l'assurance-accidents, précisant toutefois que seul l'ATF 130 V 385 permet de déduire, du moins par analogie, une opinion divergente concernant l'indemnité journalière de l'assurance-accidents, relevant toutefois que cet arrêt ne fournit pas de justification détaillée à cet égard (consid. 6.2).

Dans l'arrêt U 142 du 18 décembre 1991 publié *in* RAMA 1992 p. 75 (p. 78), notre Haute Cour s'est limitée à considérer que dans la mesure où il vise la suppression des prestations provisoires – indemnités journalières et traitement médical – au 13 janvier 1990, le recours administratif doit être rejeté (« *Soweit sich die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen die Einstellung der vorübergehenden Leistungen - Taggeld und Heilbehandlung - auf den 13. Januar 1990 richtet, ist sie daher abzuweisen* »), sans fournir des précisions quant aux motifs qui le conduisent à qualifier le traitement médical de prestation provisoire.

Cette qualification a ensuite été reprise dans l'ATF 127 V 104 du 2 mars 2001, dans lequel le Tribunal fédéral est arrivé à la conclusion que, lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, il n'est pas admissible de poser des critères

différents en fonction du genre de prestation en cause dans le cas concret (rente ou prestations pour soins). À nouveau, il n'y a pas d'explications quant aux raisons qui ont poussé le Tribunal fédéral de qualifier le traitement médical de prestation provisoire.

5.1.2 Dans l'arrêt U 227 du 22 mai 1995 publié au RAMA 1995 p. 190 consid. 2a et à l'ATF 128 V 169, consid. 1b, le Tribunal fédéral relève, en se référant à l'art. 19 al. 1 LAA et à deux auteurs de doctrine (Thomas LOCHER, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berne 1994, p. 186 n. 10, respectivement 1997 p. 170 n.11 ; Alfred MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, 1984, p. 274), que selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit à des soins médicaux et que l'assureur n'est tenu de fournir les prestations de soins que tant qu'une amélioration notable de l'état de santé peut être escomptée.

Cela étant, Alfred MAURER explique uniquement, en se référant à l'art. 19 al. 1 LAA, que l'assureur ne doit fournir les prestations de soins que tant qu'une amélioration notable de l'état de santé peut être attendue (« *Der Versicherte hat die Pflegeleistungen nur so lange zu erbringen, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann ; UVG 19 I* »). Il ne cite ni arrêt du Tribunal fédéral ni doctrine à l'appui de ce qui précède.

Quant à Thomas LOCHER, il relève, dans son ouvrage de 1994, que la fin de l'obligation de l'assureur de prendre en charge les frais médicaux découle indirectement de l'art. 19 al. 1 LAA (« *Das Ende der Leistungspflicht für eine Heilbehandlung ergibt sich mittelbar auch aus UVG 19/1 (...)* »), selon lequel le droit à une rente naît lorsqu'aucune amélioration notable de l'état de santé ne peut plus être attendue de la poursuite du traitement médical. Cela signifie que sans perspective concrète d'amélioration, le traitement médical doit être interrompu. Pour l'auteur précité, cette norme vise à éviter les traitements médicaux excessifs, un risque qui n'est pas rare dans le cas des séquelles d'un accident lorsque la personne assurée ne peut pas accepter ces séquelles. Il ne cite aucune référence à l'appui de ce qui précède.

5.1.3 À l'ATF 116 V 41 consid. 2c, le Tribunal fédéral indique que l'assuré bénéficie du droit légal à un traitement médical tant que la poursuite du traitement médical peut permettre d'espérer une amélioration notable de son état de santé (art. 19 al. 1 LAA *a contrario*). Si ce n'est plus le cas et que les mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité sont terminées, l'assureur-accidents passe à l'octroi d'une rente si l'accident entraîne une invalidité au sens de l'art. 18 LAA.

Aucun précédent jurisprudentiel ou auteur de doctrine n'est cité en lien avec l'affirmation qui précède.

5.1.4 Dans l'arrêt U 244/04 du 20 mai 2005, le Tribunal fédéral considère que, selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit à un traitement approprié des suites de l'accident mais que l'assureur n'est tenu de fournir les prestations de soins que tant qu'une amélioration notable de l'état de santé peut être escomptée. À cet égard,

notre Haute Cour se réfère à l'art. 19 al. 1 LAA *a contrario* ainsi qu'aux ATF 128 V 169 consid. 1b ; 116 V 41 consid. 2c et au RAMA 1995 n° 227 p. 190 consid. 2a, lesquels ont été évoqués ci-dessus.

5.1.5 Enfin, au RAMA 2006 n° 571 p. 82 [U 294/04], le Tribunal fédéral considère uniquement que, lorsque les conditions donnant droit à une rente d'invalidité sont remplies, le droit à l'indemnité journalière cesse même si la rente d'invalidité n'a pas encore été fixée. Il n'existe pas de base légale permettant d'octroyer à la personne assurée un droit à une indemnité journalière pendant la période entre la suspension de l'indemnité journalière et le début du versement de la rente d'invalidité.

La question de la suppression du droit au traitement médical en cas de clôture du cas sans droit à une rente n'y est pas évoquée.

5.2 Se référant à l'ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a ultérieurement rappelé, à plusieurs reprises, sa pratique en matière de prise en charge du traitement médical, expliquant en substance qu'il découle de l'art. 19 al. 1 LAA *a contrario* que l'assuré a droit à la prise en charge des soins médicaux au sens de l'art. 10 LAA tant que la poursuite du traitement médical permet d'espérer une amélioration notable de son état de santé. Lorsque le cas est clos, les soins médicaux et les indemnités journalières prennent fin et il convient d'examiner le droit à une rente. Sont toutefois réservés les cas prévus par l'art. 21 LAA, lequel prévoit de manière exhaustive les situations dans lesquelles l'assureur doit prendre en charge le traitement médical après l'octroi d'une rente d'invalidité. Dans les autres cas, c'est-à-dire lorsque, d'une part, la poursuite du traitement médical ne permet plus d'espérer une amélioration notable au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et que, d'autre part, les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, l'assureur-accidents n'est plus tenu de prendre en charge le traitement médical ; c'est l'assureur obligatoire des soins qui prend le relais.

La jurisprudence précitée a ainsi été reprise dans les ATF 149 V 224 consid. 3.3.1 et 6.3.1 (droit au traitement médical pour les bénéficiaires de rentes partielles après l'âge de la retraite AVS), 144 V 418 consid. 2.2 et 3.2 (modification de prestations pour soins et remboursement de frais au sens de l'art. 21 al. 1 let. c LAA), 143 V 148 consid. 3 et 5.3 (droit aux prestations pour soins et au remboursement des frais selon les art. 10-13 LAA après la liquidation du cas ; cas particulier des moyens auxiliaires), 140 V 130 conseil. 2.2 (droit aux prestations pour soins de l'assureur-accidents obligatoire postérieurement à la fixation d'une rente de l'assurance-accidents réduite en raison du cumul avec une rente de l'assurance-invalidité.) ainsi qu'implicitement dans l'arrêt 8C_551/2021 du 23 mars 2022 (droit à la prise en charge, après la clôture du cas, des coûts d'un abonnement de fitness en tant que traitement médical ultérieur causé par l'accident [cf. art. 19 al. 1 et art. 21 al. 1 et 3 LAA]).

5.3 Dans un souci d'exhaustivité, la chambre de céans évoquera encore les arrêts fédéraux suivants qui ont été discutés en doctrine (*cf. infra* consid. 6.1.1, 6.1.3 et 6.1.7).

5.3.1 Dans un arrêt U 12/04 du 28 juillet 2004, le Tribunal fédéral des assurances a constaté qu'un assuré avait droit, en vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, au traitement approprié des séquelles de l'accident. Les prestations de soins ne devaient toutefois être fournies que tant qu'une amélioration notable de l'état de santé pouvait être escomptée (*cf. art. 19 al. 1 LAA a contrario*). En règle générale, le droit à l'indemnité journalière s'éteignait avec le traitement médical (consid. 3.1). Dans le cas qui lui était soumis, l'assurance et le tribunal cantonal avaient retenu qu'on ne pouvait attendre du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré. Ce dernier expliquait, en revanche, toujours dépendre d'un traitement médical, physiothérapeutique et médicamenteux. Constatant toutefois que le rapport médical auquel se référait l'assuré ne permettait pas de savoir dans quelle mesure la continuation du traitement médical apporterait une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré, le Tribunal fédéral a considéré que c'était à juste titre que l'assurance avait mis un terme à ses prestations. Cela étant, en même temps, le Tribunal fédéral a également conclu que dans le cas qui lui était soumis, le droit au traitement médical ne s'examinait que conformément à l'art. 10 LAA et non selon l'art. 21 al. 1 let. c LAA, l'assuré n'ayant pas droit à une rente d'invalidité (consid. 3.2).

5.3.2 En 2017, dans son ATF 143 V 148, le Tribunal fédéral a retenu que l'art. 21 al. 1 LAA, en vertu duquel l'assureur-accidents couvre les prestations pour soins et le remboursement des frais selon les art. 10 à 13 LAA si l'assuré est bénéficiaire d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et qu'il remplit une des conditions prévues aux let. a à d, vaut seulement lorsqu'il s'agit d'accorder une telle prestation pour la première fois. Il ne concerne pas le cas dans lequel c'est la continuation de la prestation au-delà de la liquidation du cas qui est en discussion, ou qu'il est question de réparation ultérieure, d'adaptation ou de remplacement. Ici il existe une garantie de l'acquis en fonction des besoins au-delà de la liquidation du cas (consid. 6). Par ailleurs, le Tribunal fédéral a également considéré qu'il se peut que, selon l'intention du législateur historique, l'octroi d'un moyen auxiliaire à un assuré qui n'en a pas encore bénéficié avant la clôture du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA est en principe exclu s'il ne perçoit pas de rente d'invalidité et ne remplit pas non plus les conditions prévues à l'art. 21 al. 1 let. a à d LAA. Notre Haute Cour a toutefois considéré, dans l'arrêt précité, qu'il n'y avait pas lieu de trancher définitivement cette question controversée en doctrine ni de l'examiner à la lumière d'une interprétation tenant compte de l'état du droit applicable au moment des faits (« *geltungszeitliche Auslegung der Norm* »), le litige ne le requérant pas.

6.

6.1 Depuis 2014, la position du Tribunal fédéral relative au caractère provisoire du traitement médical, à la clôture du cas et à la fin du traitement médical est critiquée par la doctrine.

6.1.1 Ainsi, en 2014, Felix HUNZIKER-BLUM (*Doch: Langfrist-Heilbehandlungen gibt es auch im UVG, in : Haftpflicht und Versicherung [HAVE]* 2014, p. 130 ss) considère, en lien avec l'ATF 133 V 63, que le Tribunal fédéral a conclu, sans justification plausible, que la nature temporaire de la prestation en espèces « indemnité journalière » (qui est remplacée par une rente en cas d'invalidité, art. 18 al. 1 LAA) implique également la nature temporaire de la prestation en nature « traitement médical ». Certes, après l'octroi d'une rente d'invalidité, les traitements médicaux ne sont plus accordés, en vertu de l'art. 19 al. 1 LAA, que dans les cas exceptionnels définis à l'art. 21 LAA. Toutefois, pour l'auteur précité, si aucune invalidité ne survient et qu'aucune rente n'est accordée la garantie de prestation prévue à l'art. 10 LAA ne connaît aucune limitation dans le temps, mais seulement une limitation d'adéquation (pp. 130 et 131).

À cet égard, Félix HUNZIKER-BLUM relève qu'en pratique tant les maladies, que les séquelles d'accidents peuvent devenir chroniques et nécessiter des traitements médicaux de longue durée. Certes, ces cas sont exceptionnels et les traitements en question ne sont souvent pas nécessaires en permanence, que ce soit quotidiennement ou hebdomadairement, mais plutôt périodiquement, lorsque surviennent des poussées. A cet égard, l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) distingue entre rechute et séquelles tardives. Toutefois, de nombreuses personnes qui ne sont pas invalides ou qui ne perçoivent pas de rente d'invalidité souffrent à long terme, voire à vie, des séquelles d'un accident. Parfois, ces séquelles, après avoir été compensées pendant longtemps, peuvent nécessiter un traitement. La couverture de ces séquelles tardives et de ces rechutes est prévue à l'art. 21 al. 3 LAA, qui prévoit que le bénéficiaire de la rente peut prétendre non seulement à la rente, mais aussi aux prestations pour soins et au remboursement de frais (art. 10 à 13), et à l'art. 11 OLAA, qui stipule que les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives ; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi. Pour l'auteur précité, en accord avec l'art. 21 al. 1 LAA, le législateur confirme donc que l'exclusion de la couverture des traitements médicaux ne s'applique pas aux assurés qui ne perçoivent pas de rente. Sinon, la promesse de prestations prévue à l'art. 10 LAA serait vidée de sa substance (p. 131).

En lien avec l'ATF 134 V 109, Felix HUNZIKER-BLUM s'intéresse également à la notion de clôture du cas. Il estime que le cas ne peut être clos par le fait qu'il donne lieu à une rente. La fixation de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut certes signifier qu'il est temps de transférer le dossier à un autre service (service des rentes) et de régler le recours contre une personne

responsable. Mais même dans ce cas, le dossier ne peut pas encore être classé : la rente d'invalidité continue d'être versée et le cas de rente reste en suspens au moins jusqu'au dernier versement (art. 19 al. 2 LAA). De plus, chaque cas de rente est soumis aux réserves des art. 21 à 23 LAA ainsi que de l'art. 11 OLAA. À cet égard, au moment du passage des prestations journalières aux prestations de rente, on ne peut généralement pas parler de clôture du cas. Un cas ne peut être clos que lorsque les séquelles de l'accident ont disparu, lorsqu'elles sont masquées par des évolutions pathologiques telles qu'elles deviennent sans importance au regard du droit de l'assurance-accidents, ou lorsque les bénéficiaires de rentes disparaissent (les orphelins entrent dans la vie active, les retraités ou les veuves décèdent). Il n'y a donc pas d'obligation de clore le cas (pp. 132 et 133).

L'auteur précité relève également qu'Ueli KIESER a fait remarquer que la jurisprudence en droit des assurances sociales a toujours eu une importance considérable, à tel point que, dans l'application du droit, le recours à la loi ou à l'ordonnance est bien moins important qu'une connaissance approfondie de la jurisprudence. Cette évolution s'est accentuée depuis plusieurs années. Lorsqu'on examine la jurisprudence fédérale, on constate que certains arrêts fondamentaux ont modifié bien davantage le droit que maintes révisions législatives (p. 133).

Félix HUNZIKER-BLUM constate en outre que dans son arrêt U 12/04 du 28 juillet 2004, le Tribunal fédéral, suivant le concept originel de la LAA, a déclaré à juste titre selon lui que « contrairement à l'instance précédente, le droit au traitement médical se [juge] ici uniquement en vertu de l'art. 10 LAA. Un droit au traitement médical au sens de l'art. 21 al. 1 let. c LAA [n'est] pas en cause, car l'assuré [n'a] pas droit à une rente d'invalidité selon la LAA ». Pour l'auteur précité, cela signifie que le droit aux soins médicaux d'un assuré non invalide ou ne percevant pas de rente d'invalidité est toujours et exclusivement régi par l'art. 10 LAA et non par l'art. 19 al. 1 ou l'art. 21 al. 1 let. c LAA. Pour lui, les arrêts postérieurs, à savoir les arrêts 8C_191/2011 du 16 septembre 2011 et 8C_403/2011 du 11 octobre 2011, lesquels portaient sur des situations différentes, reposent sur une interprétation erronée des considérants pertinents des arrêts ATF 133 V 57 et 134 V 109. Cette modification de la jurisprudence issue de l'affaire U 12/04 ne trouve, aux yeux de Félix HUNZIKER-BLUM, toutefois aucun appui dans la loi (pp. 133 et 134).

Enfin, pour l'auteur précité, la situation en matière de prise en charge du traitement médical était encore claire au consid. 3.2 de l'arrêt du Tribunal fédéral U 12/04 susmentionné : l'application de l'art. 21 al. 1 LAA aux personnes non invalides ou ne percevant pas de rente est contraire au système, car cette disposition ne s'applique qu'aux bénéficiaires de rente d'invalidité, voire aux anciens bénéficiaires qui ne sont plus invalides. L'ATF 134 V 109 et la jurisprudence postérieure ont donc restreint la garantie de prestations en nature prévue à l'art. 10 LAA. Pour Félix HUNZIKER-BLUM, l'application de l'art. 19 al. 1 LAA dépend de la survenance d'une invalidité au sens de l'art. 18 LAA et de

l'octroi d'une rente. Aucune disposition ne permet ainsi à l'assureur-accidents de transférer son obligation de prendre en charge les traitements médicaux résultant d'un accident à l'assureur-maladie de la personne assurée ou à l'assurance-invalidité et encore moins sans conditions (p. 134).

6.1.2 En 2017, Miriam LENDFERS (*Heilbehandlung und Hilfsmittel nach Fallabschluss – eine Annäherung an ein Dilemma in der sozialen Krankenversicherung*, JaSo 2017, p. 195 ss), illustre la situation actuelle, voulue par le Tribunal fédéral, à l'aide de l'exemple suivant : en tant que bénéficiaire d'une rente d'invalidité de 10%, HINZ voit la prise en charge de son traitement médical prendre fin selon l'art. 19 al. 1 LAA mais, étant donné qu'il tombe sous le coup de l'art. 21 al. 1 let. c LAA, l'assureur-accidents doit continuer à prendre en charge le traitement et les moyens auxiliaires. En revanche, vu la lettre de l'art. 19 LAA et la systématique de la loi, KUNZ, qui ne perçoit pas de rente d'invalidité, faute d'invalidité suffisante, ne devrait pas se voir appliquer l'art. 19 al. 1 LAA, de sorte que l'assureur-accidents ne devrait pas pouvoir mettre fin à la prise en charge du traitement médical. Toutefois, le Tribunal fédéral arrive à une conclusion différente en appliquant l'art. 19 al 1 LAA même en l'absence de rente mais non l'art. 21 faute de rente. L'auteure précitée s'est demandé si le législateur voulait vraiment d'une telle inégalité de traitement dans la réglementation, comme cela ressort de la jurisprudence fédérale, respectivement s'il était conscient de cette situation (p. 201).

Pour répondre à cette question, l'auteure précitée examine tout d'abord la lettre des art. 10, 11 et 19 LAA ainsi que la systématique de la loi. Elle constate ainsi que les art. 10 et 11 LAA ne prévoient aucune limitation temporelle des prestations qui y sont évoquées (p. 198). L'auteure précitée relève ensuite que l'art. 19 al. 1 2^e phrase LAA ne limite pas le droit au traitement médical des assurés qui ne perçoivent pas de rente mais uniquement celui des bénéficiaires de rente. Elle est également d'avis que l'interprétation du Tribunal fédéral des assurances, selon laquelle le traitement médical ne doit être pris en charge que jusqu'à la « clôture du cas », c'est-à-dire seulement aussi longtemps que la poursuite du traitement permet encore d'espérer une amélioration sensible de l'état de santé, ne saurait s'appliquer à l'ensemble des cas d'assurance, mais uniquement pour ceux dans lesquels une rente d'invalidité LAA est due (p. 199).

L'auteure précitée constate également qu'en contradiction avec la limitation temporelle du traitement médical pour les bénéficiaires de rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, l'art. 21 al. 1 LAA prévoit certaines exceptions permettant la poursuite de la prise en charge du traitement médical. En lien avec le traitement médical, l'art. 19 al. 1 2^e phr. LAA constitue donc la règle et l'art. 21 al. 1 LAA l'exception, comme le Tribunal fédéral le retient notamment dans son ATF 134 V 109 consid. 4 (p. 200).

Miriam LENDFERS procède ensuite à une interprétation téléologique/historique des dispositions pertinentes. Elle relève notamment que ni le message du Conseil

fédéral relatif à la loi sur l'assurance-accidents du 10 décembre 1906 ni celui relatif à la loi du 19 août 1976 n'évoquent la durée du droit au traitement médical et aux moyens auxiliaires. Cette situation est toutefois expliquée par le contexte historique d'alors. En effet, au début du XX^e siècle, les assurances sociales n'existaient pas et le législateur était imprégné par la pratique qui voulait que les cas étaient clos avec le versement d'une indemnité, laquelle couvrait également les frais de traitement et les moyens auxiliaires, le système de rentes n'étant alors pas répandu. Ainsi, selon ce système, avec l'introduction des rentes, les postes du dommage (traitement médical et moyens auxiliaires) qui survenaient après la clôture du cas devaient être payés par la rente. Une délimitation claire, respectivement une indemnisation séparée des postes du dommage ne s'étaient pas encore imposées à cette époque. Ainsi, si l'on part de l'idée que le législateur de l'époque voulait imposer aux bénéficiaires de rente de payer les frais médicaux avec leur rente, il est logique que le droit au traitement médical cesse avec l'octroi d'une rente. Cela ne concerne toutefois que les bénéficiaires de rente mais non ceux qui n'en perçoivent pas (pp. 202 à 204).

Pour Miriam LENDFERS, le législateur n'a pas sciemment voulu mettre un terme au droit au traitement médical et aux moyens auxiliaires avec la clôture du cas. Au contraire, pour l'auteur précité, le législateur voulait prévoir pour l'assurance-accidents l'obligation non limitée dans le temps de prendre en charge le traitement médical et les moyens auxiliaires, tant pour les bénéficiaires d'une rente que pour les non-bénéficiaires (p. 204).

Miriam LENDFERS rappelle également que dans son ATF 133 V 58 (consid. 6.6.2), le Tribunal fédéral a qualifié le traitement médical et les indemnités journalières de prestations provisoires classiques, au contraire des rentes qui sont des prestations durables. A cet égard, elle rejoint la doctrine qui critique le fait que l'on déduise, sans justification plausible, du caractère temporaire de la prestation en espèces qu'est l'indemnité journalière le caractère également temporaire de la prestation en nature que constitue le traitement médical. Elle relève que de nos jours, le traitement médical et les moyens auxiliaires sont, en pratique, souvent nécessaires au-delà de l'atteinte de l'état final du point de vue médical, respectivement de la clôture du cas. La réalité ne permet pas de conclure sans examen préalable au caractère temporaire de telles prestations. Tant que la causalité entre l'accident et le traitement médical, respectivement les moyens auxiliaires, est donnée, il n'y a pas d'arguments raisonnables selon le but et le sens de l'assurance-accidents de mettre un terme à son obligation de prêter en ce qui concerne les frais de traitements et les moyens auxiliaires. Ce qui précède vaut que l'assuré présente une invalidité suffisante pour donner droit à une rente ou non, dès lors qu'il est clair qu'aujourd'hui, une rente ne couvre pas le même poste du dommage que le traitement ou les moyens auxiliaires, de sorte que ces derniers s'ajoutent à la rente (p. 205).

L'auteure précitée conclut enfin que le législateur devrait, *de lege ferenda*, définir de manière explicite les conditions d'extinction du droit aux prestations de soins et aux moyens auxiliaires. En tous les cas, Miriam LEDFERS est d'avis que pour les assurés qui ne bénéficient pas de rente, aucune des méthodes d'interprétation (littérale, systématique ou encore historique téléologique) ne permet de retenir la fin du droit à la prise en charge du traitement et des moyens auxiliaires.

6.1.3 En 2018, Volker PRIBNOW et Sarah EICHENBERGER (*in* : Marc HÜRZELER/Ueli KIESER [éd.], *UVG, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht [KOSS]*, 2018, n° 16 et 17 ad Art. 21) relèvent que le Tribunal fédéral applique également aux d'assurés qui ne perçoivent pas de rente l'art. 19 al. 1 2^e phrase LAA, lequel évoque pourtant uniquement le début de la rente et non pas la question de la clôture du cas, ce qui va à l'encontre du texte légal de la disposition en question. Pour les auteurs précités, ce faisant, le Tribunal fédéral consacre une inégalité de traitement entre deux assurés souffrant tous les deux d'une même atteinte, entraînant par exemple des douleurs chroniques nécessitant un traitement à long terme et ayant besoin de semelles orthopédiques, mais dont l'un présenterait une invalidité de 10% alors que pour l'autre, le taux d'invalidité ne serait que de 8% suite à la comparaison des revenus.

Se référant à l'ATF 143 V 146, Volker PRIBNOW et Sarah EICHENBERGER considèrent également que notre Haute Juridiction a laissé ouverte la question de savoir s'il convient de maintenir la pratique actuelle, selon laquelle l'art. 21 LAA doit uniquement être appliqué aux bénéficiaires de rentes. Pour eux, il faut suivre le raisonnement convaincant de Miriam LENDERS et renoncer à cette jurisprudence.

6.1.4 Toujours en 2018, Ueli KIESER / Kaspar GEHRING / Susanne BOLLINGER, *KVG/UVG Kommentar - Bundesgesetze über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]*, 2018, ch. 8 ad art. 21 LAA) constatent que l'art. 21 al. 1 let. c LAA concerne expressément les bénéficiaires de rente. Dans le cas d'assurés accidentés qui n'ont pas droit à une rente, mais qui ont besoin de soins et de traitements permanents pour conserver leur capacité de travail et leur capacité de gain, les coûts doivent être pris en charge par l'assurance-maladie avec une participation aux coûts correspondante des assurés, ce qui constitue une inégalité de traitement choquante.

6.1.5 En 2019, André NABOLD (*in* : Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Susanne LEUZINGER / Kurt PÄRLI [éd.], *Loi fédérale sur l'assurance-accidents [LAA]*, 2019, art. 21 n° 13 ss) relève, en lien avec l'art. 21 al. 1 let. c LAA, que la jurisprudence fédérale est critiquée dans la doctrine. L'auteur précité est d'avis que l'interprétation selon laquelle un droit au sens de l'art. 21 al. 1 LAA présuppose le versement d'une rente d'invalidité semble moins contraignante qu'il n'y paraît à première vue. Certes, le libellé de la disposition plaide dans un

premier temps en faveur d'une telle interprétation. Cependant, si l'art. 19 al. 1 phrase 2 LAA (« dès la naissance du droit à la rente ») est interprété en ce sens qu'une clôture de dossier « sans conséquence » entraîne la fin du droit aux soins médicaux, la question se pose de savoir pourquoi l'expression « lorsque la rente a été fixée » à l'art. 21 al. 1 LAA ne peut pas être interprétée de la même manière. L'auteur précité relève également qu'une autre question est celle de savoir pourquoi le droit aux soins médicaux – dans la mesure où ceux-ci sont encore appropriés – doit prendre fin avec la clôture du cas. Il s'agit toutefois clairement d'une décision du législateur, qui ne peut être modifiée par voie d'interprétation. La proposition de la doctrine de ne mettre fin à la prise en charge du traitement médical lors la clôture du dossier que lorsqu'une rente est accordée, contrairement à la jurisprudence du Tribunal fédéral, conduirait en revanche à un privilège difficilement justifiable pour les personnes ne touchant pas de rente par rapport aux bénéficiaires de rente, en particulier ceux dont la rente est basée sur un degré d'invalidité relativement faible.

En 2024, André NABOLD (*Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung – UVG*, 2024, p. 149) résume la jurisprudence actuelle du Tribunal fédéral, tout en relevant que celle-ci est critiquée par les auteurs précités.

6.1.6 Enfin, en 2025, Thomas WEHRLIN (*Der Anspruch auf Heilbehandlung nach dem « Fallabschluss » - Heute werden Personen mit und ohne Rentenanspruch ungleich behandelt – ändert sich das nun ?* in HAVE 2025 p. 67-68) résume ce qui précède. Il relève ainsi que selon la jurisprudence fédérale actuelle, l'octroi de prestations en vertu de l'art. 21 al. 1 LAA suppose que la personne assurée se soit vu attribuer une rente. Si, d'une part, la poursuite du traitement médical ne laisse présager aucune amélioration notable – et que, par conséquent, le cas peut être clos conformément à l'art. 19 al. 1 LAA – et si, d'autre part, les conditions prévues à l'art. 21 al. 1 let. a à d LAA ne sont pas remplies, l'assurance-accidents n'est plus tenue de prendre en charge les frais de traitement médical. Cela signifie qu'à partir de ce moment, c'est l'assurance-maladie qui doit prendre en charge le traitement médical consécutif à l'accident. Thomas WEHRLIN relève également que cette jurisprudence a été critiquée à plusieurs reprises dans le passé, car elle conduit à une inégalité de traitement injustifiable entre les personnes ayant droit à une rente et celles qui n'y ont pas droit. Pour l'auteur précité, dans un arrêt de principe rendu en 2016 (ATF 143 V 148), le Tribunal fédéral a toutefois laissé ouverte la question de savoir si, en cas d'interprétation temporelle de l'art. 21 LAA, il fallait s'en tenir à la pratique actuelle. Enfin, il constate également qu'en 2023, à sa connaissance, le Tribunal cantonal de Bâle-Campagne a été le premier tribunal cantonal à confirmer, en vertu du droit en vigueur, l'obligation de l'assurance-accidents de prendre en charge les frais de traitement médical des personnes ne touchant pas de rente au-delà de la clôture du cas. La décision du tribunal cantonal est définitive. Il reste

donc à voir si d'autres tribunaux suivront cette interprétation juridique ou s'ils considéreront, le cas échéant, qu'il appartient au législateur de supprimer l'inégalité de traitement actuelle entre les personnes ayant droit à une rente et celles qui n'y ont pas droit.

6.2 A la connaissance de la chambre de céans, seules deux juridictions cantonales – à savoir le Tribunal cantonal de Bâle-Campagne et celui des Grisons – se sont penchées, jusqu'à présent, sur la question litigieuse.

6.2.1 Pour sa part, le Tribunal cantonal de Bâle-Campagne a reconnu le droit au traitement médical d'un assuré ne percevant pas de rente d'invalidité au-delà de la clôture du cas.

Dans son arrêt 725 22 70 / 112 du 11 mai 2023, ce tribunal considère notamment que le texte de l'art. 19 al. 1 LAA se limite à déterminer le moment où un éventuel droit à une rente prend naissance. Tel est le cas lorsque l'on ne peut plus attendre d'un traitement médical supplémentaire une amélioration notable de l'état de santé. Se référant à PRIBNOW / EICHENBERGER, HUNZIKER-BLUM et LENDFERS, la juridiction cantonale relève également que le fait que le « début de la rente » soit compris comme un synonyme de « clôture du cas » est critiqué. À la suite des auteurs précités, ce tribunal remet en question cette conception, dans la mesure où le dossier d'accident ne peut en réalité pas être clos tant que d'éventuelles prestations sont encore en discussion ou dues. Le cas ne devient pas définitif du seul fait qu'il se transforme en octroi de rente. Il demeure bien plutôt pendant jusqu'au dernier versement. Par ailleurs, de nombreux assurés, même après avoir atteint le soi-disant état final au sens de l'art. 19 al. 1, première phrase LAA, continuent à dépendre d'un traitement médical de maintien. Une « clôture » du cas et, partant, la cessation de l'octroi des traitements médicaux, y compris dans les cas sans octroi de rente, ne répondent ainsi pas aux besoins de ces assurés, ce que le législateur reconnaît d'ailleurs avec les art. 19 et 21 LAA. En effet, compte tenu de l'art. 19 al. 1 deuxième phrase LAA, qui prévoit la suppression des traitements médicaux à partir du début de la rente, notre Haute Cour a dû introduire à l'art. 21 al. 1 LAA des exceptions à ce principe.

Le tribunal cantonal relève également que le Tribunal fédéral n'a à aucun moment (que ce soit dans ses arrêts de principe ou dans les décisions ultérieures) motivé l'extension de l'art. 19 al. 1 deuxième phrase LAA aux cas sans rente, dans le sens d'une limitation générale dans le temps des traitements médicaux. Dans les arrêts du Tribunal fédéral, on trouve uniquement l'indication selon laquelle les indemnités journalières et les traitements médicaux au sens de l'art. 10 LAA constitueraient des prestations de nature temporaire. Si cette qualification s'applique incontestablement aux indemnités journalières, elle se relève inexacte, dans sa forme absolue, en ce qui concerne le traitement médical, ne serait-ce que parce que l'art. 21 al. 1 let. c LAA reconnaît précisément, sous certaines conditions, un droit au traitement médical pour les bénéficiaires de rentes. Le tribunal bâlois considère également que l'art. 21 al. 1 let. c LAA, concernant le

traitement destinées à maintenir la capacité de gain, peut être qualifié de *lex specialis*, ce qui ne permet pas de déduire *a contrario* une exclusion du droit pour les assurés qui ne perçoivent pas de rente. Le tribunal bâlois est ainsi d'avis qu'il manque en réalité une base légale permettant d'interrompre le traitement médical pour ces assurés.

Le tribunal bâlois s'intéresse ensuite à l'interprétation de l'art. 19 al. 1 deuxième phrase, LAA opérée par le Tribunal fédéral et considère qu'e ce dernier n'a aucun motif pertinent pour justifier une dérogation au texte de cet article. À cet égard, le tribunal cantonal relève tout d'abord que le fait que les indemnités journalières cessent d'être versées dès le début de la rente est déjà mentionné à l'art. 16 al. 2 LAA. Ensuite, la juridiction cantonale ne comprend pas pour quelle raison le traitement médical devrait toujours être considéré comme une prestation de nature temporaire, d'autant plus que la jurisprudence n'avance aucun motif matériel, notamment médical, à l'appui de cette thèse. Bien plus, le tribunal bâlois considère que l'affirmation figurant à l'ATF 133 V 57 consid. 6.6.2, selon laquelle, en vertu de la loi, le traitement médical ne peut être accordé que tant que la poursuite du traitement médical permet encore d'attendre une amélioration notable de l'état de santé, ne ressort pas de la LAA. Une telle limitation dans le temps ne peut pas non plus être déduite de la systématique de la loi, dès lors que le traitement médical, en tant que prestation en nature, fait l'objet du premier chapitre tandis que les prestations en espèces, auxquelles appartiennent les indemnités journalières et les rentes, font l'objet du deuxième chapitre. La juridiction cantonale ne comprend ainsi pas non plus, sous cet angle, pourquoi une personne assurée devrait perdre un droit découlant du premier chapitre alors qu'aucune rente ne lui est accordée ni n'est même en discussion.

Compte tenu de l'ensemble des éléments d'interprétation, le Tribunal cantonal de Bâle-Campagne arrive à la conclusion que le droit en vigueur ne prévoit aucune limitation temporelle du droit au traitement médical pour les personnes ne bénéficiant pas d'une rente, un tel droit subsistant ainsi également au-delà de la clôture du cas. Pour cette juridiction, le droit au traitement médical d'une personne n'ayant pas droit à une rente se fonde sur l'art. 10 LAA, et ce même après la clôture du cas, pour autant que le lien de causalité soit toujours donné et que le caractère approprié du traitement soit reconnu.

Enfin, le Tribunal cantonal de Bâle-Campagne examine la question de l'inégalité de traitement en faveur des assurés ne percevant pas de rente, dans la mesure où ceux-ci disposeraient — contrairement aux bénéficiaires de rentes (cf. à ce sujet l'art. 21 LAA) — d'un droit inconditionnel à la prise en charge des frais de traitement, pour autant que le traitement soit en lien de causalité avec l'accident et approprié. Dans une telle situation, la juridiction cantonale retient, par souci de cohérence et afin de garantir l'égalité de traitement entre assurés, la nécessité d'adopter une interprétation allant au-delà du libellé de l'art. 21 al. 1 LAA, permettant son application par analogie également aux assurés ne bénéficiant pas

d'une rente. En effet, la discrimination résultant de la jurisprudence actuelle — selon laquelle seuls les assurés bénéficiant d'une rente continuent d'avoir droit à des prestations en nature lorsqu'ils remplissent les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA, à l'exclusion des assurés ne percevant pas de rente mais présentant le même besoin — ne saurait être justifiée objectivement. Par l'application par analogie de l'art. 21 al. 1 LAA aux assurés sans droit à une rente, il est en outre possible de remédier à l'interprétation contradictoire du Tribunal fédéral des art. 19 et 21 LAA.

6.2.2 Quant au Tribunal cantonal des Grisons, il a expliqué, dans son arrêt SV2 2024 102 du 7 novembre 2025, que même si l'argumentation du Tribunal cantonal de Bâle-Campagne mérite d'être prise en considération, la question de savoir si le droit au traitement médical doit s'éteindre avec la clôture du cas relève du législateur et la pratique actuelle ne peut pas être modifiée par une interprétation des tribunaux cantonaux. Il appartient bien plutôt au législateur de supprimer l'inégalité de traitement actuelle entre les personnes ayant droit à une rente et celles qui n'y ont pas droit. Étant donné que dans le cas d'espèce, l'assuré ne bénéficie d'aucun droit à une rente, c'est à juste titre que l'assureur-accidents a refusé de prendre en charge les frais supplémentaires du traitement médical.

Un recours au Tribunal fédéral contre cet arrêt grison est actuellement pendant (procédure 8C_685/2025).

7.

7.1 Il ressort de ce qui précède que depuis 2014, la jurisprudence du Tribunal fédéral et les conclusions qui en découlent s'agissant de la fin du traitement médical sont critiquées par une partie importante de la doctrine et qu'elles commencent par l'être par certains tribunaux cantonaux.

En particulier, il est, de manière générale, constaté que la jurisprudence actuelle consacre une inégalité de traitement objectivement injustifiable et choquante en défaveur des assurés qui ne peuvent pas prétendre au versement d'une rente d'invalidité, dont le traitement d'une atteinte toujours en lien de causalité avec l'accident assuré doit donc être pris en charge par l'assurance-maladie, avec les frais que cela implique pour eux (franchise et quote-part) alors que les assurés qui perçoivent une rente d'invalidité voient leur traitement pris en charge par l'assurance-accidents aux conditions de l'art. 21 LAA. Pourtant, dans les deux cas, l'atteinte est toujours en lien de causalité avec l'accident assuré.

Les avis divergent cependant quant à la suite à donner auxdites critiques et à la manière de remédier à cette inégalité de traitement.

D'un côté, André NABOLD (*op. cit.*, n° 13 ad Art. 21) ainsi que le Tribunal cantonal des Grisons dans son arrêt SV2 2024 102 du 7 novembre 2025 estiment qu'il appartient au législateur de modifier les dispositions légales pertinentes.

De l'autre côté, Felix HUNZIKER-BLUM (*op. cit.*, p. 131) et le Tribunal cantonal de Bâle Campagne dans son arrêt 725 22 70 / 112 du 11 mai 2023 s'écartent des conclusions de l'ATF 134 V 109 et estiment qu'il convient d'appliquer l'art. 10 LAA.

Pour sa part, la chambre de céans rejoint les critiques de la doctrine et constate que la situation actuelle n'est pas satisfaisante, dès lors qu'elle consacre une inégalité de traitement difficilement justifiable.

Cela étant, une application de l'art. 10 LAA, comme préconisé par Félix HUNZIKER-BLUM et le Tribunal cantonal de Bâle-Campagne pour remédier à cette situation, serait susceptible de consacrer une nouvelle inégalité de traitement, cette fois en faveur des assurés qui ne perçoivent pas de rente, en ce sens que ceux-ci pourraient bénéficier de la prise en charge du traitement médical sans limitations tant que le traitement reste en lien de causalité avec l'accident assuré et qu'il est adéquat, alors que les bénéficiaires d'une rente d'invalidité ne peuvent prétendre à la prise en charge du traitement médical qu'aux conditions de l'art. 21 LAA, plus restrictives.

La principale manière d'éviter cette nouvelle inégalité de traitement serait alors d'interpréter, comme le suggèrent André NABOLD et le Tribunal bâlois, l'art. 21 LAA de la même manière que l'art. 19 al. 1 2^e phr LAA et d'appliquer par analogie cette disposition aux assurés qui ne peuvent pas prétendre au versement d'une rente.

La chambre de céans arrive toutefois à la conclusion qu'il ne lui appartient pas, en tant que juridiction cantonale, de s'écarter d'une jurisprudence fédérale établie depuis près de 20 ans et encore rappelée récemment ni d'appliquer l'art. 10 LAA ainsi que par analogie l'art. 21 LAA également aux assurés qui ne sont pas au bénéfice d'une rente d'invalidité.

Par conséquent, en application de la jurisprudence en vigueur actuellement et dès lors qu'il n'est pas contesté que la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité, c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à la prise en charge le traitement médical au sens de l'art. 10 LAA avec effet rétroactif au 16 novembre 2016, étant rappelé que l'assurance a renoncé à demander la restitution des frais versés à tort depuis cette date.

7.2 Cela étant, dans un souci d'exhaustivité, la chambre de céans rappelle que dans l'hypothèse où l'intimée a également accordé à la recourante des moyens auxiliaires au sens de l'art. 11 LAA, le Tribunal fédéral a considéré, dans l'ATF 143 V 148, que l'art. 21 al. 1 LAA ne s'appliquait que lorsqu'il s'agissait d'accorder des moyens auxiliaires pour la première fois et que cette disposition ne concernait pas les cas dans lesquels c'était la continuation de la prestation au-delà de la liquidation du cas qui était en discussion, ou qu'il était question de réparation ultérieure, d'adaptation ou de remplacement. Dans de tels cas, il existait une

garantie de l'acquis en fonction des besoins au-delà de la liquidation du cas (consid. 6).

Ainsi, dans l'hypothèse où des moyens auxiliaires étaient éventuellement également concernés, il appartiendrait à l'intimée d'examiner s'il est question d'adaptation ou de remplacement, ce qui impliquerait la continuation de la prise en charge de ces moyens auxiliaires. La cause lui sera donc renvoyée pour instruction complémentaire sur cette question.

8. La recourante conteste ensuite le taux de l'atteinte à l'intégrité.

8.1 Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{re} phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^e phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (*cf.* art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références).

L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4 et les références).

8.2

8.2.1 L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3).

Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 annexe 3 OLAA). On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

8.2.2 La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

La table 16 de la SUVA prévoit les indemnisations suivantes lors de syndrome post-thrombotique :

Stade A : Œdème mou de l'extrémité distale, respectivement de la cheville, susceptible de traitement.

Atteinte à l'intégrité : 0%

Stade B : Dermo-épidermite avec eczéma, névrodermite et infections locales ; hypodermite modérée (fibrose profonde / œdème dur)

Atteinte à l'intégrité : 5%

Stade C : Ulcère post-thrombotique

Atteinte à l'intégrité : 10%

Stade D : Grave ulcère post-thrombotique récidivant ou persistant après épuisement des traitements conservateurs et chirurgicaux, ou

Hypodermite massive avec œdème dur chronique résistant au traitement (augmentation de la circonférence de plus de 5 cm)

Atteinte à l'intégrité : 15%

(Valeur maximale)

8.3

8.3.1 Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité se fonde sur les constats médicaux, de sorte qu'il incombe, dans un premier temps, au médecin de se prononcer, en tenant compte des atteintes énumérées à l'annexe 3 de l'OLAA et dans les tables de la SUVA, sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, il existe un dommage. Il appartient toutefois à l'administration ou au tribunal de procéder à l'évaluation juridique, sur la base des constatations médicales, de l'existence d'une atteinte à l'intégrité, de déterminer si le seuil de gravité est atteint et, dans l'affirmative, l'étendue de l'atteinte. Bien que l'administration et le tribunal doivent s'en tenir aux données médicales, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, en tant que fondement du droit aux prestations, relève, en fin de compte, de leur domaine de compétence (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2022 du 18 octobre 2023 consid. 4.2 et les références ; sur la répartition des tâches entre le médecin et l'administration ou le tribunal, *cf.* également ATF 140 V 193 consid. 3.2).

8.3.2 La plupart des éventualités assurées (par ex. la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).
10. En l'espèce, le Dr C_____ a posé, dans son rapport du 20 février 2024, les diagnostics incapacitants de lymphoedème secondaire post-traumatique du membre inférieur gauche et de syndrome rotulien gauche. Concernant le lymphoedème, il a retenu, en application, par analogie, de la table 16 de la SUVA (syndrome post-thrombotique), une atteinte à l'intégrité de 8%

Se référant à un rapport du service d'angiologie du CHUV, la recourante a conclu à un taux supérieur, de 15%.

A la demande de l'intimée, le Dr C_____ a motivé sa position dans un complément du 20 novembre 2024. Il a tout d'abord expliqué que le rapport du CHUV décrivait un état globalement superposable à celui constaté le 28 janvier 2019 et lors de son examen le 17 janvier 2024. L'augmentation de la circonférence était d'au maximum de 4 cm et uniquement sur un segment limité (péri-malléolaire et genou) et l'œdème était décrit comme « très léger.

L'expert a ensuite rappelé que l'atteinte à l'intégrité dans le cas d'un lymphoedème était estimée par analogie avec la table 16 de la SUVA concernant

les syndromes post-thrombotiques. L'hypodermite massive avec œdème dur chronique résistant au traitement (augmentation de la circonférence de plus de 5 cm), pour laquelle une atteinte à l'intégrité de 15% était reconnue et à laquelle la recourante faisait référence dans son recours, correspondait, pour les lymphoedèmes, à un éléphantiasis. Or, ni le CHUV ni lui-même n'avaient retenu un tel diagnostic. Le taux de 10% correspondait à un ulcère post-thrombotique, complication non retrouvée chez la recourante. Enfin, le taux de 5% était reconnu lors d'une hypodermite modérée (fibrose profonde / œdème dur). Toutefois, l'expert estimait que la recourante présentait des troubles trophiques importants au niveau de la cuisse et du genou gauches, qui motivaient le taux supérieur de 8%.

Force est de constater que les explications du Dr C_____ sont convaincantes. Son appréciation de la situation a été effectuée à l'issue d'un examen approfondi et ses conclusions ont été consignées dans un rapport répondant aux réquisits jurisprudentiels en la matière. De plus, hormis le rapport du CHUV, dans lequel les médecins ne se prononcent au demeurant pas sur l'atteinte à l'intégrité, la recourante n'a fourni aucun élément permettant de contredire les conclusions du Dr C_____.

Partant, il convient de retenir une atteinte à l'intégrité de 8% et de confirmer la décision sur opposition sur ce point.

11. Au vu de ce qui précède, le recours du 13 septembre 2024 est partiellement admis et la cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sur la question des moyens auxiliaires et nouvelle décision, au sens des considérants (cf. consid. 7.2 ci-dessus).

La recourante obtenant très partiellement gain de cause et étant représentée par un avocat, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

Conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sur la question des moyens auxiliaires et nouvelle décision, au sens des considérants.
4. Confirme la décision sur opposition querellée pour le surplus.
5. Octroie à la recourante une indemnité de CHF 1'000.- à charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Christine RAVIER

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le