RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1204/2020 **ATAS/743/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 juillet 2021

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe GORLA	recourante

contre

VAUDOISE GÉNÉRALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise avenue de Cour 41, LAUSANNE	intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____1991, a été renversée le _____ 2013 par un cycliste alors qu'elle traversait la route. Selon le rapport de police, elle a souffert d'une épaule droite déboitée et de forts maux de tête. L'assurée a consulté le jour même le service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où elle s'est vue diagnostiquer une luxation antéro-inférieure de l'épaule droite et prescrire un gilet orthopédique pendant trois semaines (cf. rapport de la docteure B_____ du 26 avril 2013). Un arrêt de travail lui a été prescrit. À l'époque, l'assurée avait entamé un apprentissage d'assistante dentaire et était, à ce titre, assurée pour les accidents auprès de la Vaudoise générale, compagnie d'assurances SA (ci-après : la Vaudoise ou l'intimée). La Vaudoise a pris en charge les suites de l'accident du 26 avril 2013, notamment par le versement d'indemnités journalières.

b. Dans un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite daté du 18 juin 2013, le docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, a fait état d'une lésion de Hill-Sachs traduisant un status après luxation antéro-inférieure de l'épaule, sans lésion de Bankart osseux, d'une déchirure et d'un détachement du labrum antérieur et antéro-inférieur, ainsi que d'une hétérogénéité du tendon sub-scapulaire sans déchirure, à mettre en rapport avec le status post-luxation. Dans le rapport, il était également mentionné une « intégrité des tendons supra-épineux, infra-épineux et petit rond ».

c. Le 19 novembre 2014, l'assurée a été opérée de l'épaule droite (désinsertion et réinsertion de Burkhart, rétention capsulaire) aux HUG par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

d. Dans un certificat non daté, le Dr D_____ a attesté que la capacité de travail de l'assurée était à nouveau complète depuis le 6 avril 2015.

e. Par décision du 10 novembre 2015, la Vaudoise a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 5 avril 2015.

f. Dans un rapport daté du 30 novembre 2015, le docteur E_____, du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a retenu le diagnostic de stabilisation de l'épaule droite selon Bankart. L'évolution était lentement favorable. La durée probable du traitement (renforcement musculaire de la coiffe des rotateurs) était encore d'au moins six mois. Il préconisait une reprise du travail à 100 %.

g. Dans un rapport d'IRM de l'épaule du 20 avril 2016, les médecins du service de radiologie des HUG ont conclu à l'apparition d'une tendinopathie à l'insertion du sus-épineux, avec aspect épaissi, et une image de rupture de la face profonde (sur environ 7 mm). Des stigmates d'une cure de Bankart, d'évolution favorable, avaient également été constatés.

h. Dans un rapport complété le 25 avril 2016, le Dr D_____ a fait état d'une persistance de douleurs et d'une gêne pour les activités quotidiennes. Il a confirmé que l'assurée n'était plus en arrêt de travail et a précisé ne pas avoir prévu de nouvelle consultation. Il n'a prescrit aucun traitement médical particulier, laissant vide le champ du rapport prévu à cet effet. Sous le champ « bilan complémentaire » de son rapport, le Dr D_____ a indiqué « IRM guérison présente (Bankart) ».

i. Dans un bref rapport daté du 3 mai 2016 et adressé au docteur E_____, le Dr D_____ a indiqué que la dernière IRM confirmait une réinsertion satisfaisante de l'aspect antéro-inférieur de l'épaule droite. L'examen clinique avait montré une persistance de douleurs dans la région du biceps et du site opératoire, ainsi que des douleurs musculaires de la fosse sus et infra-épineuse. Le Dr D_____ n'avait toutefois pas de solution supplémentaire à proposer sur le plan chirurgical et suggérait que l'assurée soit vue par « l'équipe de la douleur » des HUG en vue d'optimiser l'antalgie.

j. Dans un rapport daté du 1er novembre 2016, les docteures G_____ et H_____, de la Consultation ambulatoire de la douleur des HUG, ont fait état de douleurs musculo-squelettiques, principalement au niveau du membre supérieur droit, associées à des signes de sensibilisation centrale. Le seuil de tolérance à la douleur était diminué par un épisode anxio-dépressif. Dans la mesure où l'assurée exprimait le désir d'être enceinte, il convenait d'éviter toute prise médicamenteuse (hormis éventuellement un traitement local par patch). Au plan physique, un bon de physiothérapie avait été renouvelé et sous l'angle psychiatrique, un suivi avait été proposé, compte tenu d'une anxiété et du souvenir douloureux de l'accident.

k. Dans un rapport d'IRM de l'épaule droite du 17 octobre 2018, les médecins du service de radiologie des HUG ont conclu à l'apparition d'une fissuration profonde du tendon supra-épineux, sans lésion transfixiante ni rétraction tendineuse ou retentissement musculaire. Dans deux rapports des 12 et 18 octobre 2018 adressés au Dr E_____ en lien avec l'IRM précitée, le Dr D_____ a indiqué que son examen clinique avait montré des amplitudes préservées de l'épaule. L'IRM n'avait pas montré de lésion structurelle au niveau de la coiffe des rotateurs et le diagnostic retenu était celui d'une tendinopathie sans rupture transfixiante, raison pour laquelle la patiente avait été adressée aux rééducateurs de Beau-Séjour pour la suite de la prise en charge.

l. La Vaudoise a recueilli l'avis de son médecin-conseil, le docteur I_____, lequel s'est prononcé dans un rapport daté du 8 janvier 2019. Indiquant avoir pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier et des IRM des 17 juin 2013 et 17 octobre 2018, le Dr I_____ a relevé que le bilan radiologique du 17 octobre 2018 ne mentionnait pas de rupture du tendon ou de lésions d'origine traumatique. À la lecture de l'imagerie, il constatait la présence d'une tendinopathie du sus-épineux droite, de nature fréquente et assez banale, dont la causalité avec l'accident du 26 avril 2013 et l'opération du 19 novembre 2014 n'était que possible. Les conditions pour une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'étaient pas réunies :

en particulier, les amplitudes étaient préservées et il n'existait plus d'instabilité de l'épaule droite. En outre, au vu du diagnostic de luxation et de l'opération du 19 novembre 2014, il n'y avait pas de développement actuel ou prévisible d'une arthrose gléno-humérale pour les seules séquelles de l'accident. En conclusion, il estimait que les plaintes actuelles n'étaient qu'en lien de causalité possible avec l'accident. Le cas était médicalement stabilisé depuis le 25 avril 2016 et il n'y avait pas à envisager d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, selon les tables de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

B. La Vaudoise a rendu une décision le 27 février 2019, dans laquelle elle a retenu que le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident n'était que possible et que le cas était médicalement stabilisé depuis le 25 avril 2016. Elle a mis un terme, dès cette date, à la prise en charge des frais médicaux et a refusé d'accorder à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a formé opposition par pli du 29 mars 2019. Après avoir consulté à nouveau son médecin-conseil (lequel s'est déterminé le 3 mars 2020), la Vaudoise a confirmé le contenu de sa décision, par décision sur opposition du 6 mars 2020.

C. Le 22 avril 2020, par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours contre la décision sur opposition précitée, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation, à la prise en charge de ses atteintes à la santé postérieurement au 25 avril 2016 et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, subsidiairement au renvoi de la cause à la Vaudoise afin qu'elle mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire et rende une nouvelle décision. Dans son mémoire de réponse du 5 juin 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Dans sa réplique du 30 juin 2020, puis dans ses écritures des 13 juillet, 27 août et 9 novembre 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions, tout en produisant de nouvelles pièces médicales, dont un compte rendu opératoire rédigé le 4 septembre 2020 par le Dr D_____ (en lien avec une « résection du cm externe de la clavicule droite »), ainsi que différents certificats d'arrêt de travail consécutifs à cette intervention. Dans sa duplique du 6 août 2020, puis son écriture du 16 octobre 2020, l'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours, tout en produisant une nouvelle appréciation de son médecin-conseil.

Dans sa dernière appréciation, datée du 26 octobre 2020, le Dr I_____ a estimé que les douleurs n'étaient pas suffisantes pour faire valoir le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, ce d'autant moins que leur origine était vraisemblablement d'origine maladive. Il a exposé qu'une lésion acromio-claviculaire d'aspect dégénératif pouvait être soit l'évolution d'un état maladif, soit la conséquence d'une entorse ou d'une luxation acromio-claviculaire datant de quelques années. En l'occurrence, le traumatisme de l'épaule droite survenu en 2013 avait provoqué une luxation gléno-humérale, articulation qui était anatomiquement complètement différente de l'articulation acromio-claviculaire. Le mécanisme lésionnel provoquant une luxation gléno-humérale était donc différent

de celui provoquant une atteinte acromio-claviculaire. Il était exceptionnel que les deux articulations soient lésées par le même traumatisme et si tel avait été le cas, des lésions auraient été retrouvées sur les radiographies standards ou les IRM. Or, les radiographies et les IRM initiales n'avaient montré aucune atteinte acromio-claviculaire, que ce soit une luxation ou même une simple contusion osseuse ou œdème ligamentaire. L'IRM de l'épaule droite réalisée le 31 août 2018, soit deux ans après le traumatisme (sic), ne montrait pas non plus d'atteinte acromio-claviculaire. La relation de causalité entre l'accident de 2013 et l'arthrose acromio-claviculaire droite ayant nécessité l'intervention de septembre 2020 (résection du cm distal de la clavicule) était tout au plus possible, voire exclue.

EN DROIT

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 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.

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.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7ème jour avant au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin, avec effet au 25 avril 2016, à la prise en charge du traitement médical et à refuser l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

5. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident en cause est survenu avant cette date (en 2013), le droit de l'assurée aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; RO 2016 4375). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

6. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

7. a. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle

(ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

c. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

d. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose

toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

8. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : […] les déboîtements d'articulation (let. b) […] ; les déchirures de tendons (let. f).

   L'obligation de l'assureur-accidents de prendre en charge les suites d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA se limite, conformément à la portée et au but de cette disposition, strictement aux déchirures de tendons, à l'exclusion de toute autre pathologie affectant les tendons, notamment celles qui concernent les tissus. Comme, du point de vue clinique, les ruptures partielles de tendons ne se différencient généralement pas des réactions inflammatoires secondaires, l'existence d'une lésion corporelle assimilée ne peut être admise qu'à la condition qu'une rupture partielle de tendon ait été objectivée médicalement de manière manifeste, que ce soit lors d'une opération ou à l'aide d'imagerie par produit de contraste. Il appartient à la personne qui requiert des prestations d'en apporter la preuve, faute de quoi elle risque de devoir en supporter l'absence (ATF 114 V 298 consid. 5c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 4.3).

   La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement maladive ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b p. 44 ; 116 V 145 consid. 2c ; ATF 114 V 298 consid. 3c). En revanche, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.1).

9. Tant qu'une décision d'octroi de la rente d'invalidité n'est pas entrée en force, le droit éventuel à un traitement médical doit être examiné à la lumière des conditions de l'art. 10 al. 1 LAA et non pas au regard des conditions énoncées à l'art. 21

al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 252/01 du 17 juin 2002 consid. 2).

Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, ainsi qu'aux médicaments et analyses ordonnés par celui-ci (let. a et b). Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, seconde phrase, LAA a contrario), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04, consid. 3.1). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre à une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10 % au moins).

Une fois que le traitement médical a cessé et que l'assuré n'a pas droit à une rente, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA [RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA (arrêt 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1).

La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accidents, du traitement médical ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires. À teneur de 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« *namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten* » ; « *un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato* ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accidents sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1).

10. 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

11. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

12. a. En l'espèce, la décision sur opposition litigieuse retient, sur la base notamment des rapports des Drs I_____ et D_____, que l'état de santé est stabilisé depuis la consultation du Dr D_____ du 25 avril 2016 et que la tendinopathie du sus-épineux résulte entièrement de facteurs « non traumatiques », de sorte que l'intimée était fondée à mettre fin au traitement médical et à refuser l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par ailleurs, la décision retient que les lésions apparaissant sur l'IRM du 17 octobre 2018 (tendinite du supra-épineux avec atteinte de la face profonde) ne sont pas en lien de causalité avec l'accident d'avril 2013, dans la mesure où l'IRM réalisée deux mois après cet accident (en juin 2013) n'avait pas mis en évidence de rupture de la coiffe des rotateurs. L'apparition tardive d'une lésion inflammatoire de la coiffe ne peut donc être considérée comme étant en relation causale avec l'accident.

b. La recourante requiert la prise en charge de ses atteintes postérieurement au 25 avril 2016 et la mise en œuvre par la CJCAS d'une expertise pluridisciplinaire, subsidiairement le renvoi de la cause à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une telle expertise. Elle soutient que les rapports rédigés par le Dr I_____ n'ont pas de valeur probante, dans la mesure où l'on ignore si ce médecin-conseil a pris connaissance de toutes les pièces du dossier. En outre, ses plaintes de douleurs n'ont pas été prises en compte et c'est sans motiver son point de vue que le médecin-conseil a fixé au 25 avril 2016 la date de la stabilisation du cas. Les conclusions du médecin-conseil sur la causalité sont peu claires, puisque ce dernier indique d'une part qu'une origine traumatique de la lésion n'est que « possible », et exclut d'autre part cette hypothèse en déclarant que l'atteinte est d'origine exclusivement maladive. Si le médecin-conseil a déduit de l'IRM du 18 juin 2013 qu'il n'y a pas eu de lésion visible au niveau de la coiffe, cette imagerie a toutefois été réalisée pratiquement deux mois après l'accident du 26 avril 2013, de sorte qu'il

est possible que les lésions traumatiques se soient résorbées dans l'intervalle ou qu'elles n'aient plus été décelables au moment de l'IRM. Par ailleurs, il ressort de l'IRM de 2018 une fissuration profonde du tendon supra-épineux, qui doit à son sens être prise en charge à titre de lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. La recourante en déduit que l'intimée devait soit prendre en charge les suites de cette lésion, soit démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante que cette lésion était d'origine maladive ou due à l'usure, ce qu'elle n'a pas fait. Enfin, la recourante invite la CJCAS à faire porter une éventuelle expertise sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

c. De son côté, l'intimée rétorque que les seuls arguments médicaux soulevés sont ceux du conseil de la recourante – qui n'est pas médecin – de sorte qu'ils n'ont pas de valeur probante, contrairement aux conclusions du Dr I_____. Il ressort du rapport du Dr D_____ que, le 25 avril 2016, ce médecin a confirmé une réinsertion satisfaisante de l'aspect antéro-inférieur de l'épaule, tout en précisant qu'il n'y avait pas de solution supplémentaire à apporter. À cette date, le traitement médical afférent à l'accident de 2013 était terminé et l'état de santé stabilisé. Conformément à l'appréciation du Dr I_____, l'apparition tardive, en 2016, d'une lésion inflammatoire partielle de la coiffe est en lien de causalité seulement possible avec l'accident du 26 avril 2013, étant donné que cette lésion n'apparaissait pas sur l'imagerie du 17 juin 2013. Contrairement à ce que fait valoir la recourante, l'art. 6 al. 2 LAA ne saurait être appliqué à un accident survenu en 2013, soit avant l'entrée en vigueur de cette disposition dans sa teneur actuelle. Enfin, les douleurs permanentes et la perte de force du bras invoquées par la recourante ne justifient pas l'octroi d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité.

13. a. En premier lieu, la recourante conteste le refus de l'intimée de prendre en charge son traitement au-delà du 25 avril 2016, pour le motif que son état de santé était alors stabilisé.

Comme cela a été précédemment exposé (cf. consid. 9), le droit au traitement médical cesse lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé, ce par quoi il faut comprendre la capacité de travail. L'amélioration doit être « sensible », c'est-à-dire d'une certaine importance.

b. En l'occurrence, à la suite de l'accident qu'a subi la recourante en juin 2013, puis de son opération de l'épaule droite, le 19 novembre 2014, son chirurgien, le Dr D_____, a attesté que l'intéressée avait recouvré une pleine capacité de travail à partir du 6 avril 2015, de sorte que l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 5 avril 2015. De son côté, le Dr E_____ a également préconisé une reprise du travail à 100 %, dans un rapport daté du 30 novembre 2015. Dans ses rapports subséquents des 25 avril et 3 mai 2016, le Dr D_____ a confirmé que la réinsertion de l'aspect antéro-inférieur de l'épaule était satisfaisante, que l'assurée n'était plus en arrêt de travail et a précisé ne pas avoir prévu de nouvelle consultation. Il n'a prescrit aucun traitement supplémentaire sous l'angle chirurgical et s'est limité à suggérer une consultation

auprès de « l'équipe de la douleur » des HUG en vue d'optimiser l'antalgie. Sur cette base, le médecin-conseil de l'intimée, le Dr I_____, a estimé que le cas était médicalement stabilisé depuis le 25 avril 2016, c'est-à-dire dès l'examen à l'issue duquel le Dr D_____ a indiqué que la réinsertion de l'aspect antéro-inférieur de l'épaule était satisfaisante et qu'il n'avait aucune solution chirurgicale supplémentaire à proposer.

c. Des rapports médicaux versés au dossier, il ne ressort pas que la poursuite d'un traitement permettrait d'améliorer la capacité de travail de l'assurée, que ses médecins ont jugée entière depuis le mois d'avril 2015. S'il est vrai que dans leur rapport du 1er novembre 2016, les médecins de la Consultation de la douleur des HUG ont renouvelé un bon de physiothérapie et proposé un suivi psychiatrique au vu de la relation étroite entre l'humeur et les douleurs, ils n'ont pas indiqué que l'une ou l'autre de ces propositions thérapeutiques était susceptible de jouer un rôle, a fortiori sensible, sur la capacité de travail. Au demeurant, on rappellera que selon la jurisprudence, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 316/03 du 26 mars 2004 consid. 3.3). Le fait qu'une nouvelle intervention chirurgicale (résection du cm externe de la clavicule droite) ait été pratiquée en septembre 2020 – plus de sept ans après l'accident en cause – ne permet pas d'aboutir à une autre conclusion, aucun médecin n'ayant attesté qu'elle serait propre à améliorer notablement l'état de santé et qu'elle serait en relation causale avec l'accident. Au demeurant, dans la mesure où l'intervention précitée a été effectuée postérieurement au prononcé de la décision sur opposition litigieuse et qu'elle n'était pas envisagée au moment où l'intimée a statué, il y a lieu de rappeler que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

En conclusion, dès lors que la recourante dispose, selon ses médecins, d'une pleine capacité de travail depuis le mois d'avril 2015, que son état de santé a été jugé stabilisé depuis le 25 avril 2016 et qu'il n'est pas établi au degré de vraisemblance requis que la poursuite du traitement permettrait d'améliorer sensiblement sa capacité de travail, c'est à juste titre que l'intimée a cessé de le prendre en charge, avec effet au 25 avril 2016. La recourante ne saurait valablement contester la stabilisation de son état de santé, alors qu'elle sollicite parallèlement l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, ce qui suppose précisément la fin du traitement médical (art. 24 al. 2 LAA).

d. Pour le surplus, il n'y a pas lieu de se pencher plus en avant sur l'argumentation de la recourante portant sur l'existence d'une lésion assimilée à un accident. En effet, la présence éventuelle d'une lésion assimilée ne remet pas en cause le constat selon lequel, en avril 2016, on ne pouvait pas attendre de la continuation du traitement médical une amélioration sensible de l'état de santé, de sorte que le traitement n'avait plus à être pris en charge par l'intimée (art. 10

al. 1 LAA). De surcroît, on rappellera que, même en présence d'une lésion corporelle (assimilée), il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement maladive ou dégénérative, si cette lésion ne peut pas être rattachée à l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 5.1 ; 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 3.3 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2). Or, comme l'a exposé le Dr I_____, l'atteinte mise en évidence par les IRM de 2016 et 2018 (tendinite du supra-épineux avec atteinte de la face profonde) est une lésion d'apparition tardive qui ne peut de toute évidence pas être rattachée à l'accident de 2013, dans la mesure où l'IRM pratiquée deux mois après l'accident ne mettait pas en évidence de déchirure au niveau de la coiffe, mais attestait au contraire d'une intégrité des tendons supra-épineux.

14. En second lieu, la recourante conteste le refus de l'intimée de lui accorder une indemnité pour atteinte à l'intégrité et sollicite la mise en œuvre d'une expertise sur ce point. À l'appui de son argumentation, elle se prévaut notamment d'un rapport du Dr D_____ daté du 18 mars 2020.

a. 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 à 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 prestations en capital (al. 1, 1ère 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, 2ème 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 est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des

critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

b. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a ; RAMA 1988 p. 236) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

La Division médicale de la SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. 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 ; ATF 124 V 209 consid. 4.cc ; ATF 116 V 156 consid. 3).

La table d'indemnisation 1.2 de la SUVA prévoit, en ce qui concerne l'épaule, un taux d'atteinte à l'intégrité de 30 % pour une épaule bloquée en adduction, de 10 % pour une épaule mobile jusqu'à 30 degrés au-dessus de l'horizontale, et de 15 % pour une épaule mobile jusqu'à l'horizontale. La même table prévoit un taux de 0 % pour une périarthrite scapulo-humérale de gravité légère et de 10 % pour une périarthrite scapulo-humérale moyenne. Par ailleurs, selon la table d'indemnisation 5 de la SUVA, une arthrose gléno-humérale de l'épaule de gravité moyenne donne lieu à une indemnité comprise entre 5 et 10 %, tandis qu'une arthrose acromio-claviculaire moyenne ne donne pas droit à une indemnité. Les cas d'arthrose légère n'ouvrent pas droit non plus à une indemnité.

c. Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1ère phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2 ; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b). À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînât « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b) ; à l'inverse, il a admis l'aggravation prévisible d'une arthrose du genou dans le cas où le médecin a fait état d'une telle aggravation « en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 98).

d. En l'occurrence, dans son rapport daté du 8 janvier 2019, le Dr I_____ a estimé que les conditions pour une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'étaient pas réunies : en particulier, les amplitudes de l'épaule droite étaient préservées et il n'existait plus d'instabilité de cette épaule. En outre, au vu du diagnostic de luxation et de l'opération du 19 novembre 2014, il n'y avait pas de développement actuel ou prévisible d'une arthrose gléno-humérale pour les seules séquelles de l'accident. Il n'y avait donc pas à envisager d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, selon les tables de la SUVA. Par ailleurs, à lecture de l'imagerie, le Dr I_____ constatait la présence d'une tendinopathie du sus-épineux droite, dont la causalité avec l'accident du 26 avril 2013 n'était que possible.

Dans son rapport subséquent du 3 mars 2020, le Dr I_____ a maintenu que l'IRM réalisée en octobre 2018 ne montrait pas de rupture tendineuse, mais seulement des signes de tendinite du supra-épineux avec atteinte de la face profonde, dont l'origine traumatique n'était que possible. Il a expliqué que dans l'hypothèse d'une lésion de la coiffe post-luxation, la rupture de la coiffe serait apparue de manière concomitante à la luxation. Or, l'IRM effectuée en juin 2013 – deux mois après l'accident – ne montrait aucune rupture de la coiffe. L'apparition tardive, en 2016, d'une lésion inflammatoire de la coiffe témoignait d'une atteinte d'origine maladive, sans lien de causalité avec l'accident. Plaidaient contre une origine traumatique non seulement le fait que la lésion était apparue tardivement, mais également le fait qu'elle était très partielle et qu'une rupture consécutive à une luxation se produisait généralement chez les patients de plus de 50 ans.

e. La chambre de céans rappelle que le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). En l'occurrence, l'appréciation émise par le Dr I_____ – dans la mesure où elle porte sur l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et sur le lien de causalité entre les troubles scapulaires et l'accident –, n'est pas contredite par d'autres pièces médicales versées au dossier. À cet égard, on relève en particulier que, suite à l'opération de novembre 2014, le Dr E_____ a retenu une stabilisation de l'épaule droite, tandis que le Dr D_____ a fait état d'amplitudes préservées de cette épaule (cf. rapports des 30 novembre 2015 et 12 octobre 2018). Force est ainsi de constater que la recourante ne s'appuie sur aucun avis médical susceptible de remettre en cause l'appréciation du Dr I_____, dont il résulte qu'à la date de la décision sur opposition litigieuse, ses amplitudes articulaires étaient préservées et que l'on ne pouvait pas tabler sur une aggravation prévisible en lien avec l'accident de 2013, de sorte qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'entrait pas en considération. Au demeurant, aucun médecin n'a conclu à l'octroi d'une telle indemnité.

Pour le reste, les rapports que la recourante a produits dans le cadre de la procédure devant la CJCAS ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation du Dr I_____. Le Dr D_____, en particulier, ne s'est pas prononcé sur l'octroi d'une

indemnité pour atteinte à l'intégrité. En outre, contrairement à ce que semble considérer la recourante, le fait que ce médecin ait écrit que « […] la patiente cote ses douleurs à 8/10 avec une fonction d'épaule qu'elle évalue à 30 % d'une épaule normale […] » (cf. rapport du 18 mars 2020) n'est pas déterminant dans le cadre de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, laquelle commande de faire abstraction des facteurs subjectifs et des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré (cf. supra consid. 14 a). Par ailleurs, dans la mesure où la recourante entend tirer argument de l'intervention chirurgicale qu'elle a subie en septembre 2020, on rappellera que selon le Dr I_____, elle n'a pas été justifiée par une atteinte (arthrose acromio-claviculaire) en relation causale avec l'accident de 2013. Cette appréciation n'est pas non plus remise en question par d'autres pièces médicales.

f. Enfin, contrairement à ce que soutient la recourante, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise. En effet, dans la procédure d'octroi de prestations d'assurances sociales, il n'existe un droit formel à une expertise médicale qu'en cas de doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4), ce qui n'est pas le cas ici, vu l'absence d'avis médicaux divergents de celui du Dr I_____.

15. Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'elle met fin à la prise en charge du traitement médical et refuse d'accorder à la recourante une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Mal fondé, le recours est rejeté.

16. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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
Marie NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

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