RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1261/2006 **ATAS/1084/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 29 novembre 2006

En la cause

Monsieur C_____, représenté par Syndicat UNIA VAUD Section Vallée de Joux	recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sisse Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE	intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Doris WANGELER et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur C_____, né en 1963, travaillait en qualité d'aide-menuisier au sein de la COOPERATIVE DE L'INDUSTRIE DU BOIS, à Chêne-Bourg. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA).

2. Le 17 janvier 2003, l'assuré a été victime d'une chute après avoir glissé sur une plaque de verglas. Il a consulté à l'Hôpital de la Tour le même jour où une contusion du genou droit a été diagnostiquée et un arrêt de travail à 100 % prescrit jusqu'au 22 janvier 2003. L'assuré a annoncé le cas à la SUVA.

3. Le 18 août 2003, l'assuré a fait parvenir à la SUVA une déclaration d'accident, survenu le 8 août 2003. En sortant de sa voiture, après l'avoir garée, il se dirigeait vers son domicile quand son genou droit a lâché, entraînant une chute. Il a été en arrêt de travail dès le 11 août 2003.

4. L'assuré a été hospitalisé à la Clinique Générale-Beaulieu du 18 septembre au 19 septembre 2003. Le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a pratiqué une arthroscopie du genou droit et a conclu à une chondropathie fémoro-patellaire droite post-traumatique. Il a instauré un traitement par injections intra-articulaires de Sinovial. Dans son rapport à la SUVA du 19 septembre 2003, le Dr A_____ a relevé dans les antécédents de l'assuré une opération du genou droit en 1998 (arthroscopie et résection d'une lésion méniscale interne).

5. Le Dr B_____, FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a convoqué l'assuré pour un bilan médical. Dans son rapport du 12 décembre 2003, il relève qu'en 1998, une méniscectomie partielle interne a été effectuée par arthroscopie, alors que le patient était assuré à la SWICA. Une IRM du genou droit a été effectuée le 13 mars 2000, à un an de l'arthroscopie, en raison de douleurs et d'épanchements récidivants, sans lésion méniscale résiduelle. A l'examen, le médecin a constaté un discret épanchement au genou droit avec un petit choc rotulien, l'absence de rabot rotulien, des douleurs sur les interlignes et un déficit de flexion de 10 ° par rapport au côté gauche avec extension complète. Le patient avait de la peine à s'accroupir et à la charge monopodale. L'état n'était pas stabilisé. Toutefois, compte tenu de la notion d'épanchements récidivants de ce genou ayant motivé une IMR en l'an 2000, l'absence de signe évident pour un syndrome fémoro-patellaire, la SUVA devra réexaminer sa responsabilité. Une reprise de travail à 50 % était prévue le 19 janvier 2004.

6. Dans un rapport médical intermédiaire du 24 mars 2004, le Dr A_____ indique que le patient l'a à nouveau consulté le 13 février 2004. Il avait cessé le travail en raison des douleurs. Le médecin mentionne qu'une remise au point a été nécessaire avec le patient et qu'en ce qui le concerne, le traitement était terminé le

13 février 2004, le patient pouvant reprendre le travail à 100 % dès le 16 février 2004.

7. L'assuré a consulté le Dr D_____, de la permanence de Chantepoulet, pour des douleurs à la marche et à la station debout. Un arrêt de travail à 50 % a été prescrit du 19 mars 2004 au 12 avril 2004. Le traitement était terminé le 2 avril 2004.

8. Le 11 juin 2004, l'employeur de l'assuré a fait parvenir à la SUVA une déclaration d'accident. Alors que l'assuré se trouvait en vacances en Colombie, le 7 juin 2004, il a chuté d'une échelle et s'est fracturé le pied droit. Il a été hospitalisé dans la division de traumatologie de la Clinique Santo Rosa de Buenaventura où les médecins ont procédé à la réduction de la fracture.

9. Le Dr A_____ a établi un rapport à l'attention de la SUVA le 8 octobre 2004. Il a posé comme diagnostic une luxation sous-astragalienne droite (probable) réduite. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 7 juin 2004.

10. Le Dr E_____, chef de clinique à l'Hôpital Beau-Séjour, a adressé un rapport à la SUVA le 2 mars 2005. Il mentionne sous diagnostics des douleurs chroniques du genou droit survenues en 1989, suite à une entorse sévère du genou, arthroscopie en 200 et 2003 avec résection de la corne postérieure du ménisque interne dans un contexte de chute et d'entorse. Une IRM pratiquée le 11 novembre 2004 a montré une zone de sclérose surtout sur la face condylienne, pouvant être la trace d'une contusion osseuse, et une déchirure grade III de la corne postérieure du ménisque interne. Il n'y avait pas de lésion méniscale externe, ni de rupture des ligaments collatéraux. Les chirurgiens, vu le contexte chirurgical de ce genou, n'imposent pas de nouvelle indication, mais plutôt un reconditionnement du membre inférieur avec diminution de l'inflammation par l'administration d'anti-inflammatoires. L'incapacité de travail était toujours totale.

11. Le 8 avril 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, visant à l'octroi de mesures de réadaptation.

12. L'assuré a été examiné par le Dr F_____, FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, en date du 18 juillet 2005. Il se plaignait de douleurs persistantes au niveau de son genou droit et de sa cheville droite. A l'examen clinique, les genoux sont secs et stables, il n'y a aucune amyotrophie au niveau des membre inférieurs, les chevilles ne sont ni dystrophiques, ni instables, mais douloureuses à la mobilisation avec un discret déficit en flexion/extension au niveau de la cheville droite. Face à cette situation, le Dr F_____ a proposé un séjour d'évaluation à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR).

13. L'assuré a séjourné du 30 août au 21 septembre 2005 à la CRR de Sion. Les médecins ont pratiqué divers examens, dont une IRM de la cheville droite, qui s'est

révélée dans les limites de la norme, et un arthro-CT du genou droit. L'assuré a fait l'objet d'une consultation d'orthopédie, d'un consilium de psychiatrie et a été observé dans les ateliers professionnels du 2 septembre au 20 septembre 2005. Dans leur rapport adressé le 11 octobre 2005 à la SUVA, les médecins de la CRR ont rappelé les diagnostics secondaires de contusion du genou droit, fracture-luxation de la cheville droite en juillet 2004 et le syndrome fémoro-patellaire modéré du genou droit. Au titre des co-morbidités, ils ont relevé un trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression et une résection partielle du ménisque interne du genou droit en 1998. Dans leur appréciation du cas, les médecins ont relevé que les examens pratiquée ont confirmé l'impression de l'absence de lésion majeure au niveau du genou droit et de la cheville droite. Le bilan biomédical ne retient pas d'obstacle objectivable à une reprise du travail. Sur le plan psychiatrique, le Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, n'a pas relevé d'éléments psychotiques florides, ni de grosse pathologie psychiatrique, mais une humeur abaissée et de l'anxiété. Il a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec anxiété et dépression. Si le soutien psychothérapeutique administré à la Clinique a été utile, il ne paraît pas indispensable pour la suite, pas plus qu'une médication psychotrope. Le certificat d'incapacité de travail se termine avec la sortie de la Clinique, et, par la suite, elle doit être réévaluée par le médecin de la SUVA.

14. Dans une appréciation médicale du 27 octobre 2005, le médecin d'arrondissement de la SUVA a proposé de suivre les conclusions des médecins de la CRR et de clôturer le dossier avec une capacité de travail totale comme ébéniste.

15. Para décision du 31 octobre 2005, la SUVA a informé l'assuré que les troubles dont il se plaint encore ne peuvent plus s'expliquer organiquement comme étant des séquelles des accidents des 17 janvier 2003 et 7 juin 2004 et que sa capacité de travail comme ébéniste est totale. Elle a en conséquence mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 13 novembre 2005.

16. Représenté par le syndicat UNIA, l'assuré a formé opposition en date du 10 novembre 2005, contestant pouvoir exercer son activité d'ébéniste. Il soutient qu'il est toujours suivi par divers médecins qui lui reconnaissent une incapacité de travail totale en raison des séquelles de ses accidents.

17. MUTUEL ASSURANCES, qui avait formé opposition provisoire, a informé la SUVA par courrier du 252 novembre 2005 qu'elle retirait son opposition et qu'elle prendrait en charge les frais médicaux relatifs à cette affection dès le 14 novembre 2005.

18. Par décision du 27 décembre 2005, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a considéré que les troubles psychiques n'étaient pas en relation de causalité adéquate

avec les accidents et que le plan clinique, il est désormais apte à reprendre son travail.

19. Le 14 décembre 2005, l'OCAI a adressé à la SUVA copie de son prononcé octroyant à l'assuré une rente entière d'invalidité du 6 juillet 2005 au 31 décembre 2005.

20. Par l'intermédiaire du syndicat UNIA, l'assuré a interjeté recours le 3 avril 2006. Selon lui, les troubles psychiques qui pourraient être considérés comme des séquelles adéquates apparues après un accident grave n'ont pas été pris en compte par la SUVA. Il allègue être suivi depuis le 27 mars 2006 auprès de l'atelier professionnel de l'Hôpital de Beau-Séjour à 50 % et qu'en raison d'une gonalgie droite invalidante, il n'est pas en mesure de reprendre son travail.

21. Dans sa réponse du 13 juin 2006, la SUVA expose avoir soumis le dossier à l'appréciation du Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 18 mai 2006, ce dernier explique que certes, le Dr I_____, chef de clinique du département d'imagerie diagnostique et interventionnelle du Centre Hospitalier du Centre du Valais a conclu dans son rapport du 9 septembre 2005 à propos du genou droit que l'arthroscanner ne permet pas une bonne analyse du ligament croisé postérieur. Toutefois, l'examen clinique (qui dans les instabilités chroniques du genou a une fiabilité de 90 % environ) du 12 septembre 2005 pratiqué par le Dr J_____ de la CRR est tout à fait réconfortant, et l'IRM du genou n'a pu identifier d'atteinte au niveau des ligaments croisés antérieur et postérieur. Le certificat du Dr E_____ du 23 mars 2006 ne permet pas de remettre en cause ces appréciations médicales. S'agissant enfin des troubles psychiques, il n'y a pas de relation adéquate avec l'un des accidents assurés. La SUVA conclut au rejet du recours.

22. L'écriture de la SUVA a été communiquée au recourant qui a été invité à déposer sa réplique d'ici au 12 juillet 2006.

23. En l'absence d'observations dans le délai imparti, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février,

une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

4. En dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA). Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable.

5. L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimée était fondée à mettre fin au versement de l'indemnité journalière et à la couverture des frais de traitement au 13 novembre 2005.

6. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées 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 ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

7. Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur sa prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien.

Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (art. 19 al. 1 LAA a contrario; ATF 116 V 44 consid. 2c; ATFA non publié du 23 mars 2000, U 378/99 consid. 3a et les références).

8. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il 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 (al. 2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée lorsque l'assuré a droit à une indemnité correspondante de l'assurance-invalidité (al. 3).

   Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré.

9. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose donc d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 et les références; ATFA D. du 28 juin 1995).

   b) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). 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 291 consid. 3a, 117 V V 365 consid. 5d/bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundedsverwaltungsrecht, n. 39).

c) Selon la jurisprudence relative à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 123 V 102 consid. 3b et les références), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs (ATF 115 V 139 consid. 6, 408 consid. 5). Dans ce dernier cas, le juge des assurances ne peut admettre la causalité adéquate que si l'un des critères retenus s'est manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident, ou si ces critères déterminants se trouvent soit cumulés, soit réunis d'une façon frappante. Lorsqu'à la suite de deux ou plusieurs accidents apparaissent des troubles psychiques, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit, en principe, être examinée en regard de chaque accident considéré séparément (ATF 115 V 138 consid. 6, 407 consid. 5). Cette règle s'applique en particulier lorsque les accidents ont porté sur différentes parties du corps et occasionné des atteintes diverses (RAMA 1996 n° U 248 p. 177 consid. 4b; ATFA non publié du 20 décembre 2005, U 359/04).

10. En l'espèce, le recourant, suite à ses accidents des 17 janvier 2003 et 7 juin 2004, s'estime encore incapable, à l'heure actuelle, de reprendre son activité d'ébéniste.

S'agissant du genou droit, les médecins ont diagnostiqué une chondropathie fémoro-patellaire post-traumatique. L'IRM pratiquée le 11 novembre 2004 a montré une déchirure grade III de la corne postérieure du ménisque interne, mais n'a pas mis en évidence de lésion méniscale externe, ni de rupture des ligaments collatéraux. Les radiographies des genoux du 18 juillet 2005 ont permis d'observer un minime pincement fémoro-tibial interne des deux côtés, avec des interlignes articulaires fémoro-tibiaux externes et fémoro-patellaires conservés. Il n'y avait pas d'anomalie de structure ni de lésion traumatique des pièces osseuses. Quant à la cheville droite, la radiographie a montré que les interlignes articulaires étaient bien conservés, sans pincement ni remodelage sous chondral des deux côtés. L'extrémité antéro-supérieure du calcaneum droit avait un aspect discrètement irrégulier, éventuellement compatible avec un petit arrachement osseux. Il n'y avait cependant pas d'anomalie de la structure, ni de lésion traumatique objectivables sur le reste du squelette examiné.

Suie à l'examen clinique pratiqué le 18 juillet 2005 par le médecin conseil de l'intimée qui s'est révélé relativement pauvre, un séjour à la CRR a été proposé.

Les médecins de la CRR ont pratiqué divers examens. Le Dr K_____ a effectué le 8 septembre 2005 un arthro-CT du genou droit, qui n'a pas montré de signe d'amincissement, d'irrégularité ou de fissure dans le cartilage rotulien ou de la trochlée. Il y avait une bonne délimitation et visualisation normale du LCA. Le médecin a précisé que cet examen ne permet pas une bonne analyse du ligament croisé postérieur. A cet égard, le Dr H_____ a indiqué que certes, la performance de l'arthroscanner est moindre dans l'étude des ligaments croisés ou latéraux, et qu'à l'heure actuelle l'IRM est l'examen de référence du fait de son excellente sensibilité et fiabilité. Il n'est néanmoins pas utile de poursuivre les investigations, car l'examen clinique du 12 septembre 2005 s'est révélé tout à fait rassurant. Or, dans les instabilités chroniques du genou, l'examen clinique a une fiabilité de 90 % environ. S'agissant de la cheville droite, elle est décrite, à l'IRM, comme normale. Le bilan biomédical n'ayant pas révélé de lésion majeure au niveau de ces deux articulations, les médecins ont conclu qu'il n'y avait pas d'obstacle à la reprise du travail. La situation était considérée comme stabilisée sur le plan médical et le certificat d'arrêt de travail a pris fin avec la sortie de la CRR.

Le Tribunal de céans constate que les médecins de la CRR ont procédé à des investigations poussées, notamment radiologiques. Sur la base de leurs observations cliniques, de l'entier du dossier médical, après avoir pris en compte les plaintes de l'assuré, ils ont conclu que le recourant était apte à reprendre son activité. Leurs conclusions sont claires et bien motivées, de sorte que l'on doit leur reconnaître pleine valeur probante, étant rappelé qu'elles rejoignent les constatations faites par le médecin conseil de la SUVA.

Concernant les troubles psychiques, à savoir le trouble de l'adaptation avec anxiété et dépression, le Tribunal de céans relève que s'agissant d'accidents de gravité moyenne - à la limite de l'accident banal pour le premier - , ils ne sauraient entraîner la responsabilité de l'intimée, le lien de causalité adéquate ne pouvant en aucune cas être retenu.

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

***

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A 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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier	La Présidente :
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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