

RÉPUBLIQUE ET

CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1745/2003

ATAS/507/2006

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 24 mai 2006**

En la cause

Madame D \_\_\_\_\_, domiciliée Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître ZEN-RUFFINEN  
Stéphane

recourante

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCES EN CAS  
D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, postfach 4358, 6002  
LUCERNE

intimée

**Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente  
Mmes Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges**

---



### EN FAIT

1. Madame D \_\_\_\_\_, née en 1960, était employée depuis 1994 en qualité d'ouvrière de montage auprès de l'entreprise X \_\_\_\_\_ S.A. à Versoix.

A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accident (ci-après: la SUVA).

2. En date du 1<sup>er</sup> décembre 2000, elle a été victime d'un accident de la circulation, soit une collision frontale avec un motard alors qu'elle roulait à moins de 50 kilomètres à l'heure selon sa déclaration à la police.

Souffrant de douleurs cervicales, elle a été conduite en ambulance à la Division des urgences médico-chirurgicales (DUMC) des ("établissement hospitalie").

3. Une entorse cervicale ainsi qu'une fracture-tassement en D4 ont été diagnostiquées et l'incapacité de travail a été fixée à 100% dès la date de l'accident (rapport médical LAA du 22 janvier 2001). Un traitement de type conservateur a été entrepris.

4. L'incapacité de travail a diminué à 75% dès le 19 mars 2001, à 60% dès le 17 avril 2001, puis à 50% dès le 30 avril 2001. Le 2 juillet 2001, l'assurée a repris son travail à plein temps jusqu'au 10 octobre 2001, date d'une nouvelle incapacité de travail à 50% qui a été prolongée par la suite, hormis durant une période de capacité totale du 14 au 28 janvier 2002 (rapports intermédiaires établis aux "établissement hospitalie").

5. Une IRM pratiquée le 12 juin 2001 a mis en évidence un enfoncement des plateaux entourant le disque D3-D4 ainsi que des discopathies protrusives cervicales inférieures dont l'origine post-traumatique était très probable.

6. Lors d'un examen pratiqué le 8 mars 2002, le médecin d'arrondissement de la SUVA a constaté que la fracture du dos et l'entorse de la colonne cervicale avaient été traitées conservativement, notamment à l'aide d'une minerve portée durant trois mois, mais que, à plus de quinze mois de l'accident, l'état n'était pas encore totalement stabilisé.

L'assurée a décrit son activité habituelle comme une activité essentiellement manuelle (fabrication de circuits électriques) et exposé souffrir d'un engourdissement de la main gauche lorsqu'elle faisait plusieurs heures de suite le même travail. Elle a expliqué qu'elle pouvait gérer ses douleurs lorsqu'elle travaillait à 50% mais non à 100% en raison de la recrudescence des douleurs cervico-dorsales (douleur élective au milieu du dos et de la nuque avec parfois des maux de tête avec vertiges).

---

L'assurée a également été entendue à l'agence de Genève en date du 25 juin 2002. Elle a déclaré qu'elle n'avait jamais eu d'accident avant celui du 1<sup>er</sup> décembre 2000 et qu'à l'heure actuelle son état était stationnaire.

7. Il ressort du rapport établi le 4 juillet 2002 par le Dr A \_\_\_\_\_, neurologue, que la patiente souffrait de paresthésies aux quatre membres avec une diminution subjective de la sensation thermique dans les pieds et dans les jambes depuis son accident. Dans son rapport, le Dr A \_\_\_\_\_ a toutefois souligné que cet examen neurologique était parfaitement normal et qu'il n'y avait aucun élément objectif permettant de corroborer les troubles dont se plaignait la patiente. Il a suggéré de procéder à une imagerie cervicale afin de déceler une éventuelle contusion médullaire.
8. Dans un rapport du 24 juillet 2002, le Dr B \_\_\_\_\_, chirurgien ("établissement hospitalier"), a constaté que le bilan radiologique effectué ne montrait pas de lésion traumatique ni de séquelle de lésion traumatique et qu'au vu de l'imagerie réalisée ainsi que de l'examen clinique, la patiente présentait très vraisemblablement une atteinte de type fibromyalgique.
9. Le 22 août 2002, le Dr C \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA Genève, a relevé que la patiente avait consulté les Drs A \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_ essentiellement pour le développement de fourmillements au niveau des jambes et que par ailleurs la situation était toujours la même, l'assurée se plaignant également d'un manque d'élan, ainsi que de douleurs au niveau dorsal. Le Dr C \_\_\_\_\_ a souligné que dans l'évolution du cas, l'on constatait qu'il n'y avait pas de troubles neurologiques objectifs ni de lésions traumatiques ou de séquelles de lésions traumatiques, d'où l'évocation du diagnostic d'atteinte de type fibromyalgique. L'état de la patiente était en voie de stabilisation sans aucun élément objectif pouvant expliquer les troubles allégués et la poursuite d'une incapacité de travail à 50%. Il a suggéré d'obtenir un rapport détaillé sur les consultations effectuées chez les Drs B \_\_\_\_\_ et A \_\_\_\_\_.
10. Dans sa correspondance du 12 septembre 2002, le Dr B \_\_\_\_\_ a reformulé, le diagnostic de "cervicalgies post-traumatiques résiduelles, d'hernie intra-spongieuse D4 et de suspicion de fibromyalgie".

Le Dr A \_\_\_\_\_, le 25 octobre 2002, a posé celui d'entorses cervicale et dorsale avec enfoncement D3 et D4.

Dans son rapport intermédiaire du 29 novembre 2002, le Dr D \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a également fait état d'une fibromyalgie.

Le 2 octobre 2002, le Dr A \_\_\_\_\_ a précisé que la patiente souffrait d'une symptomatologie qui semblait aggravée par l'activité manuelle répétitive telle qu'exercée alors et qu'une réorientation professionnelle était souhaitable.

11. En date du 18 décembre 2002, la SUVA a adressé une requête d'avis médical au service de la médecine des assurances de la SUVA à Lucerne, y joignant le dossier médical complet de l'assurée.

12. Dans son appréciation médicale du 18 décembre 2002, le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a exposé qu'après avoir examiné avec attention les documents et radiographies remis, il se prononçait comme suit :

"Une fracture D4 lors de l'accident du 1<sup>er</sup> décembre 2000 n'est *pas* probable. C'est à une ostéochondrose préexistante (résidus de Scheuermann locaux) que correspondent le plus les nodules de Schmorl D3/4 mentionnés. Les résultats radiologiques (pas de rétrécissement du canal spinal) n'expliquent en aucun cas les troubles diffus. En outre la patiente n'a jamais présenté de troubles neurologiques (confirmation par un spécialiste). Au niveau du rachis cervical, après une entorse simple, aucune lésion post-traumatique ne peut être mise en évidence. Du point de vue clinique, il n'y a pas de restriction de la mobilité du rachis (examen du 21.08.2002 par le médecin d'arrondissement). Par conséquent, *aucune* incapacité de travail ne se justifie sur le plan corporel.

La fibromyalgie supposée est un trouble psycho-somatique sans substrat. Il s'agit cependant d'une question juridique de causalité adéquate. D'autres traitements corporels ne sont ni nécessaires ni utiles. Une atteinte à l'intégrité durable et très importante n'est pas objectivable".

13. Par décision du 14 février 2003, la SUVA a mis fin au versement des prestations d'assurances au 31 mars 2003, au motif que les troubles présentés par l'assurée n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 1<sup>er</sup> décembre 2000.

14. Par lettre du 18 mars 2003, l'assurée a fait opposition à cette décision, estimant que la causalité naturelle et adéquate entre ses troubles et l'accident du 1<sup>er</sup> mars 2000 était établie au vu des certificats médicaux figurant dans le dossier de la SUVA, corroborés par ceux joints à son opposition. Elle a produit trois courriers du Dr A \_\_\_\_\_ des 5, 6 et 10 mars 2003 dans lesquels celui-ci fait état d'une séquelle de la maladie de Scheuermann et mentionne que s'il existait une relation de causalité certaine entre l'accident et le début des troubles, deux ans plus tard, il lui semblait difficile d'admettre ce lien.

15. Par courrier du 20 février 2003, le GROUPE MUTUEL ASSURANCES (assurance-maladie de l'assurée) a informé la SUVA qu'il prendrait en charge les frais médicaux relatifs à l'affection dont il s'agissait à partir du 1<sup>er</sup> avril 2003 selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

16. Par décision sur opposition du 16 mai 2003, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision entreprise.

17. Le 15 septembre 2003, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition notifiée le 19 mai 2003, faisant à nouveau valoir qu'il existait non seulement une causalité naturelle mais encore une causalité adéquate entre les troubles dont elle souffrait et l'accident du 1<sup>er</sup> décembre 2000.
18. Dans sa réponse du 13 octobre 2003, la SUVA a soulevé l'irrecevabilité du recours interjeté le 15 septembre 2003 pour cause de tardiveté.
19. Par jugement du 7 avril 2004, la 4<sup>ème</sup> chambre du Tribunal cantonal des assurances sociales a déclaré le recours recevable. Dans son arrêt du 20 octobre 2005, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a confirmé ledit jugement.
21. Le 20 décembre 2005, la SUVA a persisté dans ses conclusions, considérant que le lien de causalité naturelle entre l'entorse cervicale dont avait été victime la recourante et l'incapacité de travail ultérieure ne pouvait être établi en l'espèce, dans la mesure où seuls quelques troubles appartenant au tableau clinique typique avaient été relevés. Par ailleurs, elle a soulevé l'absence de causalité adéquate.
22. Dans ses écritures du 9 mars 2006, la recourante a persisté dans l'intégralité des termes et conclusions de son opposition à l'encontre de la décision de la SUVA du 14 février 2002.
23. Sur ce, la cause a été gardée à juger.
24. Les autres faits pertinents du dossier seront repris en tant que de besoin dans la partie en droit du présent arrêt.

### **EN DROIT**

1. La compétence du Tribunal de céans et la recevabilité du recours ont été admises par arrêt du 7 avril 2004, confirmé par le TFA en date du 20 octobre 2005.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance accident. Aux termes de l'art. 118 al. 1<sup>er</sup> LAA, les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont régies par l'ancien droit. L'accident ayant eu lieu le 1<sup>er</sup> décembre 2000, le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. En revanche, les règles de procédure sont immédiatement applicables (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 427 consid. 1).
3. Le litige porte sur le point de savoir quels troubles sont en relation de causalité naturelle et, cas échéant, adéquate avec l'accident du 1<sup>er</sup> décembre 2000 ainsi que sur les obligations qui en découlent pour l'intimée au-delà du 31 mars 2003.

4. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident et, s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite de l'accident, à une indemnité journalière (art. 10 et art. 16 LAA). Par ailleurs, selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10 % au moins par suite d'un accident et, selon l'art. 24 al. 1 LAA, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale. Le droit aux prestations suppose d'abord un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé.

b) La causalité est naturelle 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 découlant de l'accident assuré doit être nié (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

En présence de troubles psychiques réactionnels, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : les circonstances concomitantes

particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa). Le caractère adéquat du lien de causalité suppose par principe que l'évènement accidentel ait eu une importance déterminante dans le déclenchement des troubles psychiques (ATF 120 V 355; 117 V 366; 115 V 403).

5. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence).
6. Pour pouvoir apprécier la situation, l'administration (ou le juge s'il y a recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

En ce qui concerne par ailleurs la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et qu'enfin

les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. L'expertise doit donc être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoques aux questions posées. Cela dit, elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit.

De jurisprudence constante, lorsque aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des appréciations émises par les médecins de la CNA, les rapports de ces derniers ont valeur de preuve et cela, dans la mesure où la caisse n'était pas partie à la procédure au moment où ils ont été établis (ATF 104 V 209; ATA S. du 29 mars 1994; G. du 9 novembre 1994).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le Tribunal en affirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, l'on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32ss et les références).

En dernier lieu, il sied de rappeler que, selon la jurisprudence constante, il y a lieu d'attacher plus d'importance aux constatations faites par les spécialistes qu'à l'appréciation faite par le médecin traitant (RCC 1988 p. 504).

7. In casu, les médecins consultés par l'assurée ont communément admis que les troubles présentés par l'assurée n'étaient pas objectivables.

Ainsi, le Dr A \_\_\_\_\_ a décrit l'examen neurologique comme parfaitement normal en précisant qu'il n'y avait aucun élément objectif permettant de corroborer les plaintes de l'assurée (rapport du 4 juillet 2002) et en soulignant que s'il y avait eu

une relation de causalité entre l'accident du 1<sup>er</sup> décembre 2000 et le début des troubles, deux ans plus tard, ce lien semblait difficile à admettre (fax en mars 2003).

Le Dr B \_\_\_\_\_, en juillet et septembre 2002, a exposé que le bilan radiologique n'avait démontré aucune lésion ou séquelle de lésion traumatique et que selon l'examen clinique, la patiente présentait des troubles de type fibromyalgique.

Ceci a été confirmé le 22 août 2002 par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr C \_\_\_\_\_, et par le médecin traitant de l'assurée, le Dr E \_\_\_\_\_, qui a également fait état de fibromyalgie.

Sur le plan psychique, le Dr B \_\_\_\_\_ a précisé que la recourante présentait des troubles de type fibromyalgique préexistants, ce qui a ultérieurement été confirmé par les Drs C \_\_\_\_\_, D \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_. Dans de telles conditions, l'état dépressif demeurait présent et s'en trouvait prolongé. Le Dr A \_\_\_\_\_ a quant à lui nié l'existence d'une atteinte de type fibromyalgique.

8. Finalement, dans un avis circonstancié, le Dr E \_\_\_\_\_ a relevé qu'une fracture D4 lors de l'accident du 1<sup>er</sup> décembre 2000 n'était pas probable. C'est en effet à une ostéochondrose préexistante (résidus de Scheuermann locaux) que correspondent le plus les nodules de Schmorl D3/D4 observés. Les résultats radiologiques n'ont pas mis en évidence de rétrécissement du canal spinal et n'expliquent en aucun cas les troubles diffus. De plus, la patiente n'a jamais présenté de troubles neurologiques. Cette appréciation du 18 décembre 2002 remplit les réquisits jurisprudentiels mentionnés ci-dessus quant à la valeur probante d'un tel document dès lors qu'elle est fondée sur les deux rapports du médecin d'arrondissement, dans lesquels étaient consignées les plaintes de l'assurée, ainsi que sur l'ensemble du dossier clinique et radiologique.

Au vu de ce qui précède, un lien de causalité naturelle entre les troubles subis par la recourante et l'accident du 1<sup>er</sup> décembre 2000 ne saurait être admis, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, au-delà du 31 mars 2003. En conséquence, la décision de l'intimée de mettre un terme à ses prestations ne prête pas flanc à la critique.

9. Pour le surplus, le dossier médical étant complet, la conclusion de la recourante visant à une expertise supplémentaire est mal fondée.

Il s'ensuit que le recours, mal fondé, est 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. 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 :

Walid BEN AMER

La secrétaire-juriste :

Alexandra PAOLIELLO

La Présidente :

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