

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2383/2024

ATAS/370/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 mai 2025

Chambre 15

En la cause

A_____

recourant

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Marine WYSSENBACH, présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-
DESHUSSES, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (l'assuré), né le _____ 1983, était employé à plein temps par la société B_____ depuis le 10 octobre 2023 et assuré contre les accidents par la SUVA.
- b.** Le 23 octobre 2023 à 7 heures, alors que l'assuré transportait du matériel, son genou droit a heurté une machine. Après le heurt, l'assuré a ressenti des douleurs au genou.
- c.** Consulté par l'assuré le jour-même, le docteur C_____ a établi un certificat d'arrêt de travail jusqu'au 29 octobre 2023, pour des gonalgies à droite à la palpation et au mouvement.
- d.** L'examen radiographique réalisé à la demande du Dr C_____ le 23 octobre 2023 n'a pas mis en évidence de lésion osseuse à caractère post-traumatique récente, mais une lésion s'étendant sur environ 15 mm du condyle interne de topographie sous-chondrale, en 1^{ère} hypothèse de type ostéochondrite : discret épanchement du récessus sous-quadricipital (rapport du docteur D_____).
- e.** L'examen par IRM du 13 novembre 2023 a révélé une fissure de la corne postérieure étendue au segment moyen du ménisque interne avec lésions ostéochondrales condyliennes internes associées pouvant être post-traumatique. Œdème du plateau tibial interne. Rupture probablement incomplète du ligament croisé antérieur. Un avis orthopédique était indiqué (rapport du docteur E_____).
- f.** Consulté par la suite par l'assuré, le docteur F_____, médecin généraliste, a prolongé l'arrêt de travail en expliquant que son patient souffrait d'une affection complexe du genou droit associant une rupture du ménisque interne et une forte suspicion clinico-radiologique d'une rupture du ligament croisé antérieur. L'avis d'un spécialiste était requis.
- g.** Le docteur G_____, chirurgien orthopédiste, a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 22 mai 2024, date d'une intervention de ligamentoplastie.
- h.** La SUVA a versé des indemnités journalières dès le 23 octobre 2023.
- i.** Le 3 avril 2024, la docteure H_____, docteure spécialiste en médecine interne générale et médecin d'assurance, est arrivée à la conclusion que les atteintes mises en évidence sur l'IRM étaient préexistantes au choc sur le genou car les lésions chondrales se développaient sur plusieurs semaines et mois et non en trois semaines. En outre, un choc ne pouvait pas occasionner une rupture du ligament croisé antérieur. L'accident n'avait pas pu causer de lésion structurelle dans le sens propre du terme. L'œdème du plateau tibial guérissait en général au plus tard après 3 à 4 mois.
- j.** Le 9 avril 2024, la SUVA a rendu une décision par laquelle elle supprimait ses prestations au 9 avril 2024 et ne prendrait pas en charge l'intervention prévue le

22 mai 2024, les troubles persistants au genou droit n'étant plus en lien de causalité avec l'accident.

k. L'assuré s'est opposé à cette décision. Il a fourni un avis de son généraliste, le Dr F_____, lequel estimait qu'il y avait un lien direct entre l'accident et la pathologie du genou droit puisque le patient n'avait aucun antécédent traumatique ou opératoire.

l. La SUVA a rendu une décision, le 21 mai 2024, à teneur de laquelle elle a rejeté l'opposition. Selon une jurisprudence constante, un raisonnement fondé sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* » ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales, de sorte que l'avis du Dr F_____ était insuffisant pour retenir de lien de causalité entre l'accident et l'état de l'assuré au-delà du 9 avril 2024. Si selon le radiologue, la fissure de la corne postérieure du ménisque avec lésions ostéochondrales condyliennes « pouvait » être post-traumatique, une simple possibilité ne suffisait pas pour gager la responsabilité de l'assurance-accidents.

B. a. L'assuré a recouru contre cette décision par acte adressé, le 17 juin 2024, aux autorités lucernoises, lesquelles ont fait suivre son recours à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) en raison de sa compétence. Il a fait parvenir le compte-rendu opératoire du Dr G_____ du 22 mai 2024 selon lequel les ménisques et le cartilage étaient intacts. Le ligament croisé antérieur était complètement rompu, cicatrisé partiellement dans l'échancrure. Le médecin avait pratiqué la ligamentoplastie qu'il qualifiait en fin de rapport de satisfaisante.

b. La SUVA a conclu au rejet du recours le 24 juillet 2024 en observant qu'à l'appui de son recours l'assuré avait produit le compte-rendu opératoire du 22 mai 2024 dans lequel le Dr G_____ n'avait cependant pas discuté de la causalité des troubles en cause. En ce qui concernait le rapport du Dr F_____ du 16 avril 2024, s'il fallait constater que celui-ci retenait un lien direct entre l'accident et la « pathologie » du recourant, il fallait dans le même temps constater que ce médecin n'avait fourni pour seule motivation qu'un raisonnement fondé sur l'adage *post hoc ergo propter hoc*, lequel n'était pas de nature à établir une relation de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante. En tout état de cause, le Dr F_____ parlait à juste titre de pathologie, soit une maladie ou un trouble souvent de longue durée, ce qui était différent d'une atteinte traumatique accidentelle. En définitive, les rapports précités n'étaient pas susceptibles de mettre en doute l'appréciation probante et convaincante de la Dre H_____, laquelle devait être confirmée.

c. Par courrier des 14 et 28 août 2024, l'assuré a répliqué que ces problèmes provenaient de son accident du mois d'octobre 2023 et non pas d'un problème antérieur. Il a joint un certificat du chirurgien orthopédique qui indiquait que

l'examen clinique était compatible avec une rupture complète du ligament croisé antérieur et le patient avait eu des épisodes d'instabilité du genou droit dans sa vie quotidienne. La présence d'un œdème osseux sur l'IRM était compatible avec un traumatisme récent et probablement la rupture du ligament était survenue durant le même traumatisme.

- d.** La SUVA a dupliqué en persistant dans ses conclusions le 20 septembre 2024.
- e.** Le 19 octobre 2024, l'assuré a fait parvenir un nouveau document médical du Dr F_____, lequel estimait qu'il y avait un lien direct entre l'accident et la rupture du ligament croisé antérieur.
- f.** À l'issue de l'instruction, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

- ### **2.**
- Le litige porte sur le bien-fondé de l'intimée de mettre un terme à ses prestations le 9 avril 2024 et singulièrement sur le lien de causalité entre les lésions chondrales ainsi que la rupture du ligament croisé antérieur et l'accident du 23 octobre 2023, l'intimée ayant en revanche admis le lien de causalité entre l'œdème du plateau tibial et l'accident en estimant toutefois que ce type d'atteinte guérissait en général au plus tard après 3 à 4 mois.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

3.2 Est réputé accident 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).

3.3 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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. 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 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). 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 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

3.4 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 (art. 36 al. 1 LAA). Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références).

3.5 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au *statu quo sine* en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir – au degré de la vraisemblance prépondérante – l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1. et 4.3.2 ; 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

3.6 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

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 sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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).

3.7 Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

3.8 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 (ATF 125 V 351

consid. 3a 52 ; 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).

3.9 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).

3.10 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

4.

4.1 En l'occurrence, l'intimée a, d'une part, admis le lien de causalité entre l'œdème tibial et l'accident, mais jugé que les atteintes résiduelles au-delà du 9 avril 2024 n'étaient plus en lien avec l'accident et a, d'autre part, nié tout lien de causalité entre la rupture du ligament croisé antérieur ainsi que des lésions chondrales avec le choc de l'accident.

4.2 Pour parvenir à ses conclusions, elle s'est uniquement fondée sur l'avis de son médecin d'assurance, spécialiste en médecine interne générale. Dans son avis, cette médecin a indiqué que les atteintes mises en évidence sur l'IRM étaient préexistantes au choc sur le genou, car les lésions chondrales se développaient sur plusieurs semaines et mois et non en trois semaines.

Cette première allégation apparaît contradictoire puisque la médecin admet que ces lésions peuvent apparaître en quelques semaines et qu'en l'occurrence, l'IRM a été réalisée selon elle trois semaines après l'accident. Elle ajoute qu'un choc ne peut pas occasionner une rupture du ligament croisé antérieur et que l'accident n'avait pas pu causer de lésion structurelle dans le sens propre du terme, sans donner davantage d'explication ni motiver cet avis alors que le chirurgien qui est intervenu le 22 mai 2024 a indiqué au contraire que l'examen clinique était compatible avec une rupture complète du ligament croisé antérieur.

Pour ces motifs, l'avis sur lequel s'est fondé l'intimée est insuffisant pour nier le lien de causalité entre l'accident et les lésions chondrales et la rupture du ligament croisé et ne convainc pas.

L'avis du médecin généraliste traitant ne suffit pas à admettre ledit lien. Celui du chirurgien du recourant met certes en doute l'avis de la médecin de l'assurance, mais ne permet pas d'admettre sans autre instruction un lien de causalité entre l'accident et les atteintes du genou droit et la durée de celles-ci.

Pour ces motifs, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer sur ce cas qui n'a pas fait l'objet d'une expertise ou d'une instruction suffisante.

- 5.** Le recours est dès lors admis et la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire.

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 21 mai 2024.
4. Renvoie le dossier à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Nathalie KOMAISKI

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