RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3380/2021 **ATAS/910/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 octobre 2022

1ère Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié chemin _____, B_____, FRANCE, représenté par APAS-Assoc. permanence défense des patients et assurés	recourant

contre

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

Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente ; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1974, a signé un contrat de mission le 23 octobre 2015 avec C_____ (ci-après : l'ancien employeur), à Genève, afin de travailler comme grutier dès le 2 novembre 2015 pour le compte de la société D_____, pour une durée maximale de trois mois. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

b. Le 11 novembre 2015, l'assuré a glissé d'une échelle et s'est blessé à l'épaule droite en tentant de se rattraper avec la main. Il a subi une luxation antéro-interne, qu'il a lui-même réduite.

c. Du 10 janvier au 8 février 2017, il a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) de Sion, où ont été diagnostiquées une probable capsulite au décours et une instabilité de l'épaule droite, et une hyperlaxité constitutionnelle mentionnée à titre de comorbidité.

d. Le 9 janvier 2018, l'assuré s'est soumis à une arthroscopie de l'épaule droite, avec une réinsertion du labrum (Bankart) et une ténodèse du long chef du biceps.

e. Du 4 septembre au 3 octobre 2018, il a de nouveau été admis à la CRR. Les médecins ont constaté que l'évolution était comparable à l'état avant l'intervention et ont confirmé les troubles précédemment évoqués.

f. Le 17 avril 2019, l'assuré a été examiné par le docteur E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Dans son appréciation du 23 avril 2019, ce médecin a notamment considéré que l'ancien métier de grutier ne pouvait plus être réalisé en sécurité, mais qu'une activité était possible à temps complet.

g. Par avis séparé rendu le même jour, le Dr E_____ a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux intermédiaire de 5%, compte tenu des signes de périarthrite scapulo-humérale modérée.

h. Une imagerie par résonnance magnétique, effectuée le 5 février 2019, a mis en évidence une fissuration non transfixiante de la face bursale du tendon du sus-épineux.

i. Au mois de juin 2019, l'assuré a subi deux nouveaux épisodes de luxation gléno-humérale, réduite lui-même.

j. Le 25 septembre 2019, l'assuré a subi une nouvelle intervention de l'épaule droite, consistant en une butée osseuse de Latarjet et une réinsertion labrale et rétention capsulaire. Le traitement post-opératoire a consisté en la prise d'antalgiques et le port d'un gilet de contention en position neutre pendant six semaines. Par la suite, l'intéressé a bénéficié d'un traitement de physiothérapie.

k. Le 25 novembre 2020, l'intéressé a été examiné par le docteur F_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 1er décembre 2020, ce médecin a conclu que le cas était stabilisé, que l'exigibilité en tant que grutier n'était plus donnée, et que les limitations fonctionnelles définitives comprenaient toute activité bras droit au-dessus de l'horizon et le port de charges avec grand bras de levier au-dessus de 10 kg, étant précisé que le travail coude au corps était tout à fait adapté, sans limitation de charge mais en évitant les rotations.

l. Dans une appréciation séparée du jour même, le Dr F_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité à 10% (5% au 17 avril 2019 et 5% au 25 novembre 2020), motivée par les signes de périarthrite scapulo-humérale modérée.

B. **a.** Par décision du 25 mars 2021, la SUVA a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré, au motif que la comparaison entre les revenus sans invalidité (CHF 75'273.-) et avec invalidité (CHF 70'166.-) révélait une perte de gain de 7%, insuffisante pour ouvrir le droit à une telle prestation. Par ailleurs, elle lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.

b. Le 11 mai 2021, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a notamment fait grief au médecin d'arrondissement de ne pas s'être prononcé sur sa capacité de travail dans une activité adaptée et relevé que la SUVA n'avait pas examiné la question d'une éventuelle baisse de rendement induite par ses limitations fonctionnelles. Il a en outre contesté les salaires avec et sans invalidité retenus, et estimé que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité aurait dû tenir compte d'une périarthrite scapulo-humérale grave et de luxations récidivantes.

c. Sur demande de la SUVA, le Dr F_____ a rendu une nouvelle appréciation le 19 août 2021, dans laquelle il a précisé que la capacité de travail était entière et sans diminution de rendement dans l'exercice d'une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles définitives décrites dans son rapport d'examen final du 25 novembre 2020.

d. Par décision sur opposition du 2 septembre 2021, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 25 mars 2021. Elle a relevé que l'assuré n'avait apporté aucun élément susceptible de remettre en cause les conclusions du Dr F_____, dont le rapport du 25 novembre 2020 permettait déjà de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, laquelle ressortait des limitations fonctionnelles. Concernant le calcul du degré d'invalidité, les restrictions n'avaient pas d'incidence sur l'exercice d'activités simples et légères, et ne justifiaient pas d'abattement, dès lors qu'un marché du travail équilibré offrait à l'intéressé de nombreuses possibilités lui permettant de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail. Le revenu d'invalide de CHF 70'166.- pouvait ainsi être confirmé. Quant au salaire de valide, elle a souligné les divergences dans les contenus du contrat de mission, de la déclaration d'accident et du « Décompte annuel résumé des salaires », de sorte

qu'il convenait de se référer à la durée annuelle de travail mentionnée dans la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse (CN), qui fixait les exigences minimales, soit 2'112 heures (art. 24 al. 2 CN 2012-2015) compte tenu d'un horaire standard de 40.5 heures, étant précisé que la durée hebdomadaire du travail était en règle générale de 37.5 heures au minimum et 45 heures au maximum (art. 25 al. 2 CN 2012-2015). Le gain de valide s'élevait ainsi à CHF 75'272.- (CHF 32.90 x 2'112 x 8.33%) et la perte de capacité de gain à 6.78%, arrondie à 7%. Enfin, concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la seconde intervention avait permis une stabilisation de l'instabilité et une récupération de la mobilité de l'épaule et d'une certaine force, de sorte que la situation de l'intéressé ne pouvait pas être assimilée à celle d'une personne présentant une périarthrite scapulo-humérale grave. Un taux supérieur à 10% ne se justifiait pas.

C. **a.** Par acte du 4 octobre 2021, l'intéressé, représenté par une mandataire, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire orthopédique pour établir sa capacité de travail dans une activité adaptée et, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 35%, et à ce que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité soit fixée à 20%.

b. Dans sa réponse du 2 décembre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Par écritures des 13 janvier et 10 février 2022, les parties ont persisté dans leurs conclusions et maintenu leurs argumentations.

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).

1.1 En vertu de l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse.

En l'espèce, le recourant, domicilié en France, a travaillé en dernier lieu pour un employeur situé à Genève.

1.2 La compétence de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) 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.

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. L'accident étant survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et sur la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

6. 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.

D'après l'art. 4 LPGA, 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.

6.1 À teneur de l'art. 18 al. 1 aLAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que 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.

L'art. 8 al. 1 LPGA dispose qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Conformément à l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la

présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

6.2 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

6.2.1 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; ATF 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

6.2.2 En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et les références).

Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu

d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et la référence). Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1 et les références). La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). Les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2020 ont été publiés le 23 août 2022; l'ESS 2018, le 21 avril 2020). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a récemment estimé qu'il n'y avait pas de motif sérieux et objectif de modifier la jurisprudence selon laquelle la détermination du revenu d'invalide sur la base des valeurs statistiques se fonde en principe sur la valeur centrale, respectivement médiane, de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 9.2.3 et 9.2.4).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat

économique inférieur à la moyenne (ATF 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références). Une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.1).

6.3 Aux termes de l'art. 24 al.1 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.

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. 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 ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

6.3.1 Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1ère phrase) ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou

mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (al. 4, 1ère phrase). 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).

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). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2, 1ère phrase).

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

Selon la Table 1 « Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs », le taux de l'indemnité en cas de périarthrite scapulo-humérale est de 0% en cas d'atteinte légère, 10% en cas d'atteinte moyenne et 25% en cas d'atteinte grave. Par ailleurs, les cas de luxation récidivantes justifient une indemnité de 10%.

7. 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 ; ATF 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

(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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). 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).

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).

8. 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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

9. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 2 septembre 2021, l'intimée a considéré, sur la base des rapports du Dr F_____ des 1er décembre 2020 et 19 août 2021, que l'intéressé disposait d'une capacité de travail résiduelle de 100%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit dans un travail ne requérant pas l'utilisation du bras droit au-dessus de l'horizon et le port de charges avec grand bras de levier au-dessus de 10 kg.

Après comparaison des revenus sans invalidité (CHF 75'272.-) et avec invalidité (CHF 70'166.-), elle a conclu à une perte de gain de 7%, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Elle a en revanche reconnu le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.

9.1 Il convient donc d'examiner en premier lieu la valeur probante des rapports du Dr F_____.

9.1.1 Le recourant n'a contesté ni les diagnostics posés, ni la stabilisation de l'état de santé retenue par le médecin d'arrondissement. Il a cependant considéré que les conclusions de ce dernier étaient dépourvues de toute motivation et souligné que l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail avait été rendue après la notification de la décision querellée, et paraissait ainsi avoir été élaborée pour les besoins de la cause, de sorte qu'une expertise judiciaire devait être ordonnée. Il a rappelé qu'il était droitier et présentait toujours des douleurs et des craquements de l'épaule droite, et indiqué qu'il devait faire des pauses et des exercices d'étirement pour soulager son articulation, même lors de travaux non physiques. Une totale capacité de travail dans une activité adaptée n'était pas crédible. Cela étant, si une telle capacité venait à être admise, un abattement de 10% devrait être accordé afin de tenir compte de la nécessité de pauses à visées antalgiques, ce qui impactait sa productivité et ne lui permettait pas de prétendre à un salaire en conformité avec ceux des statistiques.

9.1.2 La chambre de céans observe tout d'abord que, dans son rapport du 1er décembre 2020, le médecin d'arrondissement a résumé toutes les pièces médicales pertinentes du dossier, présenté une anamnèse et consigné le résultat de ses constatations objectives suite à un examen médical approfondi, en tenant compte des plaintes de l'intéressé. Il a notamment relevé que l'évolution était globalement satisfaisante avec une récupération de la mobilité et d'une certaine force, mais que persistaient une nette instabilité en abduction et en rotation externe, et une raideur en rotation interne. Il a relaté des douleurs et un craquement audible à l'élévation, et constaté une discrète limitation en élévation, en rotation interne, une appréhension-relocation test positif, une importante laxité

antéro-postérieure de la tête humérale des deux côtés, un signe du sillon gléno-huméral positif des deux côtés. Il a expliqué que l'activité habituelle de grutier n'était plus exigible en raison de l'impossibilité de monter sur une échelle sans risque d'exacerbation des douleurs, voire d'une nouvelle luxation. Si le Dr F_____ n'a effectivement pas précisé le taux exigible de la capacité de travail dans un métier adapté aux restrictions, il a énuméré de façon précise les limitations fonctionnelles, qui ne concernent que le membre supérieur droit, et indiqué qu'un travail coude au corps évitant les rotations était tout à fait adapté, sans limitation de charges. On peut donc aisément en déduire qu'il a conclu à une capacité résiduelle de travail entière.

Cela étant, suite à l'opposition du recourant et afin d'écarter tout ambiguïté sur la question, l'intimée a invité son médecin-conseil à se prononcer expressément sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans son appréciation du 19 août 2021, le Dr F_____ a ainsi affirmé que ladite capacité était entière, sans diminution de rendement, dans tout travail respectant les limitations fonctionnelles définitives énoncées dans son rapport du 1er décembre 2020. Cette détermination vient donc uniquement compléter la précédente, en confirmant l'évaluation implicite de la capacité de travail dans une activité adaptée.

9.1.3 Le recourant n'a fait valoir aucun indice concret permettant de douter du bien-fondé des conclusions du médecin d'arrondissement. En particulier, la diminution de rendement alléguée ne repose sur aucun élément objectif et n'est étayée par aucun rapport médical.

Au contraire, l'évaluation du Dr F_____ correspond à celles des autres médecins ayant examiné l'intéressé. Ainsi, le docteur G_____, médecin adjoint au Département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a également relaté des douleurs et constaté une limitation de la mobilité en rotation externe, en rotation interne, en abduction et en flexion, et préconisé un travail sans port de charge loin du corps, sans mouvement de l'épaule droite au-delà de l'horizontale, et sans devoir monter sur des échelles (cf. rapport de consultation du 18 août 2020). Par la suite, ce médecin a proposé de rédiger un certificat de reprise pour un travail de manutention avec un port de charge près du corps illimité, loin du corps maximum 10 kg et en évitant les positions au-dessus du niveau de l'épaule droite (cf. rapport du 28 octobre 2020). Le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin au Département de chirurgie des HUG qui a opéré l'intéressé le 25 septembre 2019, a également estimé qu'un travail lourd loin du corps et au-delà de l'horizontale était impossible (cf. rapport du 13 octobre 2020), ce qui permet de retenir, a contrario, qu'une activité ne comportant pas de telles tâches est tout à fait possible.

Aucun de ces médecins n'a considéré que l'intéressé devrait pouvoir faire des pauses ou que son rendement serait limité d'une quelconque autre manière. On ne perçoit au demeurant pas pour quels motifs le recourant ne pourrait pas exercer des tâches adaptées avec un rythme et une productivité normale, étant rappelé qu'il peut travailler indifféremment en position assise et debout, n'est aucunement restreint dans ses déplacements, ne présente pas de limitation du membre supérieur gauche et peut utiliser normalement sa main droite et même porter des charges lourdes près du corps. Les contre-indications ne concernent que l'élévation du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, ainsi que le port de charges avec des rotations ou de plus de 10 kg loin du corps.

9.1.4 Force est donc de constater que les rapports du Dr F_____, dûment motivés et convaincants, remplissent tous les critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Dans ces conditions, une expertise judiciaire ne se justifie pas.

9.2 Il sied à présent de se déterminer sur le taux d'invalidité du recourant, étant rappelé que l'intimée a tenu compte d'un revenu de valide de CHF 75'272.-, calculé sur la base d'un horaire annuel de 2'112 heures conformément à la CN (2012-2015), et d'un revenu d'invalide de CHF 70'166.-, et conclu à un taux d'invalidité de 7%.

9.2.1 Le recourant a pour sa part estimé que sa perte de gain devait être fixée à 34.92%, arrondie à 35%.

S'agissant du revenu sans atteinte à la santé, il a soutenu que l'art. 24 ch. 2 de la CCT nationale, au terme duquel le total des heures annuelles de travail s'élève à 2'112 heures pour tout le territoire conventionnel, ne constituait pas un maximum légal d'heures et que l'on ne pouvait pas s'y référer si d'autres éléments plus concrets concernant le nombre d'heures contractuelles existaient. Or, selon la déclaration d'accident, son horaire de travail ainsi que l'horaire moyen de travail dans l'entreprise étaient fixés à 42.5 heures par semaine. C'était également ce chiffre qui était indiqué dans les questionnaires remplis par l'ancien employeur pour les années 2018, 2019 et 2021. Les 40 heures qui étaient mentionnées dans le contrat et qui étaient inférieures aux autres documents ne sauraient prévaloir, ce qui avait d'ailleurs été admis par l'intimée qui avait retenu 40.5 heures par semaine. En outre, l'ancien employeur avait indiqué à l'intimée qu'il avait effectué un horaire de 64 heures et le « Décompte annuel résumé des salaires » faisait état de 62 heures travaillées, ce qui démontrait un horaire hebdomadaire de plus de 42.5 heures durant le mois de novembre 2015, alors que la période hivernale était réputée plus creuse au niveau des besoins en personnel dans le secteur de la construction. Il avait travaillé durant 8 jours ouvrables (du lundi 2 au vendredi 6 novembre 2015 et du lundi 9 au mercredi 11 novembre), mais seulement 1 heure le huitième jour puisque l'accident était survenu à 9h, ce qui représentait une moyenne de 9 heures par jour ou 45 heures par semaine en tenant

compte de 64 heures travaillées (64 heures moins 1 heure le jour de l'accident = 63 heures sur 7 jours) ou un peu plus de 8.7 heures ou 43.5 heures par semaine en retenant 62 heures travaillées (62 heures moins 1 heure le jour de l'accident = 61 heures sur 7 jours). Compte tenu des réponses claires de l'ancien employeur, il ne se justifiait pas de s'éloigner du chiffre de 42.5 heures travaillées par semaine en moyenne. Le calcul du salaire sans invalidité était ainsi le suivant : CHF 32.90 (salaire horaire de base selon la dernière information de l'ancien employeur, admis par les parties) + (10.6% x 32.90) + (8.3% x 32.90) + (2.9% x 32.90) x 8.5 heures hebdomadaires (42.5 heures / 5 jours ouvrés) x 226 jours (5 jours ouvrés par semaine x 52 semaines - 25 jours de vacances et - 9 jours fériés à Genève), ce qui donnait un montant annuel de CHF 79'184.-.

Quant au revenu avec invalidité, le recourant n'a pas remis en cause la référence au tableau TA1_tirage_skill_level. Il a cependant soutenu qu'il ne pouvait plus réaliser d'activité lucrative impliquant de lever les bras, et qu'il ne pouvait donc plus être actif dans le secteur 2 « Production » qui regroupait les activités professionnelles industrielles et donc physiques, de sorte qu'il convenait de prendre le revenu du secteur 3 « Services », plus représentatif de ses réelles perspectives de gain. Le salaire déterminant était de CHF 5'063.-, correspondant à un salaire annuel de CHF 63'338.- compte tenu de 41.7 heures de travail en moyenne. Indexé à 0.9% en 2019 et 0.8% en 2020, le salaire annuel s'élevait à CHF 64'415.-, étant précisé qu'il ne lui était pas possible de se prononcer sur l'inflation en 2021 car cette dernière n'avait pas encore fait l'objet d'une publication par l'Office fédéral de la statistique. En l'état, le revenu avec invalidité était donc de CHF 64'415.-. Compte tenu d'une capacité de travail maximale de 80%, en raison d'une baisse de rendement de 20%, le revenu avec atteinte à la santé s'élevait à CHF 51'532.-.

9.2.2 La chambre de céans constate avec l'intimée que les pièces au dossier divergent concernant l'horaire de travail hebdomadaire, puisque le contrat de mission signé le 23 octobre 2015 entre l'ancien employeur et le recourant prévoit un horaire de travail s'étendant de 8h à 12h et de 13h à 17h, soit 40 heures par semaine, et que la déclaration de sinistre du 12 novembre 2015 mentionne que l'horaire de travail de l'intéressé, tout comme celui de l'entreprise, était de 42.5 heures par semaine. Ce chiffre de 42.5 heures correspond également à l'horaire moyen de travail dans l'entreprise déclaré pour 2018 (cf. questionnaire du 12 mars 2018), 2019 (cf. questionnaire du 18 janvier 2019) et 2021 (cf. questionnaire du 22 janvier 2021), étant relevé que pour 2020, l'ancien employeur a annoncé un horaire hebdomadaire de 45 heures (cf. questionnaire du 22 janvier 2020). À la demande de l'intimée, l'ancien employeur lui a répondu que le recourant avait effectué 64 heures pour la mission s'étant déroulée du 2 au 11 novembre 2015 (cf. questionnaire reçu par l'intimée le 14 février 2018), et il lui a transmis le « Décompte annuel résumé des salaires » et le « Bulletin de salaire », documents faisant état de 62 heures travaillées.

Contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait déduire du « Décompte annuel résumé des salaires » et des indications fournies par l'ancien employeur qu'il aurait effectivement travaillé, en moyenne, durant 45 heures (sur la base de 63 heures en 7 jours) ou 43.5 heures (sur la base de 61 heures en 7 jours) par semaine. En effet, l'examen du « Bulletin de salaire » établi le 4 décembre 2015 mentionne expressément que le recourant a travaillé la première semaine, soit celle du 2 au 8 novembre 2015, durant 38.75 heures, auxquelles s'est ajoutée 1.25 heure de pause. Pour la deuxième semaine, soit celle du 9 au 15 novembre 2015, le document indique que l'intéressé a travaillé durant 23.25 heures (7.75 heures + 15.50), auxquelles a été additionnée 0.75 heure de pause (0.25 + 0.50). Partant, le total des heures travaillées s'élève à 64 heures (40 heures + 24 heures) avec les temps de pause, respectivement à 62 heures (38.75 heures + 23.25 heures) sans les pauses.

Compte tenu du fait que le recourant a travaillé durant 40 heures la première semaine, soit la seule semaine travaillée dans son intégralité, ce qui représente une moyenne de 8 heures par jour, les 24 dernières heures rémunérées pour son activité au cours de la deuxième semaine concernent de toute évidence trois journées de travail de 8 heures, et non pas deux journées de 12 heures. Ceci correspond en outre aux indications contenues dans son contrat de travail. Il apparaît donc, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a été payé pour toute la journée du 11 novembre 2015, même s'il a été accidenté à 9h, et que son horaire de travail était de 8 heures par jour, ou 40 heures par semaine

Cela étant, dès lors que l'intimée a admis une durée annuelle de travail de 2'112 heures en application de la CN (2012-2015), soit une durée hebdomadaire de 40.5 heures, et que cette solution est plus favorable au recourant, la chambre de céans ne s'en écartera pas.

9.2.3 En ce qui concerne la rémunération, le contrat du 23 octobre 2015 mentionne un salaire de base de CHF 32.-, auquel vient se rajouter une indemnité pour les jours fériés (3.50%), une indemnité pour les vacances (10.60%), le 13ème salaire (8.30%) et une indemnité pour les pauses obligatoires (2.9%). Dans un questionnaire du 29 janvier 2021, l'ancien employeur a en outre précisé à l'intimée que le salaire de base se serait élevé à CHF 32.90 en 2021, auquel il convenait d'ajouter un 13ème salaire.

L'intimée a correctement calculé le revenu sans invalidité, puisqu'elle a tenu compte du salaire horaire de 32.90 (CHF 32.- + 0.90 pour les pauses [CHF 32.- x 2.9%]) et du droit au 13ème salaire. C'est encore le lieu de relever que le total des heures annuelles déterminant selon la CN, soit 2'112 heures, est établi sur une base de 365 jours, soit 52.14 semaines (cf. art. 24 al. 2 CN), de sorte qu'il ne fallait effectivement pas prendre en considération les indemnités pour vacances et jours fériés dans le salaire horaire, dans la mesure où il en est déjà tenu compte une première fois lorsque l'on multiplie le salaire horaire par 2'112 heures.

9.2.4 Ainsi, il convient de multiplier le salaire horaire de CHF 32.90 par 2'112 heures, ce qui conduit à un montant annualisé de CHF 69'484.80. S'y ajoute encore le 13ème salaire de CHF 5'788.10 (8.33% x CHF 69'484.80), ce qui porte le montant déterminant à CHF 75'252.90.

9.2.5 S'agissant du revenu avec invalidité, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'évaluation du Dr F_____ quant à la capacité de travail résiduelle, soit 100% dans une activité adaptée, et ce sans diminution de rendement.

En outre, les limitations fonctionnelles dont souffre le recourant ne concernent que le membre supérieur droit, et plus particulièrement le port de charges lourdes loin du corps ou avec des rotations, ainsi que le travail au-dessus de l'horizontale avec ledit membre. De telles restrictions n'ont pas d'incidence sur l'exercice de tâches simples et légères, étant relevé que l'intéressé n'est aucunement entravé dans le port de charge près du corps ou dans l'utilisation de ses bras et mains jusqu'à la hauteur des épaules. Il conserve donc une capacité de travail importante dans des travaux légers.

9.2.6 Partant, c'est à bon droit que l'intimée s'est référée aux ESS 2018, dès lors que les données de 2020 n'avaient pas encore été publiées lors du prononcé de la décision litigieuse, et plus particulièrement au tableau TA1_tirage_skill_level, ligne « Total », pour les hommes, niveau de compétences 1, soit un revenu mensuel de CHF 5'417.-. Ce montant doit être annualisé et adapté à l'horaire de travail moyen (41.7 heures par semaine pour 2021), ce qui l'établit à CHF 67'766.70, puis être indexé à l'indice des salaires nominaux, désormais connu pour les années 2020 et 2021. Le calcul de l'intimée, basé sur l'estimation trimestrielle, doit ainsi être corrigé, de sorte que le revenu d'invalide s'élève à CHF 68'785.75 (+ 0.9% en 2019 ; + 0,8% en 2020 ; - 0.2% en 2021) et non pas à CHF 70'166.- (+ 0.9% en 2019 ; + 1.3% en 2020 ; + 1.3% en 2021).

Enfin, les limitations fonctionnelles décrites ne justifient pas d'appliquer un abattement, étant rappelé que le marché du travail équilibré offre à l'intéressé de nombreuses possibilités lui permettant de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail.

9.2.7 Par conséquent, la comparaison des revenus de valide (CHF 75'252.90) et d'invalide (CHF 68'785.75) révèle un degré d'invalidité de 8.9%, arrondi à 9%, lequel est effectivement insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

9.3 Reste à examiner le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, fixée à 10% sur la base du rapport du Dr F_____ qui a conclu que le recourant présentait des signes de périarthrite modérée.

9.3.1 Le recourant a contesté ce taux, rappelant que les constations des médecins d'arrondissement avaient varié, qu'il présentait toujours des douleurs et des craquements dans l'épaule, qu'il avait fait l'objet de deux opérations, alors que seuls les cas les plus graves de périarthrite scapulo-humérale sont opérés par

arthroscopie. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité en cas de périarthrite scapulo-humérale était de 10% en cas d'atteinte moyenne et de 25% lorsque le trouble était grave. Par ailleurs, les cas de luxation récidivantes justifiaient une indemnité de 10%. En l'occurrence, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait non seulement tenir compte de la périarthrite scapulo-humérale, mais également des luxations répétées de l'épaule, et donc s'élever globalement au minimum à 20%.

9.3.2 S'agissant de la gravité de la périarthrite scapulo-humérale, le recourant n'a fait valoir aucun argument concret propre à remettre en cause l'appréciation du Dr F_____, basée sur un examen complet et approfondi de l'intéressé, réalisé plus de 14 mois après la dernière intervention, et qui tient compte des plaintes subjectives. Le recourant ne se prévaut d'ailleurs d'aucun document médical venant étayer sa propre évaluation de l'atteinte.

En ce qui concerne les luxations répétées, il sied de rappeler qu'une hyperlaxité constitutionnelle a été diagnostiquée et que suite à la dernière opération, le Dr G_____ n'a plus retrouvé de laxité antéro-postérieure ou inférieure gléno-humérale (cf. rapport de consultation du 18 août 2020), ce qui conforte donc l'appréciation du médecin d'arrondissement, lequel a conclu à une stabilisation de l'instabilité. Il ne se justifie donc pas de retenir de luxation récidivante.

9.3.3 En l'absence de tout élément permettant de douter du bien-fondé des conclusions du médecin d'arrondissement, dont les rapports remplissent les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, l'intimée était fondée à retenir un taux de 10% pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

10. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

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

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
Maryline GATTUSO	Fabienne MICHON RIEBEN

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