RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3981/2021 **ATAS/505/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1er juin 2022

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET — recourante

contre

LA MOBILIERE SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA, sise Bundesgasse 35, BERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe GRUMBACH — intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, a été engagée le 8 octobre 2018 en qualité d'animatrice par le B_____ (ci-après : l'employeur). À ce titre, elle est assurée auprès de La Mobilière Société d'Assurances SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.

b. Le 5 novembre 2019, le docteur C_____, radiologue FMH, a effectué une IRM de l'épaule gauche qui, au niveau des structures osseuses, ne révélait pas de lésion focale suspecte mais des remaniements dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire. En outre, ce médecin a fait état d'une fissuration focale non transfixiante de l'enthèse du tendon du sus-épineux. S'y ajoutaient une lame d'épanchement articulaire au niveau de la synoviale et des signes de bursite sous-acromio-deltoïdienne.

c. Le 26 novembre 2019, l'employeur a fait parvenir à l'assureur une déclaration d'accident indiquant qu'en date du 27 août 2019, alors que l'assurée rentrait de son travail à vélo, celle-ci avait signalé son intention de changer de direction en tendant son bras gauche qui, quelques secondes plus tard, avait été heurté par un(e) motocycliste. Elle était allée consulter un ostéopathe mais peu à peu, des douleurs s'étaient installées.

d. Dans un rapport du 5 décembre 2019, la doctoresse D_____, médecin praticien, a indiqué que l'épaule gauche était atteinte et l'assurée en arrêt de travail dès le 5 décembre 2019.

e. Cet arrêt de travail a duré jusqu'au 10 décembre 2019.

f. Dans un rapport du 25 mars 2020, adressé à la Dresse D_____, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'il avait revu l'assurée le 17 mars 2020 dans le cadre du suivi de sa lésion traumatique de la coiffe gauche, laquelle avait eu pour conséquence une lésion « transfixiante » de l'infra-épineux gauche et une épaule gelée post-traumatique récidivante. Elle présentait une évolution favorable avec le temps et la physiothérapie, n'avait pratiquement plus de douleurs mais restait raide. Comme le cabinet de son physiothérapeute avait fermé temporairement en raison de la pandémie de Covid-19, l'assurée poursuivait ses auto-exercices à domicile. Elle avait stoppé la prise d'AINS (ndr : anti-inflammatoires non stéroïdiens) pour la même raison. Le Dr E_____ a précisé qu'en attendant la reprise de la physiothérapie après la pandémie, il lui avait expliqué d'autres exercices, qu'elle pouvait effectuer elle-même à domicile, et prescrit un « Theraband » afin de renforcer les abaisseurs de l'épaule.

g. Dans un rapport du 28 mai 2020, relatif à une consultation donnée dix jours plus tôt, le Dr E_____ a indiqué avoir revu l'assurée pour le suivi de ses lésions

traumatiques de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, associées à une récidive d'épaule gelée suite à une « seconde chute » en janvier 2020. Même si la mobilité de l'épaule gauche était en nette amélioration depuis la dernière consultation, il n'en relevait pas moins, à la palpation, une zone nodulaire sensible au niveau du muscle grand rhomboïde gauche, sans scapula alata, correspondant à la zone douloureuse postérieure. Il suspectait donc une lésion musculaire du grand rhomboïde gauche, prenant la forme d'une déchirure partielle, pour laquelle il compléterait sa prescription de physiothérapie afin de renforcer les stabilisateurs de la scapula.

h. Le 28 mai 2020, l'employeur de l'assurée a transmis une nouvelle fois une déclaration d'accident à l'assureur. Il en ressortait que l'assurée avait été victime d'un deuxième accident le « 7 février 2020 » (ndr : 27 janvier 2020). Alors qu'elle se déplaçait en marchant, elle avait glissé et était tombée sur son bras « déjà accidenté ». Elle s'était rendue le jour même chez son médecin mais malheureusement, celui-ci ne l'avait pas rendue attentive à la nécessité de remplir une nouvelle déclaration d'accident.

i. Dans un rapport du 12 juin 2020, le Dr E_____ a indiqué que l'évolution avait été favorable jusqu'au deuxième accident, du 27 janvier 2020. Ce jour-là, elle avait effectué une glissade sur une plaque de verglas qui lui avait valu une récidive des douleurs et une épaule gelée.

j. Dans un rapport du 8 septembre 2020, qui faisait suite à une consultation donnée le 7 septembre 2020, le Dr E_____ a mentionné qu'après une amélioration progressive jusqu'à fin août 2020 et des douleurs qui étaient alors « tout à fait gérables à environ 2/10 », l'assurée avait ressenti une péjoration soudaine le 28 août 2020, sans élément déclencheur identifiable, avec une douleur à 8/10 nécessitant le port d'une écharpe ainsi que la prise régulière d'ibuprofène et de paracétamol. À dix jours de cet épisode, la situation s'améliorait à nouveau, mais l'assurée notait la persistance de douleurs cervicales du côté gauche, irradiant dans l'épaule ainsi que des douleurs sous la pointe de la scapula gauche. Étant donné que les douleurs cervicales étaient survenues suite à la « deuxième chute » dont l'assurée avait été victime, le Dr E_____ lui a proposé de vérifier l'absence de compression radiculaire cervicale par une IRM à effectuer prochainement. Celle-ci permettrait de vérifier, en outre, l'existence éventuelle d'un élastofibrome provoquant les ressauts de la scapula, et de faire un nouveau bilan de la coiffe gauche puisque la dernière IRM datait de novembre 2019.

k. Le 16 septembre 2020, la doctoresse F_____, radiologue FMH, a effectué une IRM de l'épaule gauche et relevé qu'il existait, au niveau des structures osseuses, des remaniements dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire et quelques kystes mucoïdes de la tête humérale. S'agissant du tendon supra-épineux, elle notait l'apparition d'une fissuration interstitielle de la jonction myotendineuse du supra-épineux, associée à un « hypersignal STIR » au sein du tendon à ce niveau. La fissuration focale de l'enthèse du tendon du sus-épineux,

décrite dans l'IRM du 5 novembre 2019, n'était pas retrouvée lors de l'examen du jour et, au niveau de la synoviale, l'épanchement articulaire gléno-huméral était en diminution. En revanche, les signes de bursite sous-acromio-deltoïdienne étaient en augmentation.

l. Le 17 septembre 2020, la doctoresse G_____, radiologue FMH, a pratiqué une IRM de la colonne cervicale et conclu à un état dégénératif avancé de la colonne cervicale, le plus marqué en C3 à C6 avec, en particulier, un rétrécissement canalaire modéré à sévère au niveau C5-C6 sans signe radiologique de myélopathie.

m. Dans un rapport du 3 novembre 2020, relatif à une consultation donnée la veille, le docteur H_____, spécialiste en orthopédie et traumatologie FMH, a indiqué que l'IRM du 5 novembre 2019 révélait une « lésion partielle intra-articulaire du tendon sus-épineux s'étendant vers postérieur [sic] dans la partie haute du sous-épineux, lésion partielle de la face profonde du tendon sous-scapulaire, arthropathie acromio-claviculaire (cliniquement muette) ». La qualité musculaire était intacte sans hypotrophie ni infiltration graisseuse. Quant à l'IRM de l'épaule gauche du 16 septembre 2020, elle révélait un status identique à celui de l'IRM du 5 novembre 2019. Selon le Dr H_____, il était probable que les lésions tendineuses susmentionnées aient été provoquées par le premier accident. L'impotence et la durée de la récupération vers une situation compensée parlaient en faveur de cette hypothèse. En revanche, s'il était incertain que les lésions tendineuses aient été aggravées par le deuxième événement, celui-ci avait en tout cas décompensé à nouveau la situation. Jusqu'à ce jour, il n'y avait pas d'amélioration nette avec une situation stagnante concernant les douleurs depuis 5-6 mois, forçant la patiente à s'adapter pour beaucoup de tâches du quotidien. En regard de la situation actuelle, le Dr H_____ ne s'attendait pas à une amélioration spontanée sous traitement conservateur et se disait plutôt favorable à une intervention chirurgicale.

n. Dans un rapport du 11 janvier 2021, la Dresse D_____ a posé le diagnostic de douleurs para-scapulaires gauches qui s'étaient superposées aux symptômes de son épaule gelée déjà en relation avec le premier accident. Aucun arrêt de travail n'avait été délivré pour le deuxième accident. Le pronostic était bon à condition de maintenir le travail de physiothérapie. Interrogée sur d'éventuelles limitations fonctionnelles, la Dresse D_____ a indiqué qu'il existait une restriction de la mobilité de l'épaule dès que l'assurée stoppait la physiothérapie ou qu'elle forçait sur cette épaule. Aussi convenait-il d'éviter de soulever ou de manipuler des charges de plus de 5kg.

o. Par avis du 20 janvier 2021, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin conseil de l'assureur, a posé le diagnostic d'état dégénératif de la coiffe des rotateurs gauche et d'arthrose acromio-claviculaire gauche. Cet état était antérieur et la relation entre les troubles de la santé et les événements des 27 août 2019 et « 7 février 2020 » n'était pas

vraisemblable mais seulement possible. Le *statu quo ante/sine* avait été atteint le 20 janvier 2021. Enfin, le Dr I_____ a indiqué que les IRM de l'épaule gauche des 5 novembre 2019 et 16 septembre 2020 étaient comparables dans la mesure où elles objectivaient une arthrose acromio-claviculaire et une fissuration de la face superficielle du tendon du sus-épineux qui correspondaient à un état dégénératif préexistant. Ni l'accident du 27 août 2019 ni celui du « 27 février 2020 » n'avaient aggravé d'une manière durable l'état de l'épaule gauche. À l'heure actuelle, l'effet délétère de ces deux événements ne jouait plus de rôle. Il s'agissait d'un cas de maladie.

B. **a.** Par courrier du 27 janvier 2021, l'assureur a informé l'assurée qu'il ne verserait plus de prestations d'assurance à partir du 20 janvier 2021. En effet, de l'avis de son médecin-conseil, les troubles n'étaient plus la conséquence de l'accident à partir de cette date.

b. Le 29 janvier 2021, l'assurée a exprimé son désaccord avec l'assureur en faisant valoir qu'avant les accidents qu'elle avait subis, elle n'avait jamais eu de soucis avec son épaule.

c. Dans un rapport du 30 janvier 2021, le Dr H_____ a réitéré en substance son appréciation du 3 novembre 2020, à ceci près qu'il précisait que l'assurée avait opté, dans l'intervalle, pour l'intervention chirurgicale proposée.

d. Par décision du 18 février 2021, l'assureur a mis fin à ses prestations avec effet au 31 janvier 2021, date à laquelle le *statu quo ante* devait être considéré comme atteint. Pour la suite de la prise en charge du cas, l'assurée était invitée à faire valoir ses prétentions auprès de sa caisse-maladie, dès le 1er février 2021.

e. Le 23 février 2021, la Dresse D_____ a attesté qu'elle suivait l'assurée depuis vingt ans en qualité de médecin traitant et qu'avant l'accident du 27 août 2019, celle-ci n'avait à aucun moment exprimé de plaintes concernant son épaule gauche, qu'il s'agisse de douleurs ou d'une gêne à la mobilisation.

f. Le 4 mars 2021, l'assurée, assistée d'un conseil, a formé opposition à cette décision en soutenant que les accidents des 27 août 2019 et 7 février 2020 avaient causé des lésions traumatiques qui subsistaient et étaient encore observables à ce jour.

g. Par la suite, l'assureur a transmis à l'assurée une copie de son dossier.

h. Le 14 juillet 2021, l'assurée a complété son opposition en soutenant que dans la mesure où la causalité avait été admise par l'assureur jusqu'au « 1er février 2021 », il incombait à celui-ci de prouver que le lien de causalité avec les événements des 27 août et 7 février 2020 avait cessé. À cet égard, le rapport du 20 janvier 2021 du Dr I_____ était insuffisant pour avoir une quelconque force probante.

i. Par décision du 21 octobre 2021, l'assureur a rejeté l'opposition en indiquant que selon l'analyse du Dr I_____, les accidents des 26 août 2019 et 7 février

2020, qui avaient décompensé un état antérieur dégénératif préexistant, n'avaient pas aggravé de manière durable l'état de l'épaule gauche de l'assurée, au point que la condition d'un lien de causalité n'était plus remplie depuis le 20 janvier 2021 et le *statu quo ante* atteint à cette date.

C. **a.** Le 22 novembre 2021, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales d'un recours contre cette décision, concluant, principalement à son annulation, à ce qu'il soit dit et constaté que les atteintes et limitations du bras gauche étaient en relation de causalité avec les accidents des 27 août 2019 et 27 janvier 2020 et, subsidiairement, que la cause soit renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision, le tout sous suite de dépens.

b. Par pli du 4 janvier 2022, l'intimée, représentée par son conseil, a transmis à l'avocat de la recourante un deuxième avis du Dr I_____, daté du 1er décembre 2021, confirmant celui du 20 janvier 2021, en précisant que même si les deux événements traumatiques des 27 août 2019 et 27 janvier 2020 avaient pu déclencher la symptomatologie douloureuse et les investigations effectuées permis de mettre en évidence des lésions interstitielles « fissuraires » du tendon sus-épineux, ces événements n'étaient pas responsables des lésions en question, de sorte que leur action délétère devait être limitée dans le temps. En effet, la recourante n'avait pas subi, à son épaule, des « dégâts traumatiques ou aggravants de longue durée ».

c. Par réponse du 11 janvier 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours en soutenant que le *statu quo ante* avait été atteint le 20 janvier 2021, de sorte qu'elle était légitimée à mettre un terme à ses prestations avec effet au 31 janvier 2021.

d. Par réplique du 27 janvier 2021, la recourante a soutenu que la position du Dr I_____, outre le fait qu'elle s'inscrivait en faux contre les avis des autres médecins et spécialistes ayant étudié le cas, n'était basée sur aucun élément concret du dossier mais sur des généralités insuffisantes à démontrer le bien-fondé de son appréciation, ce qu'il admettait lui-même à demi-mots : « le cas n'est pas clair ».

e. Le 17 février 2022, l'intimée a répliqué en faisant valoir que lorsque le Dr I_____ indiquait que le cas n'était pas clair, ceci ne portait en rien sur la question de la causalité avec les accidents puisque ce médecin avait écrit : « Il y a trop de question non-éclaircies, sauf celles qu'il s'agit d'une épaule qui n'a pas subi de dégâts traumatiques ou aggravants de longue durée ».

f. Le 18 février 2022, la chambre de céans a transmis, pour information, une copie de cette écriture à la recourante.

g. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2.

2.1 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.

2.2 La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

2.3 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA et 17 al. 3 LPA).

2.4 Après réception de la décision sur opposition le 22 octobre 2021, le délai de recours a commencé à courir le lendemain et est arrivé à échéance le 22 novembre 2022, le dernier jour du délai tombant un dimanche (21 novembre 2021). Posté le 22 novembre 2021, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les exigences de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi l'art. 89B LPA), le recours est recevable.

3. Dans la mesure où les accidents sont survenus les 27 août 2019 et 27 janvier 2020, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit, en vigueur depuis le 1er janvier 2017 (cf. 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 depuis le 1er janvier 2017.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations d'assurance au-delà du 31 janvier 2021.

4.1 Aux termes de 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.

Selon l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a), les déboîtements

d'articulations, les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g), les lésions du tympan (let. h). La jurisprudence considère qu'une déchirure – même partielle – de la coiffe des rotateurs peut être assimilée à une déchirure des tendons (arrêt du Tribunal fédéral 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 5.1).

4.2 Dans un arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 (publié aux ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffre d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que, dans cette hypothèse, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss.; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

4.3 En l'espèce, il n'est pas contesté par l'intimée que les événements des 27 août 2019 et 27 janvier 2020 sont constitutifs d'accident au sens de l'art. 4 LPGA. Partant, il n'est pas nécessaire de déterminer si certaines lésions constatées par les médecins dans le dossier litigieux tombent sous la liste de l'art. 6 al. 2 LAA puisque même dans l'affirmative, la cause devrait être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Cela implique que si une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 LAA est due à un accident assuré, l'assureur doit la prendre en charge jusqu'à ce que cet accident n'en constitue plus la cause naturelle et adéquate et que l'atteinte à la santé qui subsiste est due uniquement à des causes étrangères à l'accident considéré (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et 9.1; ci-après : consid. 5.2 et 5.3).

5. Il convient ainsi d'examiner, au regard des principes exposés à l'ATF 146 V 51 précité, la question du lien de causalité entre les lésions constatées et les accidents des 27 août 2019 et 27 janvier 2020, étant précisé qu'en relation avec les art. 10 (droit au traitement médical) et 16 (droit à l'indemnité journalière) LAA, l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

5.1 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. 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).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

5.2 Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

5.3 En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral

8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

À noter que le *statu quo sine* est également atteint lorsqu'après un deuxième accident, l'état de santé correspond à nouveau à celui qui existait au moment de la fin du droit aux prestations provisoires (traitement médical et indemnités journalières) allouées suite à un premier accident (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.2.1; Doris WOLLENWEIDER/ Andreas BRUNNER, in Frésard-Fellay, Leuzinger, Pärli [éditeurs], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, n. 10 ad art. 36 LAA).

5.4 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 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

6.

6.1 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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).

6.2 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni

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

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).

6.2.1 Ainsi, 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

6.2.2 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations

médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

6.2.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8.

8.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du

principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

8.2 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) 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 corresponde 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

9. 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).

10. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le

Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

11.

11.1 Faisant siennes les appréciations des 20 janvier et 1er décembre 2021 du Dr I_____, l'intimée considère que le *statu quo sine* était rétabli le 20 janvier 2021, et qu'ainsi, elle était en droit de mettre un terme à l'octroi des prestations avec effet au 31 janvier 2021.

11.2 Pour sa part, la recourante conteste implicitement la survenance du *statu quo sine* le 20 janvier 2021 car elle présenterait toujours, au-delà du 31 janvier 2021, des troubles et des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche (port de charges limité à 5kg) nécessitant, selon la Dresse D_____, la poursuite de la physiothérapie et, selon le Dr H_____, une intervention chirurgicale à cette épaule.

11.3 À cet égard, il ressort des éléments radiologiques du dossier, composés des IRM des 5 novembre 2019 et 16 septembre 2020, qu'il existait, sur chacun de ces documents d'imagerie, des remaniements dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire, un épanchement articulaire gléno-huméral (en diminution par rapport au 5 novembre 2019) ainsi qu'une lame d'épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne (en augmentation par rapport au 5 novembre 2019). Pour le reste, les IRM précitées, réalisées l'une après le premier accident et l'autre après le second accident, ont également pour point commun de ne révéler aucune anomalie tendineuse autre que celle qui concerne le seul tendon du sus-épineux, avec toutefois des diagnostics légèrement différents, la première IRM évoquant une fissuration focale non transfixiante de la face superficielle de l'enthèse du tendon du sus-épineux sur 4mm d'axe antéropostérieur et la seconde l'apparition d'une fissuration interstitielle de la jonction myotendineuse du supra-épineux, associée à un hypersignal STIR au sein du tendon à ce niveau, sans que la fissuration focale de la face superficielle de l'enthèse du tendon du sus-épineux du 5 novembre 2019 soit retrouvée.

En ce qui concerne la lecture et/ou l'interprétation qui est faite de ces rapports IRM, la chambre de céans constate que tant le Dr I_____ que le Dr H_____ s'accordent à dire que les IRM réalisées à dix mois d'intervalle sont comparables, mais pas pour les mêmes raisons, le premier étant d'avis que ces IRM objectivent

l'une et l'autre une arthrose acromio-claviculaire ainsi qu'une fissuration de la face superficielle du tendon du sus-épineux correspondant à un état dégénératif préexistant (avis du 20 janvier 2021), le second estimant pour sa part, dans ses rapports des 3 novembre 2020 et 30 janvier 2021, qu'elles illustrent une « lésion partielle intra-articulaire du tendon sus-épineux […], une lésion partielle de la face profonde du tendon sous-scapulaire », que ces lésions tendineuses ont probablement été provoquées par le premier accident et ont en tout cas été décompensées par le second accident et qu'il existe, pour le surplus, une arthropathie acromio-claviculaire cliniquement muette. On relève en outre que nonobstant les termes « fissuration focale non transfixiante […] » employés par le radiologue C_____ dans son rapport du 5 novembre 2019, le Dr E_____ évoque une lésion transfixiante de l'infra-épineux.

Dans la mesure où il n'appartient pas au juge de tirer des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 1080 du 13 avril 2007 consid. 4.2), la chambre de céans ne saurait prendre position sur la question de savoir s'il convient, à l'instar du Dr I_____, de s'en tenir à une lecture stricte des rapports IRM précités ou si les images qui les sous-tendent objectiveraient, cas échéant, des lésions tendineuses plus étendues et/ou l'origine traumatique de ces lésions du fait de l'accident du 27 août 2019 (cf. les rapports précités des Drs I_____ et E_____). Toujours est-il que dans un rapport du 16 décembre 2020 à l'intimée (pièce 32 intimée), le Dr H_____ indiquait que pour les lésions des tendons de la coiffe de l'épaule gauche, une opération était prévue, incluant donc la lésion du sus-épineux à l'état maladif préexistant – aux dires du Dr I_____ – à laquelle s'étaient ajoutés des « dégâts traumatiques ou aggravants » du fait de « l'action délétère » des accidents des 27 août 2019 et 27 janvier 2020 (cf. l'avis du 1er décembre 2021 du Dr I_____). Dans ce même avis, le Dr I_____ indique également, à propos de l'opération envisagée, qu'il serait hasardeux d'admettre que les troubles nécessitant cette intervention chirurgicale se résumeraient au seul problème de la fissuration interstitielle du tendon du sus-épineux et qu'à cet égard, le cas ne serait « pas clair » et de toute manière « pas traumatique ».

En raisonnant de la sorte, le Dr I_____ et, à sa suite, l'intimée, ne tiennent toutefois pas compte du fait qu'une causalité partielle entre ladite intervention et les accidents des 27 août 2019 et 27 janvier 2020 suffirait : selon la jurisprudence en effet, les causes pertinentes au sens de l'art. 6 al. 1 LAA comprennent également les circonstances dans lesquelles l'atteinte à la santé ne serait pas survenue au même moment. Une atteinte traumatique dommageable fonde ainsi un droit aux prestations d'assurance même lorsque sans l'événement assuré, le dommage serait survenu tôt ou tard et qu'ainsi, l'accident constitue la condition sine qua non uniquement pour ce qui concerne le moment de la survenance du dommage. En revanche, la situation est différente si l'accident ne constitue qu'une cause occasionnelle ou fortuite – qui rend manifeste un risque présent qui aurait

pu se produire à tout moment – et qu'il est dépourvu de toute portée propre d'un point de vue causal (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2016 du 7 juillet 2016 consid. 4.1.1 ; Doris VOLLENWEIDER, Andreas BRUNNER, in Frésard-Fellay, Leuzinger, Pärli [éd.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, n. 19 ad art. 36 LAA).

Dès lors que le Dr I_____ a considéré que les accidents des 27 août 2019 et 27 janvier 2020 avaient eu une « action délétère » et que la fissuration interstitielle du tendon du sus-épineux constituait – à tout le moins – l'une des causes de l'intervention chirurgicale programmée pour le 2 février 2021 (pièce 34 intimée), l'appréciation de ce même médecin, selon laquelle le *statu quo sine* aurait été atteint le 20 janvier 2021 – du seul fait qu'une aggravation traumatique passagère d'un état maladif préexistant est par principe limitée dans le temps – apparaît insuffisamment motivée et partant douteuse, dès lors qu'elle implique qu'il serait établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la nécessité de l'intervention en question se serait manifestée en février 2021 également, même sans les événements assurés des 27 août 2019 et 27 janvier 2020. Or, ce dernier point n'a précisément fait l'objet d'aucune mesure d'instruction de la part de l'intimée, en particulier d'aucune comparaison avec l'épaule droite.

11.4 La jurisprudence rappelée notamment par l'arrêt 8C_337/2016 précité impliquerait les conséquences suivantes pour le cas d'espèce : si le besoin d'un traitement médical des troubles de l'épaule gauche – qui était toujours d'actualité le 31 janvier 2021 – et l'indication opératoire (voire une opération effectuée dans l'intervalle) étaient apparus plus tôt que cela aurait été le cas sans les accidents des 27 août 2019 et 27 janvier 2020, l'intimée serait tenue de prendre en charge les coûts de ce traitement (art. 10 LAA), incluant les frais de ladite intervention, ainsi qu'une éventuelle incapacité de travail associée (art. 16 LAA). Tant et aussi longtemps qu'il s'avérerait que les suites des accidents des 27 août 2019 et 27 janvier 2020 constituent encore une cause, même partielle, d'un traitement médical et/ou d'une incapacité de travail, l'intimée devrait fournir des prestations d'assurance à la recourante, et ce jusqu'à ce qu'il soit établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes causées par cet accident ne constitueraient plus une cause, même partielle, des troubles de l'épaule gauche de la recourante et qu'ainsi, son atteinte à la santé ne s'expliquerait plus que par les causes antérieures aux événements des 27 août 2019 et 27 janvier 2020.

12.

12.1 Vu l'absence de valeur probante des appréciations du Dr I_____, on ne saurait conclure au degré de la vraisemblance prépondérante, que les accidents des 27 août 2019 et 27 janvier 2020 auraient cessé d'être la cause, même partielle, des troubles de l'épaule gauche après le 31 janvier 2021, soit la date fixée par l'intimée pour la cessation de l'octroi de prestations à la recourante. Pour le surplus, la chambre de céans ne saurait pas non plus se fonder sur les rapports des Drs E_____ et H_____, ne serait-ce qu'au vu de la lecture singulière des IRM à

laquelle ces médecins se livrent, sans toutefois qu'ils s'en expliquent (cf. ci-dessus : consid. 11.3).

12.2 Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le fond du litige. Vu l'absence d'avis médicaux probants notamment sur la question litigieuse de l'éventuelle survenance du *statu quo sine*, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à des investigations complémentaires en vue d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, qu'elle administre les preuves nécessaires, au besoin par une expertise, avant de rendre une nouvelle décision (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

13. Partant, le recours sera partiellement admis. La décision litigieuse sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

14. Étant donné que la recourante obtient partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS E 5 10.03).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 LPGA et 89H al. 1 LPA).

*****

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 21 octobre 2021.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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