

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4157/2025

ATAS/506/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 juin 2026

Chambre 3

En la cause

A_____

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Christine LUZZATTO et Christine WEBER-
FUX, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1979, travaillait en qualité d'aide électricien pour l'agence de placement B_____ SA et était à ce titre assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA ou l'assureur).
- b.** Le 16 avril 2025, l'assuré s'est blessé au doigt alors qu'il portait un carton. D'après les informations transmises par l'assuré à son médecin, il se serait blessé au doigt en portant un carton, apparemment avec un seul doigt, ce qui aurait causé une contusion (cf. déclaration de sinistre du 22 avril 2025).
- c.** Une radiographie du majeur droit pratiquée le 23 avril 2025 n'a montré aucune lésion, ni luxation (pce 25 int.).
- d.** Le 25 avril 2025, l'assuré a précisé que, le 16 avril 2025, sous une forte pluie, il avait couru jusqu'à l'arrêt du tram en portant une lourde charge.
- e.** Le 8 mai 2025, la docteure C_____ a conclu à un doigt à ressaut de D3 à droite de stade II selon Green. Il a été expliqué que l'assuré présentait un traumatisme de la face palmaire de D3 à droite depuis le port d'une charge lourde, le 16 avril 2025. Des douleurs progressives à la flexion de D3 et à l'extension avec sensation de ressaut étaient apparues. Le médecin notait l'absence de plaie ou de tuméfaction, la palpation d'un nodule de Notta, en regard de la poulie A1 et l'existence d'un ressaut à la flexion/extension de D3 passive et active (pce 42 int.).
- f.** Les 11 et 20 mai 2025, la docteure D_____ a conclu à une ténosynovite sténosante post-traumatique au majeur droit (7 mai 2025 ; pce 41 et 43 int.).
- g.** Le 19 juin 2025, le docteur E_____, médecin d'assurance de la SUVA et spécialiste en médecine interne générale, a émis l'avis que les lésions au niveau du doigt de l'assuré résultaient probablement d'une usure ou d'une maladie. Il a expliqué que le diagnostic retenu (doigt à ressaut) correspondait à une pathologie d'usure, d'origine dégénérative, liée à un épaissement inflammatoire de la poulie tendineuse, entraînant un blocage partiel ou complet du tendon, qui ne pouvait plus glisser correctement et que cela se développait progressivement, en réponse à des sollicitations répétées et chroniques. Pour le surplus, le diagnostic posé ne correspondait à aucune lésion corporelle parmi celles énumérées par la loi (pce 65 int.).
- h.** Par décision du 17 juillet 2025, la SUVA a refusé de prendre le cas en charge, vu l'absence d'accident.
- i.** Le 18 juillet 2025, l'assuré s'est opposé à cette décision.

j. Invité par l'assurance à préciser les circonstances de l'événement du 16 avril 2025, l'assuré s'est exécuté par courriel du 2 octobre 2025 (pce 101 int.).

Il a ainsi allégué qu'il portait un carton mesurant environ 40 x 30 x 25 cm, contenant un rouleau de câble électrique et des pièces métalliques destinées à un chantier, le tout pesant entre 15 et 20 kg. Il avait saisi le carton d'une main afin de le mettre à l'abri, car une forte pluie avait débuté. Il l'avait porté et s'était précipité pour s'abriter de la pluie. Dans ce mouvement, il avait ressenti une douleur intense au doigt du milieu de sa main droite. Il s'agirait selon lui d'une « lésion ligamentaire ».

k. Par décision du 7 novembre 2025, la SUVA a rejeté l'opposition.

Elle a constaté que l'assuré n'avait mentionné aucune glissade ou autre mouvement brusque ou inattendu qui pourrait s'apparenter à une cause extérieure extraordinaire.

Elle a considéré qu'au vu des habitudes professionnelles de l'assuré, le fait de porter une charge de 15 à 20 kg n'avait rien d'extraordinaire. Partant, la notion d'accident ne pouvait être retenue.

La radiographie pratiquée le jour de l'accident n'avait mis en évidence aucune lésion osseuse ou luxation du majeur droit.

Qui plus est, le Dr E_____, après avoir pris connaissance de tous les éléments essentiels à l'instruction du dossier, avait indiqué que la lésion constatée, à savoir un doigt à ressort du majeur de la main droite, était très probablement d'origine malade ou liée à l'usure.

Enfin, même si l'on voulait contester le caractère malade de cette lésion, elle ne pouvait de toute manière pas être assimilée à une lésion corporelle énumérée de manière exhaustive dans la loi.

En conséquence de quoi, l'assureur-accidents a nié le droit de l'assuré à ses prestations.

B. a. Par écriture du 25 novembre 2025 adressée à la Cour de céans, et écriture du 27 novembre 2025, adressée à la SUVA et transmise par cette dernière à la Cour de céans comme objet de sa compétence, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

En substance, le recourant fait valoir que l'événement est survenu lors d'une forte pluie, alors qu'il courait vers un bâtiment après avoir soulevé une charge lourde. Il avait alors ressenti une douleur intense au majeur droit. Selon lui, la combinaison de ces facteurs (nécessité de courir, pluie, effort pour soulever et transporter une charge dont il reconnaît qu'elle n'était pas objectivement excessive) suffirait pour reconnaître l'existence d'une cause extérieure de caractère extraordinaire.

Pour le surplus, il retient de l'avis du Dr E_____ que la lésion consiste en un blocage partiel ou complet du tendon, avec glissement entravé. Or, la loi

mentionne, au nombre des lésions assimilées, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments et les déchirures de muscles. Même si le doigt à ressaut ne fait pas partie des atteintes énumérées, il est intrinsèquement lié à une atteinte des tendons et ne constituerait donc pas une maladie dégénérative pure.

b. Invité à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 2 décembre 2025, a conclu au rejet du recours, en renonçant à déposer une réponse formelle.

c. Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 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.

1.3 Le 1^{er} 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 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).

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

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de nier le caractère accidentel de l'événement du 16 avril 2025.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, le facteur extérieur de l'atteinte et,

enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un de ces éléments fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.31 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.1).

3.2 Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues.

Pour admettre la présence d'un accident, il ne suffit pas que l'atteinte à la santé trouve sa cause dans un facteur extérieur. Encore faut-il que ce facteur puisse être qualifié d'extraordinaire. Cette condition est réalisée lorsque le facteur extérieur excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 p. 221 ; 134 V 72 consid. 4.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 p. 404 ; 121 V 35 consid. 1a p. 38).

Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

Un événement peut s'avérer objectivement inhabituel pour certaines personnes et non pour d'autres, de sorte qu'il ne serait pas équitable d'appliquer les mêmes critères ou de fixer les mêmes limites pour tous les assurés. Une chute, par exemple, constitue un événement objectivement extraordinaire pour un promeneur, mais non pour un lutteur qui pratique son sport. Le fait de soulever et transporter des charges devra, en principe, être considéré comme objectivement habituel pour un professionnel, tel qu'un manoeuvre par exemple, mais pas pour une personne se vouant à cette activité au titre de simple amateur.

Ainsi, un événement accidentel a été nié, en raison notamment, d'une absence d'effort excessif, dans les cas suivants :

- un employé d'hôpital occupé à déplacer de la table d'opération à un lit un malade encore partiellement endormi pesant entre 100 et 120 kg et qui a ressenti une douleur au dos (ATF 116 V 136, consid. 3c) ;
- un infirmier ayant éprouvé des douleurs cervicales après avoir exécuté un mouvement brusque de rotation pour retenir un patient sur le point de choir (8C_726/2009 du 30 avril 2010) ;

- un infirmier ayant reçu sur lui une patiente qui s'évanouissait (arrêt U 238/99 du 14 février 2000) ;
- un maçon carreleur ayant éprouvé des douleurs dorsales en posant une dalle de 85 kg (arrêt U 7/00 du 27 juillet 2001) ;
- un monteur en chauffage s'étant blessé au sternum et à l'épaule droite en soulevant avec un collègue un radiateur de 100 kg (arrêt U 110/99 du 12 avril 2000, consid. 2-3) ;
- un aide-monteur dans la construction métallique ayant eu à soulever une charge de 140 kg avec un collègue (arrêt 8C_245/2015 du 19 août 2015).

3.3 Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un « mouvement non coordonné ». Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur – la modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.2 et les références). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n. U 502 p. 184 consid. 4.1 ; RAMA 1999 n. U 345 p. 422 consid. 2b). Le Tribunal fédéral a, dans un arrêt récent, nié le facteur extraordinaire chez un assuré qui avait monté un petit escalier normal en tenant quelque chose à la main (arrêt du Tribunal fédéral 8C_24/2022 du 20 septembre 2022, *in* SVR 2023 UV n. 13 p. 40).

3.4 La preuve d'un accident causant des lésions touchant l'intérieur du corps est soumise à des exigences strictes, en ce sens que la cause immédiate de la blessure doit être établie dans des circonstances particulièrement évidentes. En général, un accident entraîne des lésions qui sont perceptibles de l'extérieur, et son absence constitue une probabilité accrue qu'elle est d'origine malade (ATF 99 V 136 consid. 1). À cet égard, le facteur externe est un élément central (ATF 134 V 72 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_225_2019 du 20 août 2019 consid. 3.4).

3.5 Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne, qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes. Un accident se manifeste en règle générale par une lésion perceptible à l'extérieur. Lorsque tel n'est pas le cas, il est plus vraisemblable que l'atteinte soit d'origine malade (arrêt du Tribunal fédéral 8C_693/2010 du 25 mars 2011 consid. 5.2).

3.6 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

3.7 En l'espèce, la Cour relèvera en premier lieu qu'il n'y a aucune lésion extérieure. La radiographie pratiquée dans les suites de l'événement décrit par l'assuré n'a montré aucune lésion, ni luxation. Le médecin qui l'a examiné n'a pas non plus constaté de plaie ou de tuméfaction.

L'assuré n'a décrit aucun facteur extérieur extraordinaire, étant rappelé qu'en présence d'un effort tel que décrit (soulèvement, déplacement de charge), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé. En l'occurrence, le soulèvement de telles charges fait partie du quotidien du recourant, ce qu'il reconnaît d'ailleurs lui-même en admettant que la charge n'avait « objectivement rien d'excessif ». Or, il n'y a pas d'accident, au sens de la loi, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants. Tel est le cas en l'occurrence, un doigt à ressort étant, comme l'a expliqué le Dr E_____, la conséquence d'efforts ou de mouvements répétés. Contrairement à ce que soutient le recourant, la conjugaison de la pluie, de sa course et du soulèvement d'une charge somme toute habituelle ne suffit pas à reconnaître l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire.

Le recourant invoque à l'appui de sa position un ATF 134 V 72. Or, cet arrêt concernait un assuré s'étant blessé à une dent à la suite d'un heurt contre le volant d'une auto-tamponneuse. La situation est donc bien différente de celle du recourant, de sorte que cette référence ne lui est d'aucun secours.

Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est dès lors à juste titre que l'intimée a considéré que l'existence d'un facteur extraordinaire extérieur ne pouvait être admise.

- 4.** Se pose dès lors la question de savoir si l'on se trouve en présence d'une lésion assimilable à un accident.

4.1 En effet, aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, 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 (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les elongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

4.2 Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (*cf.* ATF 139 V 327 consid. 3.1).

Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que, selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents ; calcul du gain assuré ; questions juridiques intemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (*cf.* art. 43 al. 1 LPG), l'assureur-accidents doit clarifier

les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGa, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGa ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accidents. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre l'état antérieur, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par ex., un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié in BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales probantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire à plus de 50% de l'ensemble des facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

4.3 En l'espèce, comme indiqué *supra*, seul un événement bénin ou anodin a pu être établi. Qui plus est, le doigt à ressort ne figure pas au nombre des lésions énumérées de manière exhaustive dans la loi. Comme l'a clairement signifié la Dre C_____ à son patient en date du 8 mai 2025, il n'y a aucune déchirure du tendon. Aucune des hypothèses retenues par la loi n'étant réalisée, l'intimée n'a donc pas à apporter la preuve que la lésion serait principalement due à une usure ou à une maladie.

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

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

**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

Diana ZIERI

Karine STECK

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