



POUVOIR JUDICIAIRE

A/848/2017

ATAS/72/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 janvier 2020

8^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à THOIRY, FRANCE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Marcel BERSIER

recourante

contre

MUTUEL ASSURANCES SA, Service juridique, sise rue des
Cèdres 5, MARTIGNY

intimées

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise Mythenquai
2, ZURICH

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente suppléante ; Willy KNOPFEL et Jean-Pierre
WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1966, travaille comme infirmière auprès de la Maison de retraite B_____. A ce titre, elle est assurée par la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : la ZURICH) pour les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 23 juillet 2015, l'assurée a été victime d'un accident lors d'une randonnée en Corse. Elle s'était tordu la cheville gauche en descendant du lac Nino. L'événement a été annoncé par l'employeur par déclaration d'accident du 21 août 2015.
3. Les premiers soins ont été donnés par le Centre Hospitalier de Calvi-Balagno. Le médecin a prescrit un aircast, des cannes anglaises et du paracetamol. A la demande de la Dresse C_____, médecin traitant, une IRM de la cheville a été effectuée à l'Hôpital de la Tour le 4 août 2015. Elle a mis en évidence une tendinite des tendons du tibia postérieur et du long fléchisseur des orteils sur os naviculaire accessoire. Une incapacité de travail de 100% a été attestée dès le 23 juillet 2015.
4. L'assurée a été examinée par le Dr D_____, du Centre de chirurgie orthopédique de la Clinique Saint-Charles de Lyon. Dans son rapport à l'attention de la ZURICH du 31 août 2015, ce médecin a diagnostiqué une tendinite insertion du tibia postérieur sur naviculaire accessoire. Il a prescrit des semelles orthopédiques, des infiltrations et une chirurgie en fonction de l'évolution. L'incapacité de travail était de 100% pour une durée de trois à quinze semaines, selon l'évolution. Le scanner du 31 août 2015 ne montre pas d'anomalie de la trame du spongieux de l'os naviculaire accessoire. L'intervalle avec l'os naviculaire est légèrement irrégulier, mais sans érosion des corticales.
5. Le 16 septembre 2015, le Dr D_____ certifie que l'état de santé de l'assurée nécessite une intervention au niveau de son os naviculaire du pied gauche et que le temps de consolidation pour ce genre d'intervention est de six semaines à trois mois. L'assurée a été opérée le 1^{er} octobre 2015 de l'os scaphoïde accessoire et d'un hallux valgus. L'incapacité de travail a été prolongée jusqu'au 3 janvier 2016 inclus.
6. La ZURICH soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Par avis du 1^{er} décembre 2015, le médecin-conseil a indiqué que suite à l'intervention de l'os scaphoïde accessoire, huit semaines d'incapacité de travail sont largement suffisantes. Le hallux valgus n'est pas en relation avec un traumatisme, mais avec un état maladif. Il n'y a aucun argument dans les rapports médicaux pour justifier une prolongation de l'incapacité de travail et l'assurée peut reprendre le travail à 100% dès le 5 décembre 2015.
7. Après avoir avisé l'assurée par e-mail, la ZURICH, par décision du 11 janvier 2016, a informé l'assurée que ses prestations pour l'incapacité de travail prenaient fin au 4 décembre 2015, mais que les frais de traitement en relation avec la lésion de l'os scaphoïde accessoire du pied gauche sont pris en charge tant que la relation de causalité est établie. En revanche, la prise en charge pour l'affection hallux

valgus était niée. La ZURICH s'est référée à l'avis de son médecin-conseil et a considéré que l'incapacité de travail dès le 5 décembre 2015 n'était plus en relation de causalité selon le degré de vraisemblance exigée par la loi (supérieur à 50%).

8. Par courrier du 28 janvier 2016, l'assurée s'est opposée à cette décision, considérant que son problème n'était toujours pas résolu, bien qu'elle ait repris le travail le 4 janvier 2016. Elle se réfère au rapport du Dr D_____ du 22 janvier 2016, aux termes duquel l'évolution n'a pas été favorable puisqu'elle a gardé des douleurs sur son tendon tibial postérieur, avec mise en place d'un traitement médical adapté associé à un traitement fonctionnel. Le Dr D_____ indique que la patiente a présenté un nouvel accident sur son lieu de travail sur ce pied opéré, avec aggravation des douleurs de sa tendinite, ce qui a conduit à la réalisation d'une échographie confirmant la persistance de cette tendinite, associée à des microfissures. Un traitement médical est à poursuivre. La patiente ne présente aucun problème en rapport avec la pathologie d'hallux valgus. L'incapacité de travail est prolongée en raison du problème de tendinite du tibial postérieur.
9. L'accident du 13 janvier 2016 a été annoncé à MUTUEL ASSURANCES SA, nouvel assureur de l'employeur, le 26 janvier 2016. L'employeur indiquait qu'il s'agissait d'une rechute et que le cas avait été annoncé à la ZURICH.
10. Le 2 mai 2016, MUTUEL ASSURANCES SA a informé la ZURICH que l'événement survenu le 13 janvier 2016 n'était ni un accident, ni une lésion assimilée à un accident. La ZURICH répondit le 25 mai 2016 que l'événement ne relevait pas de sa compétence.
11. La ZURICH a sollicité l'avis d'un deuxième médecin-conseil, le Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce dernier estima qu'une intervention de l'os scaphoïde accessoire exigeait en principe une incapacité de travail de 8 semaines, comme préconisé par le Dr E_____. Toutefois, au vu de l'évolution peu favorable décrite par le Dr D_____, une prolongation de l'incapacité de travail pouvait être soutenue dans le cas d'espèce.
12. Par décision du 25 mai 2016, la ZURICH a partiellement admis l'opposition de l'assurée, en ce sens que l'incapacité de travail est admise au-delà du 4 décembre 2015 et jusqu'au 3 janvier 2016. Quant à l'aggravation liée à l'événement du 13 janvier 2016, elle n'est pas à la charge de la ZURICH, cette dernière n'étant plus l'assureur depuis le 1^{er} janvier 2016.
13. Par décision du 22 juin 2016, MUTUEL ASSURANCES SA a refusé la prise en charge de l'événement, au motif qu'il ne s'agissait ni d'un accident, ni d'une lésion assimilée à un accident.
14. Le 30 août 2016, suite à l'opposition de l'assurée indiquant qu'à deux reprises, elle avait été victime de chutes avec torsion de la cheville gauche, MUTUEL ASSURANCES SA a annulé sa décision et informé l'assurée qu'elle prenait son cas en considération.

15. MUTUEL ASSURANCS SA a recueilli divers rapports médicaux, notamment du Dr D_____, ainsi que des comptes-rendus d'échographie du pied G.
16. Selon un rapport d'IRM pratiquée le 23 septembre 2016 à Lyon, malgré l'amélioration fonctionnelle plus significative décrite par la patiente, il persiste des signes de ténosynovite fissuraire du tibial postérieur en situation rétro et sous-malléolaire médial jusqu'à son insertion distale avec un réhaussement synovial inflammatoire encore intense de la gaine tendineuse.
17. L'assurée a été examinée par le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de MUTUEL ASSURANCES SA. Dans son appréciation du 18 octobre 2016, le médecin-conseil, après avoir examiné l'assurée et pris connaissance de son dossier médical, relève que l'incapacité de travail a été totale du 13 janvier 2016 jusqu'à début mai 2016, date de la reprise de travail, et que depuis mi-juin 2016, l'incapacité de travail est à nouveau totale. Sur la base des éléments objectifs des dossiers asséurologiques, de l'anamnèse recueillie auprès de la patiente et de l'examen clinique du 28 septembre 2016, le Dr G_____ parvient à la conclusion que l'événement du 13 janvier 2016, qui n'a pas occasionné de lésion structurelle qui lui serait imputable, a aggravé de manière passagère l'état antérieur déjà connu et démontré à l'imagerie. Le pied plat longitudinal unilatéral G, d'apparition récente, constaté par la patiente début janvier 2016 et relevé par le Dr D_____ dans son rapport du 8 janvier 2016, soit avant l'événement du 13 janvier 2016, est secondaire à une insuffisance ou une rupture totale ou subtotale du tendon du jambier postérieur et il est en rapport avec l'état antérieur. Dans ce contexte d'aggravation passagère d'un état antérieur, l'événement du 13 janvier 2016, qui n'a pas aggravé structurellement les troubles du pied G, a maintenant totalement cessé de déployer ses effets.
18. Dans un courrier du 28 octobre 2016 adressé à la Dresse C_____, le Dr D_____ relève que c'est le traumatisme qui a engendré la déstabilisation de l'os naviculaire accessoire et sa tendinite ayant conduit à un geste chirurgical. Le nouveau traumatisme a aggravé sa tendinite.
19. Par décision du 2 décembre 2016, MUTUEL ASSURANCES SA a mis fin à la prise en charge des troubles au pied gauche au 28 septembre 2016, considérant que dès le 29 septembre 2016, les soins donnés ne sont plus en relation de causalité naturelle avec l'événement survenu le 13 janvier 2016.
20. Le 29 décembre 2019, l'assurée a formé opposition, alléguant qu'avant les accidents elle n'avait jamais souffert du pied gauche et que le Dr D_____ a bien fait la relation entre les lésions de la cheville gauche et les deux accidents.
21. Interpellé par MUTUEL ASSURANCES SA, le médecin-conseil, par avis complémentaire du 7 février 2017, a considéré que le rapport du Dr D_____ n'était pas susceptible de modifier ses conclusions.

22. Par décision du 8 février 2017, MUTUEL ASSURANCES SA a rejeté l'opposition de l'assurée.
23. Représentée par son mandataire, l'assurée interjette recours le 10 mars 2017. Elle conteste que le lien de causalité naturelle ne serait manifestement plus rempli et allègue que les considérations du Dr G_____ sont en totale contradiction avec celles des deux médecins qu'elle a consultés. Elle sollicite préalablement à ce qu'une expertise soit ordonnée et, sur le fond, au renvoi de la cause à MUTUEL ASSURANCES SA pour nouvelle décision.
24. Par réponse du 12 juin 2017, MUTUEL ASSURANCES SA se réfère aux avis circonstanciés du Dr G_____. Elle soutient que les troubles au pied gauche au-delà du 28 septembre 2016 ne sont pas en relation de causalité avec l'événement du 13 janvier 2016, mais avec l'accident survenu en juillet 2015, donc de la compétence de la ZURICH. Elle conclut au rejet du recours.
25. Par ordonnance du 5 juillet 2017, la Chambre de céans a appelé en cause la ZURICH et lui a imparti un délai pour se déterminer.
26. Dans sa détermination du 8 septembre 2017, la ZURICH conteste que l'accident du 23 juillet 2015 soit à l'origine des troubles persistants. Elle expose que suite à l'opposition de l'assurée, elle a mandaté la Clinique CORELA pour expertise. L'assurée a été examinée le 4 février 2017 par le Dr H_____. Dans son rapport d'expertise du 28 mars 2017, le Dr H_____ relève que l'IRM réalisée le 4 août 2015 ne montrait pas de signes traumatiques récents (œdème osseux, oedème des parties molles autour de cet os naviculaire accessoire), lesquels étaient pourtant fréquents dans le cadres de ces déstabilisations. En revanche, cet examen montrait une irrégularité des berges osseuses de la synchondrose plutôt d'allure dégénérative que traumatique récente. Pour cette raison, le lien de causalité était tout au plus possible. De plus, l'assurée présentait des antécédents (diabète), une pratique sportive (course à pied) et un métier sollicitant qui pouvaient favoriser l'apparition d'une inflammation au niveau du tendon du muscle tibial postérieur et du tendon du muscle du long fléchisseur des orteils. Selon l'expert, il s'agissait d'une lésion préexistante favorisée par le diabète de type II, la pratique sportive et les algies rapportées dans les suites de l'intervention d'octobre 2015 pouvaient être dues à une non récupération totale liée au geste chirurgical, même si celui-ci a été réalisé selon les règles de l'art. C'est ainsi que par décision du 31 juillet 2017, la ZURICH a mis fin aux prestations pour le traitement médical et l'incapacité de travail au 4 août 2015, tout en renonçant au remboursement des prestations qui ont été versées au-delà de cette date. L'assurée s'est opposée à cette décision par acte du 4 septembre 2017. Selon l'appelée en cause, il est clairement acquis qu'il n'y a plus de lien de causalité naturelle avec l'accident du 23 juillet 2015 au-delà du 4 août 2015. Pour le surplus, l'appelée en cause considère qu'il ne lui appartient pas de se prononcer sur l'étendue ou la nature du lien de causalité avec l'événement du 13 janvier 2016 dont elle n'a pas à répondre. Elle conclut au rejet des conclusions des parties, dans la mesure où elles devraient l'affecter.

27. Par écriture du 11 octobre 2017, la recourante a conclu à l'annulation de la décision de MUTUEL ASSURANCES SA, à l'ordonnance d'une expertise aux fins de déterminer à quel/s accident/s est imputable l'incapacité de travail subie par elle dès le 29 septembre 2016 et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. Elle conteste les allégués de la ZURICH selon lesquelles les lésions tendineuses seraient d'origine dégénérative. Les prétendus problèmes liés au diabète ont été démentis par ses médecins ; le Dr D_____ a précisé que c'est bien le traumatisme qui est responsable de la symptomatologie. Le traumatisme du 23 juillet 2015 a été causé par un accrochage du gros orteil contre un caillou, par effet de traction, l'os naviculaire accessoire a été déstabilisé. Le lien de causalité existe bien et il y a lieu d'admettre que sans les accidents du 23 juillet 2015 et du 13 janvier 2016, les atteintes ne se seraient pas produites du tout ou ne seraient pas survenues de la même manière. Ce n'est qu'à défaut de retenir les conclusions claires du Dr D_____, étayées par celles des Dresses C_____, I_____ et du Dr J_____ qu'une expertise judiciaire pourrait être ordonnée.
28. Dans son écriture du 8 novembre 2017, MUTUEL ASSURANCES SA considère qu'il ressort très clairement de l'expertise de la Clinique CORELA que l'événement survenu le 13 janvier 2016 ne peut pas être tenu pour responsable d'une aggravation de lésions ou de la création de nouvelles lésions. L'événement a pu ponctuellement générer un pic algique, avant que la poursuite des conséquences de l'inflammation chronique se poursuive. Le Dr K_____ est d'avis, tout comme le Dr G_____, que l'événement de janvier 2016 n'a pas occasionné de nouvelle lésion et n'a pas aggravé structurellement l'état antérieur présenté par l'assurée. C'est à juste titre qu'elle a considéré, de façon plutôt large, que le lien de causalité naturelle n'était plus rempli au-delà du 28 septembre 2016.
29. Par détermination du 8 janvier 2018, la ZURICH a persisté et conclu au rejet du recours.
30. Par décision du même jour, la ZURICH a rejeté l'opposition formée par la recourante contre sa décision du 31 juillet 2017. Elle se réfère à l'expertise du Dr H_____, de la Clinique CORELA, qui estime qu'il n'existe pas d'atteinte en lien de causalité au moins vraisemblable avec l'événement du 23 juillet 2015. Il pourrait tout au plus être envisagé une torsion sans signes cliniques résiduels au 4 août 2015, date de l'IRM. Les troubles au-delà du 4 août 2015 ne sont donc plus, selon le degré de vraisemblance prépondérante, en relation avec l'événement du 23 juillet 2015. La ZURICH renonce toutefois au remboursement des prestations versées après le 4 août 2015.
31. Le 2 février 2018, la recourante se détermine sur les déterminations de la ZURICH et relève que les avis des médecins assureurs ne sont pas convergents. Rien dans le dossier ne permet d'affirmer que les lésions tendineuses seraient d'origine dégénérative. Elle n'a de plus jamais été suivie à propos de lésions préexistantes. Le Dr D_____ a confirmé que c'est le traumatisme causé par l'accrochage du gros orteil contre un caillou le 23 juillet 2015 qui est à l'origine de l'atteinte

dommageable. Elle conteste les conclusions du Dr H_____, de la Clinique CORELA.

32. MUTUEL ASSURANCES SA, par écriture du 5 février 2018, maintient ses conclusions.
33. Par acte du 8 février 2018, Madame A_____ a interjeté recours contre la décision sur opposition rendue par la ZURICH le 8 janvier 2018 (cause enregistrée sous le no A/481/2018). Elle a contesté souffrir de signes de neuropathie diabétique et s'est référée aux certificats médicaux des Dresses I_____, généraliste, du 25 avril 2017, et J_____, diabétologue, du 21 avril 2017. Le Dr G_____, médecin conseil de la MUTUEL ASSURANCES, avait précisé qu'elle était en bonne santé habituelle, sans antécédent médicochirurgical significatif et sans antécédent au pied gauche, ni douleur ou limitation au pied droit. Elle a sollicité la jonction de la présente cause à la cause A/848/2017 et conclu à l'annulation de la décision, à la mise en oeuvre d'une expertise et au renvoi de la cause à la ZURICH pour nouvelle décision.
34. Le 26 février 2018, la recourante, par le biais de son conseil, a communiqué à la Chambre de céans copie de la publication dans la FAO du 21 février 2018 de l'arrêté du Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS) retirant l'autorisation d'exploiter à l'institution de santé MedLex SA (anciennement CORELA SA) pour ce qui concerne les départements de psychiatrie et d'expertise, pour une durée de trois mois, soit du 1^{er} mars au 30 juin 2018. La recourante se réfère à l'arrêt du Tribunal fédéral du 22 décembre 2017 (2C_32/2017) relevant les très importants manquements dans la gestion, notamment du département « expertises » de la clinique CORELA. Elle conteste les conclusions de l'expertise rendue par ladite clinique qui sont inexactes, incomplètes et superficielles.
35. Dans sa réponse du 22 mars 2018, la ZURICH conclut au rejet du recours. Elle rappelle en substance que l'IRM réalisée le 4 août 2015 a révélé uniquement un os naviculaire accessoire de type II sans signe inflammatoire ainsi qu'une lame liquidienne dans la gaine des tendons du tibia postérieur et du long fléchisseur en l'absence de lésions ligamentaires. Aucune lésion traumatique récente n'a par contre été décelée. A l'examen du 13 août 2015, le Dr D_____ a diagnostiqué une tendinite du tibial postérieur et du long fléchisseur des orteils sur os naviculaire accessoire. En cas de persistance de la symptomatologie douloureuse, une chirurgie était à envisager. La recourante a évoqué un hallux valgus et, en cas de chirurgie, elle souhaitait le faire opérer en même temps. Un scanner réalisé le 31 août 2015 n'a pas montré d'anomalie de l'os naviculaire accessoire. L'intimée se réfère aux conclusions de l'expertise du Dr H_____, du 28 mars 2017, selon lesquelles le lien de causalité n'était que possible, en faveur d'une lésion préexistante favorisée par le diabète de type II et la pratique sportive, la déstabilisation en lien n'était qu'éventuelle.

36. Par ordonnance du 28 juin 2018, la Chambre de céans a joint les deux causes et imparti un délai aux intimées pour se déterminer.
37. Dans sa réplique du 27 juillet 2018 à la réponse de la ZURICH (ci-après : l'intimée), la recourante souligne que l'hématome sur la face interne de sa cheville gauche, mentionné dans le rapport de la Dresse C_____, a totalement échappé à l'expert de la Clinique CORELA, puisqu'il ne l'a examinée qu'en février 2017. Il en va même de la tendinite constatée par le Dr D_____ le 13 août 2015. Elle prend acte que les circonstances de l'accident du 13 janvier 20126 sont admises par l'intimée. La recourante rappelle que l'expertise sur laquelle l'intimée prétend fonder sa position émane d'une clinique dont l'exploitation a été suspendue suite à l'arrêt du Tribunal fédéral, qu'elle est tardive car elle n'a été examinée que le 4 février 2017, qu'elle est contredite par les constats et avis médicaux de plusieurs médecins et spécialistes, qu'elle est lacunaire en ne démontrant pas l'absence de rechute, enfin qu'elle ne retient pas qu'elle était en bonne santé avant l'accident et ne rend nullement vraisemblable les causes prétendues et la nature soi-disant non accidentelle des atteintes qu'elle a subies. La recourante précise qu'elle a repris son travail à 50% thérapeutique de son taux d'activité à 70% dès fin février 2018 et qu'elle devrait reprendre à 70% dès le 20 août 2018.
38. MUTUELLE ASSURANCE (ci-après : l'intimée), par écriture du 28 août 2018, indique qu'elle ne peut se déterminer que sur la question litigieuse faisant l'objet de sa décision sur opposition du 8 février 2017, soit sur le point de savoir si c'est à juste titre que les troubles du pied gauche au-delà du 28 septembre 2016 ont été considérés comme n'étant pas en relation de causalité avec l'accident du 13 janvier 2016 et dont pas à sa charge. Selon l'intimée, la recourante a été examinée par les Drs G_____ et H_____, dont les avis médicaux détaillés doivent se voir reconnaître entière valeur probante. S'agissant de l'expertise du Dr H_____, aucun des faits reprochés à la Clinique CORELA dans l'arrêt du Tribunal fédéral ne peut être reproché à l'expert. Une nouvelle expertise ne se justifie pas. L'intimée maintient ses conclusions, à savoir que les troubles du pied gauche au-delà du 28 septembre 2016 ne sont pas en relation de causalité avec l'événement du 13 janvier 2016.
39. Le 19 septembre 2018, la recourante conteste la position des assureurs.
40. Le 21 septembre 2018, MUTUEL ASSURANCE persiste dans ses conclusions, se fondant sur le rapport du Dr G_____, conforté par l'avis du Dr H_____.
41. Le 27 septembre 2018, la recourante se réfère au communiqué de presse du Tribunal fédéral, du 4 septembre 2018, à propos des irrégularités commises lors de l'établissement d'expertises par la Clinique CORELA. Dans son arrêt du 16 août 2018 89F_5/2018), le Tribunal fédéral a admis la demande de révision de son arrêt rendu en 2016. Il a notamment relevé que les manquements constatés soulèvent de sérieux doutes quant à la manière dont des expertise ont été effectuées au sein de la clinique en cause et portent atteinte à la confiance que les personnes assurées et les

organes de l'AI sont en droit d'accorder à l'institution de l'expertise. La recourante soutient que les doutes sont d'autant plus sérieux dans son cas que l'expertise est une expertise dite privée, aux frais de la ZURICH, et qu'elle a eu lieu en février 2017 pour un accident survenu en juillet 2015.

42. Les différentes écritures ont été communiquées aux parties.

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. 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.
3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (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 jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjetés dans la forme et le délai prévus par la loi, les recours des 10 mars 2017 et 8 février 2018 sont recevables (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. S'agissant du cas annoncé à la ZURICH, le litige porte sur l'existence d'un lien de causalité naturelle au-delà du 4 août 2015 entre l'événement du 23 juillet 2015 et l'affection au niveau du pied gauche de la recourante.

Concernant l'événement du 13 janvier 2016 annoncé à la MUTUEL ASSURANCE, est litigieuse la question de savoir si les troubles de la cheville gauche au-delà du 28 septembre 2016 sont en relation de causalité avec l'événement précité.

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. 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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.

7. 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).

8. 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).
9. 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).

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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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).

10. 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. Etant 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).

11. 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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait

qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

12. a. En l'espèce, la recourante a subi un premier événement le 23 juillet 2015 lors d'une randonnée en Corse. Selon la déclaration d'accident, en descendant du lac de Niro, l'assurée s'est tordu la cheville gauche.

La ZURICH a pris en charge le cas. Dans un premier temps, l'intimée a versé des prestations jusqu'au 3 janvier 2016 pour l'incapacité de travail et jusqu'au 13 avril 2016 pour les frais de traitement en relation avec la lésion de l'os scaphoïde accessoire du pied gauche. Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'intimée a mandaté la Clinique CORELA pour effectuer une expertise, réalisée par le Dr H_____. La ZURICH s'est fondée sur les conclusions de l'expertise du Dr H_____ du 28 mars 2017 pour finalement mettre fin à ses prestations au 4 août 2015, considérant que les troubles de la santé au-delà de cette date ne sont plus, selon le degré de vraisemblance prépondérante, en relation avec l'événement du 23 juillet 2015.

La recourante conteste la valeur probante de l'expertise et soutient qu'elle ne peut être prise en compte pour juger de son droit aux prestations.

b. La Chambre de céans relève que les conclusions de l'expertise du 28 mars 2017 du Dr H_____, de la Clinique CORELA, sont en contradiction avec celles de tous les médecins ayant examiné la recourante après son accident, ainsi qu'avec l'avis du médecin-conseil de la ZURICH. L'existence notamment d'une polyneuropathie diabétique périphérique est contestée par la Dresse I_____ qui a examiné la recourante le 25 avril 2017.

Quoi qu'il en soit, ladite expertise ne saurait être retenue par l'intimée pour l'examen du droit aux prestations de la recourante. En effet, suite aux nombreux manquements de la Clinique CORELA constatés par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 22 décembre 2017, l'exploitation de ladite clinique a été suspendue par le DEAS pour une durée de trois mois, du 1^{er} mars au 30 juin 2018.

Le Tribunal fédéral s'est penché sur plusieurs demandes de révision et a rappelé qu'en droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents (ATF 122 V 157 consid. 1b p. 159). Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure (cf. ATF 137 V 210 consid. 2.1.3 p. 231), ainsi que l'absence de toute intervention à l'insu de l'auteur de l'expertise, les personnes ayant participé à un stade ou à un autre aux examens médicaux ou à l'élaboration du rapport d'expertise devant être mentionnées comme telles dans celui-ci. Or les manquements constatés au sein du

"département expertise" par le Tribunal fédéral dans la procédure relative au retrait de l'autorisation de la Clinique CORELA soulèvent de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises ont été effectuées au sein de cet établissement (arrêt 2C_32/2017 cité consid. 7.1) et portent atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes des assurances sociales sont en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise (voir aussi arrêts 9F_5/2018 du 16 août 2018 consid. 2.3.2; 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2). Dès lors, de même que l'assureur-accidents ou le juge ne peut se fonder sur un rapport médical qui, en soi, remplit les exigences en matière de valeur probante (sur ce point, cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) lorsqu'il existe des circonstances qui soulèvent des doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de son auteur, fondés non pas sur une impression subjective mais une approche objective (ATF 137 V 210 consid. 6.1.2 p. 267; 132 V 93 consid. 7.1 p. 109 et la référence; arrêt 9C_104/2012 du 12 septembre 2012 consid. 3.1), il n'est pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise qui a été établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour l'expertise en cause.

En l'occurrence, l'expertise du Dr H_____ de la Clinique CORELA a été rendue en février 2017, soit avant les constatations faites par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 22 décembre 2017 et la suspension de l'exploitation prononcée par le DEAS, c'est-à-dire à une époque où le responsable médical du « département expertise » modifiait illicitement le contenu de rapports. Partant, elle ne pouvait servir de fondement pour statuer sur le droit de la requérante aux prestations de l'assurance-accidents, et ce indépendamment du point de savoir si cela s'est aussi produit dans son cas (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8F_8/2018 du 7 janvier 2019).

Le grief de la recourante est bien fondé sur ce point.

13. Reste à examiner si les autres rapports médicaux figurant au dossier permettent de statuer sur les suites de l'événement du 23 juillet 2015.

Suite à l'accident du 23 juillet 2015, les premiers soins ont été donnés par le Centre hospitalier de Calvi-Balagne où le diagnostic d'entorse de la cheville gauche fut retenu. La Dresse C_____ a examiné la recourante le 4 août 2015 et constaté une cheville gauche très enflée, avec un hématome sur la face interne. Elle a prescrit une IRM du 4 août 2015 qui a mis en évidence un os naviculaire accessoire de type II, sans signe inflammatoire, et d'une lame de liquide dans les tendons du long fléchisseur des orteils et tibial postérieur.

Le Dr D_____ a consulté la patiente le 13 août 2015, à la demande de la Dresse C_____. Il a prescrit des semelles associées à une infiltration échoguidée. En cas de douleurs persistantes, une intervention chirurgicale était à envisager, étant précisé que dans ce cas, la patiente profiterait de faire opérer un hallux valgus. Le 16 septembre 2015, le Dr D_____ indique que la recourante doit subir une intervention au niveau de l'os naviculaire du pied gauche le 1^{er} octobre 2015 et que

le temps de consolidation est de six semaines à trois mois. Un arrêt de travail est prescrit du 3 octobre 2015 au 3 janvier 2016.

Le Dr E_____, médecin-conseil de la ZURICH, a estimé dans son avis du 1^{er} décembre 2015, que huit semaines d'incapacité de travail étaient largement suffisantes et que la recourante pouvait reprendre le travail le 5 décembre 2015.

Le 8 janvier 2016, le Dr D_____ note des douleurs à la palpation du tibia postérieur et au testing et relève l'existence d'un effondrement de l'arche médiale pour lequel il préconise une semelle, en plus d'une nouvelle cure d'anti-inflammatoires. Le 15 janvier 2016, le praticien indique que la patiente a subi un traumatisme de son pied gauche opéré, en voulant retenir une malade qui avait fait une chute. Il a objectivé une boiterie à la marche, associée à des douleurs beaucoup plus importantes. La reprise du travail semblait difficile, de sorte qu'il « la prolongeait en rechute ». Dans son rapport du 22 janvier 2016, le Dr D_____ indique que l'évolution n'est pas satisfaisante, car la patiente a toujours gardé des douleurs sur son tendon tibia postérieur. De plus, elle a subi un nouvel accident sur son lieu de travail, avec aggravation des douleurs de sa tendinite. Le traitement médical était à poursuivre et l'arrêt de travail a été prolongé. Sur la base de ce rapport, le Dr L_____, médecin conseil de la ZURICH, a considéré qu'une prolongation d'incapacité de travail jusqu'au 12 janvier 2016 pouvait être admise. Aucun des médecins précités n'a fait état d'un état maladif antérieur. La ZURICH a finalement admis, par décision sur opposition du 11 janvier 2016, une incapacité de travail jusqu'au 3 janvier 2016.

A priori, il n'y a aurait aucun motif de s'écarter des avis médicaux concordants des médecins traitants et des médecins conseils de la ZURICH. Toutefois, au vu de l'état de santé non stabilisé de la recourante, des incertitudes quant à la causalité au regard également du nouvel événement survenu le 13 janvier 2016 et du fait que l'expertise sur laquelle la ZURICH entend se fonder doit être écartée du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer, en l'état, sur la causalité et l'étendue du droit aux prestations dues à la recourante suite à l'événement du 23 juillet 2015.

14. A la suite du deuxième événement survenu le 13 janvier 2016, MUTUEL ASSURANCE, nouvel assureur, a requis un examen de la recourante par son médecin conseil, le Dr G_____. Ce dernier l'a examinée le 28 septembre 2016. Dans son rapport du 18 octobre 2016, le Dr G_____ relève que suite au premier accident du 23 juillet 2015, le diagnostic d'entorse de la cheville gauche a été posé. L'IRM du 4 août 2015 n'a pas démontré de signe d'entorse ni de fracture, mais a révélé la présence d'un os naviculaire de type II, sans signe inflammatoire, et d'une lame liquidienne dans la gaine des tendons tibia postérieur et du long fléchisseur. Le diagnostic de tendinite d'insertion du tendon du tibia postérieur sur un os naviculaire accessoire gauche a été posé secondairement. Selon le Dr G_____, le bilan par imagerie (échographies des 19 janvier 2016, 14 juin 2016 et 25 juillet 2016, IRM du 23 septembre 2016) n'a pas démontré de lésion structurelle

supplémentaire et imputable à l'événement du 13 janvier 2016, mais a confirmé la persistance de l'état antérieur et de signes de tendinopathie inflammatoire du tibia postérieur. L'examen clinique a confirmé la présence d'un pied plat longitudinal unilatéral et l'insuffisance du tendon du jambier postérieur. Le médecin-conseil parvient à la conclusion que l'évènement du 13 janvier 2016, qui n'a pas occasionné de lésion structurelle qui lui serait imputable, a aggravé de manière passagère l'état antérieur déjà connu et démontré par l'imagerie. Le pied plat longitudinal unilatéral gauche, d'apparition récente mais avant l'évènement du 13 janvier 2016, est secondaire à une insuffisance ou une rupture totale ou subtotale du tendon du jambier postérieur et il est en rapporta avec l'état antérieur. Dans ce contexte d'aggravation passagère d'un état antérieur, l'évènement du 13 janvier 2016 a maintenant totalement cessé de déployer ses effets.

MUTUEL ASSURANCES relève que l'avis du Dr G_____ rejoint celui du Dr H_____, de la Clinique CORELA, ce dernier estimant d'ailleurs que l'incident du 13 janvier 2016 ne peut être tenu pour responsable d'une aggravation de lésions ou création de nouvelles lésions. Au-delà d'un mois après cet incident, les douleurs restent secondaires, soit à la persistance d'une inflammation post-opératoire, soit à la persistance de l'état chronique présent avant l'évènement du 23 juillet 2015 et l'incident du 13 janvier 2016.

Dans la mesure où MUTUEL ASSURANCE entend se référer à l'expertise CORELA pour conforter sa position, elle ne peut être suivie, ladite expertise ne pouvant servir de fondement à l'examen du droit aux prestations de la recourante, comme vu supra.

La Chambre de céans constate par ailleurs que l'échographie pratiquée le 19 janvier 2016, soit après l'évènement du 13 janvier 2016, fait état d'une tendinopathie inflammatoire fissuraire du tendon tibial postérieur dans un contexte post-traumatique avec séquelles d'exérèse d'un os naviculaire accessoire. Cette évolution fissuraire est confirmée par l'IRM du 23 septembre 2016.

Le Dr D_____ indique le 28 octobre 2016 que le traumatisme du 23 juillet 2015 a déstabilisé l'os naviculaire et que c'est bien le traumatisme qui est responsable de la symptomatologie de la recourante.

Quoi qu'il en soit, en l'état actuel du dossier, la Chambre de céans n'est pas en mesure de statuer sur la causalité et l'étendue du droit aux prestations de la recourante au-delà du 28 septembre 2016, s'agissant des suites de l'évènement du 13 janvier 2016.

15. Au vu de la complexité du cas et des interactions entre les événements du 23 juillet 2015 et du 13 janvier 2016, la Chambre de céans admettra les recours et renverra le dossier aux intimées. Il leur appartiendra de mettre en oeuvre une expertise conjointe, l'expert devant se prononcer clairement notamment sur les diagnostics, le lien de causalité et déterminer à quel(s) accident(s) est imputable l'incapacité de travail de la recourante depuis le 23 juillet 2015, puis dès le 13 janvier 2016.

16. La recourante obtenant partiellement gain de cause, les intimées sont condamnées à lui payer, conjointement et solidairement, une indemnité de CHF 6'000.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare les recours des 10 mars 2017 et 8 février 2018 recevables.

Au fond :

2. Admet partiellement les recours.
3. Annule la décision de MUTUEL ASSURANCES SA du 8 février 2017 et celle de la ZURICH ASSURANCE du 8 janvier 2018.
4. Renvoie la cause à la ZURICH ASSURANCE et à MUTUEL ASSURANCES SA pour mise en œuvre d'une expertise conjointe, dans le sens des considérants, et nouvelles décisions.
5. Condamne les intimées, conjointement et solidairement, à payer à la recourante la somme de CHF 6'000.- à titre de participation à ses frais et dépens, ainsi qu'à ceux de son mandataire.
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 suppléante

Irène PONCET

Juliana BALDÉ

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