

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1934/2024

ATAS/723/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 septembre 2024

Chambre 2

En la cause

A _____

recourante

représentée par Me Michel CELI VEGAS, avocat

contre

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

intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, président ; Christine TARRIT-DESHUSSES et Anny FAVRE, juges assesseures.

EN FAIT

- A. a.** Le 10 septembre 2021, Madame A_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1956, célibataire, de profession « employée de maison, ménage privé », au taux d'occupation de 100% auprès de son employeur dans le canton de Vaud (ci-après : l'employeur), a fait l'objet d'une « déclaration d'accident LAA » de la part de B_____.

La date du sinistre indiquée était le 14 novembre 2023 à 8h00, et, l'accident, qui s'était déroulé dans le canton de Vaud, était décrit ainsi : « Elle s'est glissée au travail, sans chute directe mais traumatisme direct de l'épaule droite contre le cadre d'une porte ». Le travail avait été interrompu à la suite de cet accident.

- b.** Le docteur C_____, spécialiste en médecine interne générale auprès de la Clinique et Permanence d'Onex, a attesté une incapacité de travail pour cause d'accident du 16 au 24 novembre 2023, puis jusqu'au 3 décembre 2023.

Le 27 novembre 2023, l'assureur-accidents compétent, à savoir la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA, la caisse ou l'intimée), a reçu des comptes-rendus d'un médecin ayant vu l'intéressée en novembre 2023.

- c.** Dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire, la SUVA a, selon sa lettre du 30 novembre 2023, pris en charge les suites de l'accident du 14 novembre 2023, par les frais de traitement et des indemnités journalières, et a instruit le cas, recevant notamment des avis médicaux.

- d.** Le docteur D_____, médecin généraliste, a attesté une incapacité de travail pour cause d'accident du 4 au 13 décembre 2023, puis jusqu'au 26 mars 2024.

Le 5 décembre 2023, le docteur E_____, radiologue, a établi un rapport à la suite d'une IRM de l'épaule droite réalisée le même jour.

Le 13 décembre 2023, le Dr C_____ a complété un « rapport médical LAA ».

Le 16 février 2024, le docteur F_____, médecin praticien FMH au sein du même centre médical que le Dr D_____, a établi des « saisies de consultation » pour ses consultations comprises entre le 4 décembre 2023 et le 16 février 2024.

- e.** Dans une « appréciation brève » du 26 février 2024 du médecin-conseil de la SUVA, le docteur G_____, médecin d'assurance de celle-ci et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à la question de savoir si la santé de l'assurée au niveau de la région corporelle concernée était, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà altérée avant l'accident de manière asymptomatique ou de manière manifeste, il a été répondu : « Oui probablement [...] ». À la question « Est-ce que l'accident a, au degré de la vraisemblance prépondérante, causé d'autres lésions structurelles pouvant être objectivées ? », a été répondu : « Non. [...] ». Selon le Dr G_____,

« l'événement [avait] donc cessé ses effets en causalité naturelle en vraisemblance prépondérante au 15 janvier 2024 ».

f. Par décision du 14 mars 2024, la SUVA a retenu que, selon l'appréciation médicale, l'état de santé de l'intéressée tel qu'il aurait été sans l'accident du 14 novembre 2013 pouvait être considéré comme atteint depuis le 15 janvier 2024 au plus tard, et a ainsi clos le cas au 14 mars 2024 et mis fin aux prestations d'assurance-accidents (indemnité journalière et frais de traitement) à cette même date.

g. Le 27 mars 2024, l'assurée a formé opposition contre cette décision. En effet, elle était actuellement en consultation et démarche pour une intervention chirurgicale auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) à la suite de son accident, elle était immobilisée au niveau de l'épaule à cause d'une déchirure du tendon et sa dernière consultation de suivi auprès des HUG remontait au 26 mars 2024.

Était produit un certificat d'incapacité de travail à 100% « pour accident » du 26 mars au 28 avril 2024, émis ledit 26 mars 2024 par le docteur H_____, médecin interne au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatique de l'appareil moteur des HUG (ci-après : le service des HUG).

h. Le 3 avril 2024, HELSANA ASSURANCES SA, assurance-maladie obligatoire, a retiré l'« opposition préalable » qu'elle avait formée le 26 mars 2024 contre la décision de la SUVA du 14 mars précédent.

i. Par courriel du 18 avril 2024, l'intéressée, représentée par un mandataire Monsieur I_____, apparemment son fils, a persisté dans son opposition et dans la conviction d'un lien de causalité entre l'accident et ses problèmes d'épaule, donc y compris l'opération prévue le 24 mai 2024. Un traitement de son dossier en urgence était sollicité, car elle n'avait pas de moyens financiers pour payer ses charges personnelles depuis le 14 mars 2024.

Dans un rapport du 28 mars 2024 – annexé –, le Dr H_____ et le docteur J_____, médecin chef de clinique auprès du service des HUG, au vu de la trophicité encore correcte de la coiffe postéro-supérieure, proposaient une réinsertion de la coiffe de la patiente par arthroscopie, plus une « ténodèse du long chef du biceps, résection centimètre externe de clavicule et acromioplastie ».

j. Le fils de l'assurée a contacté téléphoniquement la caisse les 19 et 26 avril 2024, et a demandé, lors du dernier entretien téléphonique, un traitement urgent de son cas.

k. Par décision sur opposition rendue le 6 mai 2024, la SUVA, suivant l'appréciation de son médecin d'assurance, a rejeté l'opposition formée contre sa décision – initiale – du 14 mars 2024 et a dit que l'effet suspensif était retiré à un éventuel recours.

B. a. Par acte daté du 6 juin 2024 et posté le lendemain, l'assurée, désormais représentée par un avocat, a, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), interjeté recours contre cette décision sur opposition, concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif et à des mesures d'instruction et au fond à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et, cela fait, principalement et implicitement à la continuation de la prise en charge de son cas par la caisse, subsidiairement au renvoi de la cause à celle-ci pour instruction et nouvelle décision.

b. Par réponse du 21 juin 2024, l'intimée a conclu au rejet tant de la requête de restitution de l'effet suspensif que du recours.

Était jointe une « appréciation médicale » établie le 19 juin 2024 par le Dr G_____, qui maintenait les conclusions de son « appréciation brève » du 26 février 2024.

c. Par réplique du 9 août 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions sur effet suspensif et au fond.

Étaient produits : - des ordonnances de médicaments émises le 24 mai 2024 par le service des HUG et le 24 juin 2024 par le Dr F_____; - un compte-rendu opératoire à la suite de l'opération chirurgicale réalisée le 3 juin 2024 au service des HUG, établi par le professeur K_____, médecin chef de service, le Dr J_____ et le docteur L_____, médecin interne; - des certificats d'incapacité de travail à 100% « pour accident » établis le 26 mai 2024 par le Dr H_____ pour la période du 24 mai au 23 juin 2024, le 24 juin 2024 par le Dr F_____ pour la période du 24 juin au 2 août 2024, et le 9 juillet 2024 par la docteure M_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, pour la période du 9 juillet au 27 août 2024; - une facture de CHF 11'048.55 émise le 29 juillet 2024 par les HUG pour le traitement du 24 au 26 mai 2024.

d. Par pli du 16 août 2024, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger sur effet suspensif et au fond.

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 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 Interjeté dans la forme et le délai - de trente jours - prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 4 56 ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée est en droit ou non de refuser la prise en charge, par les indemnités journalières et les frais de traitement, les suites de l'accident du 14 novembre 2023 au-delà du 14 mars 2024.

3.

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

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

En vertu de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er 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 élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

3.2 Dans le cadre de son devoir d'instruction (*cf.* art. 43 al. 1 LPGA), 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. 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1, 8.5 et 9.1).

La systématique de la loi (art. 6 al. 1 et 2 LAA) suggère que l'al. 1 (accident) et l'al. 2 (lésion assimilée selon la liste) sont indépendants l'un de l'autre et que l'état de fait doit en principe être examiné séparément pour chacun de ces alinéas (ATF 146 V 51 consid. 8.5).

En l'occurrence, même si un ou des diagnostics établis pourraient le cas échéant correspondre à une déchirure de tendons au sens de l'art. 6 al. 2 let. f LAA, mais dès lors que l'intimée a admis – à juste titre – que l'évènement du 14 novembre 2023 était constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa, la cause doit être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA (*cf.* notamment arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5) et donc pas sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA.

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

3.3.1 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'évènement 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 évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

3.3.2 Les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (art. 36 al. 1 LAA). Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire

(*statu quo sine*). A *contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

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

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

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

3.4 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

3.4.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

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 mêmes faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

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).

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

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

125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

3.6 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) et 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 145 V 90 consid. 3.2 ; 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4).

4.

4.1 Au plan médical, il convient de relever ce qui suit.

4.1.1 En l'espèce, les médecins qui ont vu l'assurée entre novembre 2023 et juillet 2024 ont tous attesté une incapacité de travail à 100% pour cause d'accident.

4.1.2 Concernant les constatations et appréciations médicales, selon le médecin s'exprimant en novembre 2023, le 14 novembre 2023, l'assurée a eu une vive douleur, mais sans impotence fonctionnelle ; la douleur persiste même la nuit ; « EVA 0/10 au repos douleur très forte à certains mouvements (port de charge, pousser contre quelque chose avec son bras par exemple) ». Le *status* est rassurant. La patiente a un bon état général, elle porte son sac avec le membre supérieur droit en venant de la salle d'attente, mais son fils l'aide pour retirer son pullover. Il est conclu à une « tendinopathie / lésion de la coiffe des rotateurs ». De la physiothérapie est prescrite, avec aussi de l'antalgie en réserve et les « conseils d'usage : mobilisation épaule selon douleur, application de chaud / froid, pas de port de charge... », mais « pas d'immobilisation nécessaire actuellement ».

Dans son rapport du 5 décembre 2023, faisant la suite à l'IRM de l'épaule droite réalisée le même jour, le Dr E_____, radiologue, conclut à : - une déchirure transfixiante complète de l'insertion du tendon du supra-épineux avec rétraction du moignon tendineux en sous-acromial, avec conservation de la trophicité du corps musculaire, sans œdème ou infiltration graisseuse ; - une tendinopathie calcifiante de l'insertion du tendon de l'infra-épineux avec une fine déchirure profonde transverse ; - une bursopathie sous-acromio-delhoïdienne associée à une bursopathie sous-coracoïdienne ; - un épanchement gléno-huméral de moyenne abondance, sans synovite décelable ; - une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire marquée avec œdème des berges.

À teneur du « rapport médical LAA » complété le 13 décembre 2023 par le Dr C_____, sous « indications du patient », l'assurée, « le 14.11 matin, glisse

accidentellement au travail sans chute mais traumatisme direct de l'épaule droite contre le cadre d'une porte (pas de TC, aucune autre plainte que omalgie [droite]). Vive douleur mais sans impotence fonctionnelle. Actuellement douleur persiste même la nuit. EVA 0/10 au repos douleur très forte à certains mouvements (port de charge, pousser contre quelque chose avec son bras par exemple). Douleur centrée sur l'épaule [droite] avec irradiation [membre supérieur droit] proximal + dorsal en regard de l'omoplate. Pas de dysesthésie ni plainte motrice. A vu médecin en ville le 14.11 avec status rassurant. Prescription irfen + physiothérapie. [Patiente] vient pour un 2^{ème} avis car persistance des douleurs ». Dans les « constatations objectives », sous « atteinte morphologique » : « Inspection sans particularité (pas d'hématome, pas d'[asymétrie], pas de tuméfaction). Pas de chaleur. Douleur à la palpation en regard face latérale de la tête humérale et palpation deltoïde max au niveau insertion distal. Reste palpation bras / épaule / clavicule / omoplate sp » (NDR : sans particularité). Sous « atteinte fonctionnelle » : « Aide de son fils pour retirer son pull. Mobilisation active limitée avec flexion 140°, abduction 90°. Extension et rotations possibles mais algiques ++. Multiples essais de mobilisation passive mais patiente n'arrive pas à se relâcher. Impression cependant qu'elle gagne en amplitude en mobilisation [...] (NDR : illisible, peut-être « passive »). Le Dr C_____ mentionne une radiographie effectuée le 16 novembre 2023 : « Absence d'argument pour une localisation fracturaire ». Il diagnostique une « tendinopathie / lésion de la coiffe probable ». La thérapie consiste en : - antalgie en réserve ; - « pas d'immobilisation nécessaire actuellement » ; - « physiothérapie déjà prescrite par confrère » ; - suivi chez le médecin traitant.

Aucun élément pertinent relatif à l'origine des atteintes à l'épaule droite ne ressort des « saisies de consultation » pour ses consultations comprises entre le 4 décembre 2023 et le 16 février 2024, établies ce dernier jour par le Dr F_____, qui mentionne le 16 février 2024 qu'un rendez-vous est prévu le 26 mars 2024 auprès des HUG « pour la chirurgie de l'épaule ».

Dans une « appréciation brève » du 26 février 2024 du médecin-conseil de la SUVA, le Dr G_____, médecin d'assurance de celle-ci et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur – qui a préalablement reçu la radiographie du 16 novembre 2023 et l'IRM du 5 décembre 2023 via une plateforme dédiée (cf. réponse de l'intimée, p. 3) –, à la question de savoir si la santé de l'assurée au niveau de la région corporelle concernée était, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà altérée avant l'accident de manière asymptotique ou de manière manifeste, il est répondu : « Oui probablement avec une trace de remaniements dégénératifs chroniques sur l'insertion du tendon du supra-épineux avec rétraction du moignon tendineux en sous-acromial, avec conservation de la trophicité du corps musculaire, sans œdème ou infiltration graisseuse. Tendinopathie calcifiante de l'insertion du tendon de l'infra-épineux avec fine déchirure profonde transverse. Une arthrose acromio-claviculaire

significative ». À la question « Est-ce que l'accident a, au degré de la vraisemblance prépondérante, causé d'autres lésions structurelles pouvant être objectivées ? », est répondu : « Non. Les atteintes constatées sont le résultat d'un choc direct sur l'épaule, or, il est reconnu que les chocs directs ne sont pas de nature à provoquer en causalité naturelle en vraisemblance prépondérante des ruptures de coiffe, ici le choc décrit a été direct et est modéré survenu sur un terrain dégénératif à 67 ans, âge où la prévalence des ruptures de coiffes sur un terrain dégénératif est largement prédominante ». Selon le Dr G_____, « l'événement a donc cessé ses effets en causalité naturelle en vraisemblance prépondérante au 15 janvier 2024. L'intervention proposée ne se rapporte pas à cette causalité traumatique en causalité naturelle en vraisemblance prépondérante. Remarque : Toute nouvelle soumission doit comporter le rapport des HUG ».

Par ailleurs, la caisse a reçu le 14 mars 2024 une copie d'une prescription de physiothérapie le 7 novembre 2023 par le docteur N_____, spécialiste FMH en pédiatrie ainsi qu'allergologie et immunologie clinique, sans mention du diagnostic ni de la cause (maladie, accident ou invalidité), le « but du traitement » étant « analgésie/anti-inflammatoire », « amélioration de la fonction articulaire » et « amélioration de la fonction musculaire ».

Dans le cadre de l'opposition contre la décision initiale de l'intimée, cette dernière a reçu le 18 avril 2024 le rapport (« de première consultation de la Team Epaule-Coude ») du 28 mars 2024 des Dr H_____ et J_____ du service des HUG. Selon ces médecins spécialistes, « la patiente ne présentait pas de symptomatologie particulière concernant son épaule droite avant la chute ». Elle rapporte actuellement de fortes douleurs, tant diurnes que nocturnes, nécessitant la prise de Zaldiar plusieurs fois par jour. Elle a bénéficié de physiothérapie qui a pu partiellement améliorer la symptomatologie, mais pas d'infiltration. À l'examen clinique, notamment, la palpation est douloureuse au niveau de l'articulation acromio-claviculaire et d'un sillon bicipital, et, au testing de la coiffe, est retrouvé un déficit concernant la coiffe postéro-supérieure. Le bilan IRM montre une rupture transfixiante de la coiffe postéro-supérieure avec une arthropathie acromio-claviculaire, une subluxation du long chef du biceps ainsi que la présence d'un kyste au-devant du muscle subscapulaire. Dans ce contexte, au vu de la trophicité encore correcte de la coiffe postéro-supérieure, est proposée une réinsertion de la coiffe de la patiente par arthroscopie, plus une « ténodèse du long chef du biceps, résection centimètre externe de clavicule et acromioplastie ».

Dans le cadre de la procédure de recours, dans l'« appréciation médicale » approfondie du Dr G_____ du 19 juin 2024 contenant au début un rappel d'éléments médicaux importants du dossier et citant à la fin des articles ou ouvrages de littérature médicale, il est noté que l'assurée, âgée de 67 ans, a toujours travaillé dans un métier particulièrement manuel sollicitant en permanence les épaules. « Il existe à cet âge et en circonstance trace de remaniements dégénératifs chroniques sur insertion du tendon supra-épineux et

déjà une rétraction du moignon tendineux en sous-acromial alors que ce tendon entre en conflit avec une arthrose acromio-claviculaire nette. Par ailleurs, il existe une tendinopathie calcifiante de l'insertion du tendon en infra-épineux et cette calcification n'est que la trace d'une atteinte préalable avec une cicatrisation, ce qui se fait en plusieurs mois usuellement. » L'arthrose acromio-claviculaire est significative. En outre, il n'y a – ici – pas d'œdème musculaire au moment de la rupture ni au moment de l'IRM qui suit de près la rupture, et celle-ci est consécutive à un choc direct ; en effet, pour qu'il existe une rupture de la coiffe des rotateurs et plus globalement pour déchirer un tendon au sein de la coiffe, il faut une énergie mécanique considérable, le médecin d'assurance décrivant ensuite différents scénarios de choc sur l'épaule ; si – comme en l'occurrence – le bras est collé au torse au moment de la chute – ou plutôt du choc – (bras en extension le long du corps et parallèle à lui), il s'agit d'un coup direct contre l'épaule et l'action de la force extérieure ne peut donc pas étirer davantage le tendon, de sorte qu'une déchirure ne se produit pas. Un argument supplémentaire pour ne pas reconnaître une origine traumatique à la rupture tendineuse constatée chez l'intéressée est qu'il n'y a pas eu immédiatement de pseudo-paralysie ou même de limitation fonctionnelle nette, mais au contraire « des douleurs qui sont augmentées dans le temps ce qui sont le signe justement de ce type de douleur sur coiffe chronique ». Enfin, à 67 ans, 31% des adultes ont une rupture asymptomatique, de sorte que des ruptures traumatiques à cet âge causées par un événement sont rares. En conclusion, les troubles invoqués par la recourante au niveau de l'épaule droite ne sont imputables ni totalement ni partiellement à l'événement du 14 novembre 2023. Cet événement n'a pas causé les atteintes retrouvées mais a décompensé ces dernières de façon transitoire à la suite d'une contusion simple, dont les effets ont cessé en causalité naturelle en vraisemblance prépondérante le 15 janvier 2024.

Pour ce qui est des pièces produites ensuite par la recourante, avec sa réplique, l'ordonnance du service des HUG du 24 mai 2024, émise par le docteur O_____, repose sur les diagnostics de « rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite LCB, SE/IE, AC, kyste subscapulaire ». Toutefois, les diagnostics posés dans le compte-rendu opératoire établi le 3 juin 2024 par trois autres médecins du service des HUG, dont un chef de service et un chef de clinique, sont plus précis : « lésion de la coiffe des rotateur à droite : - lésion haute du sous-scapulaire, Lafosse 2 ; - tendinopathie subluxeuse du long chef du biceps ; - lésion transfixiante coiffe postéro-supérieure ; - CSA 32° ; - arthropathie acromio-claviculaire symptomatique » ; en outre, sous « bilan intra-articulaire », il est noté : « Tendinopathie insertionnelle du long chef du biceps. Instabilité médiale du long chef du biceps avec dilacération à l'entrée de la poulie. Lésion haute du sous-scapulaire, Lafosse 2 ».

4.2 Cela étant, rien ne permet de remettre en cause la pleine valeur probante des appréciations du Dr G_____, dont les conclusions reposent sur des constatations et arguments motivés de manière approfondie et convaincante.

Le fait que ledit médecin-conseil de l'intimée n'ait pas examiné personnellement l'assurée ne saurait diminuer la valeur probante de ses rapports, dans la mesure où il disposait d'un dossier médical et radiologique complet et qu'il s'agissait uniquement d'apprécier le rapport de causalité naturelle entre les atteintes à l'épaule droite et l'accident du 14 novembre 2023 (cf. dans ce sens, arrêts du Tribunal fédéral 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.2 ; 8C_265/2019 du 3 septembre 2019 consid. 6.2 et la référence).

4.3 En outre, les conclusions du Dr G_____ ne sont pas contredites par d'autres avis médicaux ou autres éléments du dossier, au vu de ce qui suit.

4.3.1 De manière générale, le fait que tous les certificats d'arrêt de travail émis par les médecins autres que ledit médecin d'assurance mentionnent l'accident, plutôt que la maladie, comme cause de l'incapacité de travail qu'ils attestent est sans portée concrète.

En effet, le choix de cette cause n'y est aucunement motivé et peut au demeurant se comprendre d'un point de vue superficiel, à savoir sans l'examen approfondi requis par le droit de l'assurance-accidents pour pouvoir être pris en compte de façon particulière.

4.3.2 Quoi qu'il en soit, les médecins généralistes qui ont examiné l'intéressée dans les premiers mois qui ont suivi l'accident du 14 novembre 2023 et jusqu'avant le suivi commencé à fin mars 2024 auprès du service des HUG, en particulier le médecin s'exprimant en novembre 2023 et les Drs C_____ et F_____, ne relatent pas d'éléments clairement en faveur d'une cause accidentelle des troubles à l'épaule droite de la patiente.

Dans son « rapport médical LAA complété le 13 décembre 2023, le Dr C_____ fait entre autres état d'une « inspection sans particularité (pas d'hématome, pas d'[asymétrie], pas de tuméfaction) », ce qui ne va pas dans le sens d'un traumatisme accidentel particulièrement grave, et ce médecin ainsi que le médecin s'exprimant en novembre 2023 diagnostiquent une « tendinopathie / lésion de la coiffe probable ».

Or la coiffe des rotateurs est située dans l'épaule. Elle comprend des muscles et des tendons qui relient l'os du bras supérieur, ou humérus, à la palette, ou omoplate (scapulum). Ils forment une articulation à rotule qui confère au corps son articulation la plus souple (cf. Centre hospitalier universitaire vaudois [ci-après : CHUV], Lésion de la coiffe des rotateurs, publié sur internet sous <https://www.chuv.ch/fr/chuv-home/patients-et-familles/specialites-medicales/atlas-medical-thematique/membres-et-articulations/lesion-de-la-coiffe-des-rotateurs>). Les lésions de la coiffe des rotateurs comprennent les tendinites, et la rupture partielle ou totale ; la bursite sous-acromiale peut résulter d'une

tendinite. Les symptômes comprennent une douleur de l'épaule, en cas de déchirures importantes une faiblesse (cf. Paul L. LIEBERT, Lésion de la coiffe des rotateurs/bursite sous-acromiale, vérifié/révisé en novembre 2023, Manuel MSD, publié sur internet sous <https://www.msmanuals.com/fr/professional/blessures-empoisonnement/1%C3%A9sions-li%C3%A9es-au-sport/1%C3%A9sion-de-la-coiffe-des-rotateurs-bursite-sous-acromiale>).

Les tendinopathies sont – quant à elles – des affections très courantes, dues la plupart du temps à une sollicitation trop intense ou trop prolongée du tendon. Les fibres tendineuses s'altèrent et se désorganisent ; elles mettent alors des mois à retrouver leur structure d'origine (cf. Suzanne GARD, in Revue médicale suisse [REVMED] du 2 août 2007, accessible sur internet sous <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2007/revue-medicale-suisse-120/tendinopathies-quels-sont-les-traitements-efficaces-en-physiotherapie>).

Dans ces conditions, ni les constatations ni les appréciations et diagnostics énoncés par lesdits médecins généralistes ne contiennent des éléments précis et concrets en faveur d'une cause accidentelle.

4.3.3 Par ailleurs, pour ce qui est du rapport du radiologue E_____ du 5 décembre 2023, faisant suite à l'IRM de l'épaule droite réalisée le même jour, excepté la mention « bilan post-traumatique » sous « indication » au début, il ne ressort de ce rapport aucun élément clairement en faveur d'une origine accidentelle pour ses constatations et conclusions. Certes, le Dr E_____ mentionne, sous « description » et concernant la coiffe des rotateurs, la déchirure transfixiante complète de l'insertion du tendon du supra-épineux avec rétraction du moignon tendineux en sous-acromial, mais il écrit ensuite : « Remaniement en hypersignal de l'insertion du tendon de l'infra-épineux avec fine déchirure profonde transverse et calcification remaniement en hypersignal de l'insertion du tendon du sub-scapulaire, sans déchirure décelable. Intégrité du tendon du petit rond. Tendon du long chef du biceps en place dans sa gouttière, sans lésion décelable, avec épanchement abondant dans sa gaine. Conservation de la trophicité des structures musculaires, sans œdème ou infiltration graisseuse ». Toujours sous « description », il relève, parmi d'autres parties de l'épaule droite, une « articulation acromio-claviculaire et ligaments coraco-claviculaires : remaniements dégénératifs marqués avec œdème des berges ». Puis : « Structures osseuses : sens (recte : sans) anomalie, compte tenu de quelques inclusions fibrokystiques des tubérosités humérales ». Le Dr E_____ souligne ainsi notamment, à l'instar du Dr G_____, l'importance des troubles dégénératifs préexistants à l'événement accidentel du 14 novembre 2024 au niveau acromio-claviculaire.

4.3.4 Certes, dans leur rapport (« de première consultation de la Team Epaule-Coude ») du 28 mars 2024, les Dr H_____ et J_____ du service des HUG écrivent que « la patiente ne présentait pas de symptomatologie particulière concernant son épaule droite avant la chute ».

Toutefois, 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 142 V 325 consid. 2.3.2.2 ; 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_355/2018 du 29 juin 2018 consid. 3.2 ; 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_355/2018 précité consid. 3.2).

Les rapports des spécialistes du service des HUG ne contiennent pas d'autres éléments qui pourraient être en faveur d'une cause accidentelle des troubles de la recourante, à tout le moins après le 15 janvier 2024 (date du *statu quo* selon le Dr G_____), pas même les diagnostics et bilan énoncés dans le compte-rendu opératoire établi le 3 juin 2024 à la suite de l'opération chirurgicale du 24 mai 2024, la seule opération mentionnée au dossier.

4.3.5 Par surabondance, à teneur du site internet de l'hôpital universitaire suisse précité, l'âge, une mauvaise posture, un traumatisme, et le fait de soulever des charges excessives sont susceptibles d'accroître le risque de lésion de la coiffe des rotateurs. Une lésion peut entraîner une inflammation des tendons et, si elle n'est pas traitée, leur déchirure. En règle générale, le repos associé à des exercices de kinésithérapie appropriés contribuent à la guérison d'une lésion de la coiffe des rotateurs. Toutefois, il est parfois nécessaire de faire appel à la chirurgie (CHUV, *ibidem*).

Ces considérations sont compatibles avec l'appréciation du médecin-conseil selon laquelle l'accident du 14 novembre 2023 n'a pas causé les atteintes retrouvées mais a décompensé ces dernières de façon transitoire à la suite d'une contusion simple.

4.4 Au regard de ce qui précède, c'est de manière entièrement convaincante que le médecin-conseil de la SUVA a retenu que l'événement accidentel en cause n'a pas causé les atteintes constatées ensuite à l'épaule droite mais a décompensé ces dernières de façon transitoire à la suite d'une contusion simple, et que les effets de celle-ci ont cessé en causalité naturelle, au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante, le 15 janvier 2024.

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes à l'épaule droite est ainsi apportée par l'intimée.

4.5 Dans sa réplique, la recourante fait valoir que ses problèmes à l'épaule droite devraient être traités comme une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA cité plus haut.

4.5.1 Concernant la question de la suppression du droit aux prestations de l'assurance-accidents, alors qu'en cas d'événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations ne cesse que lorsque l'accident ne constitue plus une cause, même partielle et petite, de la

lésion corporelle, l'assureur-accidents est, en cas de lésion corporelle assimilée à un accident (art. 6 al. 2 LAA), déjà libéré de son obligation de verser des prestations dès qu'il apporte la preuve que cette lésion est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50% de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2.1 et 8.5).

4.5.2 Dans le cas présent, comme il est retenu plus haut, l'événement accidentel du 14 novembre 2023 n'est plus une cause, même partielle et petite, des atteintes à l'épaule droite de l'intéressée à partir du 15 janvier 2023.

A fortiori, la preuve serait ainsi en tout état de cause apportée qu'une éventuelle lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA serait due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50% de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie dès le 15 janvier 2024.

4.6 En définitive, c'est sans apporter d'éléments un tant soit peu probants que la recourante soutient que l'instruction menée par l'intimée serait lacunaire et constitutive d'une violation de son droit d'être entendu.

Des mesures d'instruction complémentaires, par exemple une expertise (administrative ou judiciaire), ne pourraient pas, par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet notamment ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d), conduire à une autre conclusion que celle du *statu quo* retenu au 15 janvier 2024 par le médecin-conseil de la caisse, laquelle a ensuite fixé au 14 mars 2024 la date de cessation de l'octroi de ses prestations d'assurance-accidents.

- 5.** Vu ce qui précède, la décision sur opposition querellée est conforme au droit et le recours doit dès lors être rejeté.

Cette issue rend sans objet la requête de restitution de l'effet suspensif.

- 6.** La recourante, qui échoue, n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA).

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Adriana MALANGA

Blaise PAGAN

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