RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1782/2020 **ATAS/727/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à REGENSDORF	recourant
contre	
SWICA ORGANISATION DE SANTE, Service juridique, sise Römerstrasse 37, WINTERTHUR	intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Andres PEREZ, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1990, a subi des troubles de la santé, le dimanche 15 mars 2020 à 11h45, dans la cuisine de son employeur, la société B_____SARL (ci-après : B_____ ou l'employeur), exploitant une pizzeria à l'enseigne C_____, alors qu'il était en train de démonter la grille d'une des hottes de la cuisine.

2. En raison des douleurs persistantes, l'assuré s'est rendu, le 16 mars 2020 à la Clinique des Vergers. Selon le rapport établi, le 16 mars 2020, par la doctoresse D_____, infectiologue et spécialiste en médecine interne générale, l'assuré souffrait d'une « névralgie cervico-brachiale droite + lombalgies post-chute » ; le traitement consistait en la prise d'analgésiques et d'anti-inflammatoires afin d'améliorer la fonction musculaire. La Dresse D_____ a signé le même jour un certificat médical d'arrêt de travail, allant du 15 au 25 mars 2020 inclus.

3. Par e-mail du 17 mars 2020, l'employeur de l'assuré a transmis la déclaration d'accident professionnel du 15 mars 2020 à son assurance-accidents, SWICA ORGANISATION DE SANTE (ci-après : SWICA ou l'intimée). La description de l'accident était la suivante : « en démontant la hotte de cuisine, il [l'assuré] s'est fait mal au bras ».

4. Par courrier du 24 mars 2020 adressé à l'assuré, SWICA a demandé des éclaircissements. En date du 3 avril 2020, l'assuré a signé un questionnaire accident LAA dans lequel il décrivait l'accident de la manière suivante : « dimanche 15 mars 2020, à 11h45, alors que je nettoyais la hotte aspirante je me suis fait mal au bras et l'épaule avec une grille, ensuite cela m'a déclenché un mal de dos ». À la question : « s'est-il produit quelque chose de particulier tels que coups, chute ou glissade », l'assuré précisait « un faux mouvement avec les grilles de la hotte ». À la question : « avez-vous pu reprendre le travail, si oui quand, à quel taux », l'assuré répondait « j'ai fini mon service et j'ai été voir le médecin le lendemain ». À la fin du formulaire, l'assuré certifiait l'authenticité des données qu'il avait mentionnées et signait le formulaire.

5. Par courrier du 27 avril 2020 adressé à l'assuré, SWICA a pris une décision d'événement accidentel manquant, considérant qu'il n'y avait pas eu de cause extérieure extraordinaire qui compromette la santé physique de l'assuré et que, par conséquent, l'événement annoncé ne pouvait pas être qualifié d'accident. Il était également mentionné que le diagnostic de névralgie cervico-brachiale droite et lombalgies post chute posée par la Dresse D_____ ne concernait pas une des lésions corporelles figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA. Compte tenu de cette situation, l'assuré n'avait pas droit aux prestations de l'assurance-accidents LAA et devait s'adresser à son assurance-maladie ASSURA à qui SWICA envoyait également une copie du présent courrier. Par courrier du même jour, l'employeur de l'assuré était également informé de la décision de SWICA.

6. Par courrier du 27 mai 2020, l'assuré a fait opposition à la décision du 27 avril 2020. Il a expliqué que pendant qu'il nettoyait la hotte de la cuisine du restaurant, il avait glissé de l'échelle et était tombé par terre. Selon lui, c'était cette chute qui avait provoqué ses blessures et de ce fait l'événement était en interaction directe avec l'accident de travail. En annexe à l'opposition était jointe une attestation du 27 mai 2020, signée par la Dresse D_____, confirmant avoir traité l'assuré et écrivant qu'« il nous dit avoir été victime d'une chute de sa hauteur au travail la veille et se plaint depuis de douleurs cervicales et surtout de douleurs du membre supérieur droit » ; il était encore mentionné que l'attestation était remise en main propre à l'assuré pour faire valoir ce que de droit.

7. Par courrier du 5 juin 2020, SWICA a rendu une décision sur opposition, confirmant la précédente décision, en reprenant la même motivation, à savoir qu'il manquait l'un des cinq éléments dont la réalisation cumulative permettait de conclure à l'existence d'un accident. Selon SWICA, l'assuré avait dans un premier temps annoncé avoir fait un faux mouvement et n'avait pas mentionné une chute ou une glissade. Ce n'était qu'au moment de l'opposition qu'il avait fait valoir qu'une chute était intervenue. Conformément à la jurisprudence, SWICA retenait la première affirmation qui correspondait généralement à celle que l'assuré avait faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures. L'opposition était rejetée et la décision confirmée.

8. Par courrier du 19 juin 2016, portant le timbre postal du 23 juin 2020, l'assuré a fait recours auprès de la chambre de céans contre la décision du 5 juin 2020. Il a allégué avoir fait une mauvaise manipulation alors qu'il démontait la hotte de la cuisine suite à quoi son pied avait glissé et il avait chuté sur le sol de la cuisine. Aussitôt après la chute, il avait ressenti des douleurs à l'épaule droite et dans le dos. Il ajoutait que le directeur de la pizzeria, Monsieur E_____, avait été témoin de sa chute. S'ensuivaient des explications sur les soins qu'il avait reçus, à l'issue desquels il alléguait que sa mauvaise compréhension du français ne lui avait pas permis de remplir le formulaire destiné à SWICA de façon très précise, raison pour laquelle il avait demandé à son médecin, la Dresse D_____, de l'aider à faire opposition à la décision qui ne lui paraissait pas juste ; il concluait à ce que l'événement soit requalifié comme un accident professionnel.

9. Par réponse du 10 juillet 2020, SWICA a conclu au rejet du recours, reprenant les arguments déjà présentés dans la décision querellée.

10. Par courrier du 10 août 2020, l'assuré a répliqué, confirmant les termes de son recours et ajoutant que cet accident professionnel avait occasionné des frais qu'il lui était difficile de prendre en charge ; il mentionnait que son responsable, qui était également le directeur du restaurant C_____, M. E_____, l'appuyait dans sa démarche et confirmait la version de l'accident.

11. Par duplique du 17 septembre 2020, SWICA a mis en doute le fait que le directeur du restaurant se soit trouvé en cuisine au moment des faits et a ajouté que, dans la déclaration d'accident que l'employeur avait adressée à l'assurance, il n'était pas fait mention d'une chute. Dès lors, la SWICA concluait au rejet du recours.

12. À l'audience de comparution personnelle et d'enquêtes, du 10 juin 2021, le recourant a déclaré qu'alors qu'il essayait d'installer une grille dans une des hottes aspirantes des cuisines du restaurant C_____, la grille de la première hotte de ventilation qu'il venait de fixer s'était décrochée ; il avait fait un mouvement latéral pour l'éviter et était tombé.

    Il avait à ce moment un pied sur un tabouret et l'autre jambe en appui sur le genou posé sur l'établi de la cuisine ; lors de la chute de la grille, qui pesait entre 5 et 6 kilos, il avait retiré son pied du tabouret, et son genou gauche, qui était en appui sur l'établi, avait glissé. En tombant, son épaule, puis son dos, avaient heurté les frigos qui se trouvaient derrière lui et il s'était retrouvé par terre.

    Il avait eu mal après l'évènement, mais il s'était efforcé de terminer son service en espérant que la douleur passerait durant la nuit. Ce n'était pas le cas, et le lendemain, lundi, il avait consulté la Dresse D_____, qui après avoir fait un scanner, avait observé des troubles à l'épaule.

    C'est M. E_____ qui avait rempli la déclaration LAA qui lui avait été adressée et qui datait du 8 avril 2020.

    Entendu en qualité de témoin, Monsieur F_____ a déclaré qu'il était à la plonge et lavait les grilles des hottes aspirantes. Il venait de laver deux grilles qu'il avait amenées au recourant qui était juché sur une échelle pour fixer les grilles dans les hottes aspirantes. Reparti à la plonge, il avait entendu un gros bruit et était revenu vers le recourant qui était par terre. Une grille qu'il tenait dans les mains était tombée avec lui. L'autre était tombée sur le plan de travail en inox. M. E_____ était venu après l'évènement. Il n'était pas là au moment où c'était arrivé.

    Entendu en qualité de témoin, M. E_____ a déclaré qu'au moment de l'évènement, il était dans l'autre partie de la cuisine, du côté des salades, et ne pouvait pas voir exactement le recourant. Celui-ci était juché sur un escabeau à trois marches qui était nécessaire pour accéder aux filtres qui étaient nettoyés tous les dimanches. Il avait entendu la grille de la hotte aspirante tomber, était venu voir de quoi il en retournait et avait vu le recourant par terre. La grille était également par terre. Le recourant lui avait dit qu'il avait fait un mauvais geste et qu'il était tombé. D'après ce qu'il avait compris, la grille l'avait entraîné dans sa chute. Il avait mal à l'épaule et au dos.

    Il avait rempli la pièce 1 du chargé de l'intimée avec le recourant et reconnaissait sa signature. Il n'avait pas indiqué la chute, car ça ne paraissait pas important dès lors que le recourant s'était relevé, qu'il tenait debout et qu'il avait juste mal à une épaule. Au moment de remplir le formulaire, il avait donc gardé à l'esprit que le recourant avait mal à l'épaule

13. Par courrier du 18 juin 2021, l'intimée a confirmé à la chambre de céans qu'après audition du recourant et des témoins, elle acceptait, à bien plaire, de prendre en charge l'événement du 15 mars 2020.

14. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. 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 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017.

   Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant/de la recourante aux prestations d'assurance est soumis au nouveau 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 depuis le 1er janvier 2017.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

6. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-accidents en raison des faits survenus le 15 mars 2020.

7. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

   Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable ; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux

fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3).

8. a. Aux termes 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).

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

b. Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un

événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance; compétence de l'assureur-accidents; calcul du gain assuré; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, 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 (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

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

9. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; ATF 130 I 180 consid. 3.2).

Par ailleurs, il incombe à celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents de rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas (ATF 116 V 136 consid. 4b et les références).

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016, déjà cité, consid. 4.3).

Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c).

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

    Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution

fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

11. En l'espèce, le recourant soutient avoir été victime d'un accident sur son lieu de travail, le 15 mars 2020, événement ayant causé une névralgie cervico-brachiale et des lombalgies.

    Les pièces au dossier ainsi que les déclarations du recourant lors de la comparution personnelle - qui sont confirmées et complétées par les deux témoins entendus lors de la même audience - confirment la thèse de la chute et, partant, du caractère accidentel de l'événement.

    Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante que c'est bien une chute accidentelle, survenue dans la cuisine du restaurant C_____, en date du 15 mars 2020, qui a causé les troubles de la santé à l'épaule gauche et au dos du recourant.

    Après audition des témoins, l'intimée a accepté de prendre en charge l'événement en reconnaissant, à bien plaire, son caractère accidentel.

12. Compte tenu de ce qui précède, le recours est admis et la décision querellée est annulée.

13. Le recourant, qui n'est pas assisté d'un mandataire professionnellement qualifié, n'a pas droit à des dépens.

14. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Admet le recours.
3. Annule la décision du 5 juin 2020.
4. Donne acte à l'intimée de ce qu'elle a accepté de prendre en charge, à bien plaire, les suites de l'événement du 15 mars 2020.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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
Diana ZIERI	Philippe KNUPFER

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