RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/205/2021 **ATAS/317/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 mai 2023

Chambre 6

En la cause

A_____ recourant

contre

HELSANA ACCIDENTS SA intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1988, travaille pour B_____ SA en tant que Senior Trader depuis le 1er juin 2018 et est assuré à ce titre, selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA), auprès de HELSANA ACCIDENTS SA (ci-après : l'assurance).

b. Le 13 août 2019, l'assuré a été victime d'un accident ; il s'est tordu le genou gauche lors d'un cours de Jiu Jitsu.

B. **a.** L'accident a été annoncé à l'assurance le 15 août 2019, une IRM des deux genoux a été effectuée le 19 août 2019 et le docteur C_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique, a attesté d'un trauma en valgus au genou gauche nécessitant une réparation par arthroscopie.

b. Le 16 octobre 2019, l'assurance a provisoirement refusé de garantir la prise en charge des coûts d'une hospitalisation (arthroscopie du genou).

c. Le 21 octobre 2019, le docteur D_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique, médecin-conseil de l'assurance, a attesté d'un diagnostic d'entorse stade (sic) du ligament latéral interne (LLI) en voie de guérison à gauche et une chondropathie F-P bilatérale ainsi qu'une séquelle d'Osgood Schlatter à droite. Il existait une lésion répertoriée selon l'art. 6 al. 2 LAA, soit une lésion ligamentaire gauche qui n'était pas due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Il y avait un état antérieur, soit une chondropathie F-P des deux côtés et l'accident avait entrainé une aggravation passagère ; le statu quo ante ou sine était atteint selon le rapport médical du Dr E_____. Il n'y avait pas d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique.

d. Le 29 octobre 2019, le docteur E_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique, a attesté d'une entorse du ligament collatéral médial (LCM) au genou gauche nécessitant un traitement conservateur ; sur son avis, l'assuré renonçait à l'intervention chirurgicale.

e. Le 20 janvier 2020, le docteur F_____, FMH médecine physique et réadaptation, a attesté d'une fracture chondrale de la rotule gauche, avec des douleurs dans les escaliers et à la charge nécessitant de la physiothérapie.

f. Les 23 et 26 juin 2020, l'assuré a informé l'assurance qu'il était toujours en traitement pour le genou gauche, avec de la physiothérapie et qu'une IRM était prévue le 27 juillet 2020 et un suivi par le Dr F_____.

g. Le 27 juillet 2020, une IRM du genou gauche a été pratiquée et le 20 août 2020, le Dr F_____ a attesté d'une évolution favorable pour les activités de la vie quotidienne, avec de l'auto-rééducation et un risque de séquelle d'arthrose.

h. Le 25 août 2020, le Dr D_____ a indiqué que la seule lésion traumatique était une entorse mineure sans déchirure significative du LCM, comme mentionné par

le Dr E_____, contrairement à l'avis du Dr F_____, il n'y avait jamais eu de fracture chondrale patellaire gauche mais un état antérieur d'arthrose relativement marquée fémoro-patellaire à gauche et débutante à droite ; le statu quo sine était atteint au plus tard au 20 janvier 2020 (date du rapport médical du Dr F_____ qui ne parlait plus de l'entorse mais du problème fémoro-patellaire, qui n'était pas une fracture chondrale). La fracture chondrale n'était pas une lésion selon l'art. 6 al. 2 LAA.

i. Le 17 septembre 2020, l'assuré a informé l'assurance qu'il continuait son traitement de physiothérapie, ayant des douleurs.

j. Par décision du 6 octobre 2020, l'assurance a informé l'assuré que son droit aux prestations s'éteignait le 20 janvier 2020, au motif que le lien de causalité n'était plus donné, le rapport du 20 janvier 2020 relevant uniquement un problème fémoro-patellaire, affection purement maladive.

k. Le 22 octobre 2020, l'assuré a fait opposition à cette décision. Il avait, par le biais d'un traitement conservateur, évité une opération couteuse ; il demandait la continuation de la prise en charge des suivis, ce d'autant qu'il présentait toujours des douleurs à la marche, notamment dans les escaliers et qu'il ne pouvait ni courir ni pratiquer les sports qu'il faisait avant ; il n'avait jamais eu de douleurs à cet endroit avant son accident.

l. Par décision du 11 décembre 2020, l'assurance a rejeté l'opposition, au motif que l'assuré n'avait été victime, selon le Dr D_____, que d'une entorse mineure sans déchirure significative du LCM ; un état antérieur avait été révélé par l'évènement ; les troubles postérieurs étaient causés de manière prépondérante par l'usure, vu l'arthrose déjà marquée au niveau fémoro-patellaire. Ainsi, même si on se trouvait en présence d'une lésion assimilée, la relation de causalité serait interrompue pour cause d'atteinte dégénérative préalable révélée, mais non pas causée par l'accident. En effet, une telle lésion serait due de manière prépondérante par l'usure dans cette hypothèse. Par ailleurs, par rapport au nouveau diagnostic établi par le Dr F_____ en janvier 2020 pour l'évènement du 13 août 2019, l'appréciation de la causalité devait être d'autant plus stricte que le nouveau diagnostic survenait longtemps après l'évènement assuré. Du reste, le seul fait que des symptômes douloureux ne s'étaient manifestés qu'après la survenance d'un accident pouvait constituer un indice, mais ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident, ce d'autant plus quand il existait un temps de latence entre les soins et l'événement.

C. **a.** Le 19 janvier 2021, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée. Il a relevé que suite à son accident, il avait vu en premier le Dr C_____ qui lui avait prescrit une IRM et de porter une attelle pendant six semaines à cause de la douleur. Après six semaines et une seconde consultation, le Dr C_____ lui avait demandé de se faire opérer du cartilage car la cavité de la fissure de cartilage allait jusqu'à l'os,

d'où sa douleur. Il avait demandé un second avis et le Dr E_____ lui avait conseillé de ne pas se faire opérer mais de muscler sa jambe au maximum et de faire de la physiothérapie, tout en étant suivi par le Dr F_____. Il avait donc annulé l'opération qui devait se faire à la Clinique G_____.

Le refus de prise en charge de l'assurance au-delà du 20 janvier 2020 était hâtif, injuste et infondé. Il avait bien une fissure du cartilage qui entrainait une douleur sous la rotule, jamais ressentie auparavant. Il pratiquait le sport depuis son plus jeune âge, golf à très haut niveau amateur, de la musculation, de la course à pied, de l'alpinisme et de l'escalade. Il pratiquait par exemple souvent la course à pied le midi avec ses collègues. Aujourd'hui, à cause de son accident et cette fissure dans le cartilage avec œdème osseux qu'il avait à son genou gauche, il ne pouvait toujours pas courir ou par exemple faire un squat (sic). Sa condition était en train de s'améliorer car il suivait les conseils du Dr F_____ (perte de poids pour avoir moins de poids sur le genou et pratique du vélo pour muscler sa jambe ainsi que de la physiothérapie). Son genou allait de mieux en mieux et il espérait reprendre une activité normale d'ici quelques mois. En 2020, il avait donc suivi des sessions de physiothérapies, il avait passé des IRM et revu le Dr F_____. Ces frais n'avaient pas été pris en charge par l'assurance et c'était pour cela qu'il faisait recours. Il n'avait jamais eu mal au genou gauche auparavant et d'après ses progrès actuels il espérait que cela soit fini bientôt.

Il a communiqué un rapport du 25 janvier 2021 du Dr F_____, selon lequel l'IRM montrait une fracture chondrale de la facette interne de la rotule avec un œdème en regard ; il avait ordonné la poursuite de la rééducation. Il l'avait vu à sept mois du traumatisme avec une amélioration des plaintes et une capacité de marche dans les escaliers, ce qui n'était pas le cas auparavant. Le dernier contrôle remontait au 4 novembre 2020, où l'assuré était asymptomatique pour toutes les activités de la vie quotidienne. Le bilan isocinétique avait montré une bonne récupération de la force avec un déficit minime de 8% en force maximale des extenseurs. Il lui avait permis de reprendre progressivement les activités sportives. Le lien de causalité entre le traumatisme au Jiu Jitsu et les plaintes de l'assuré était certain ; l'assuré ne s'était jamais plaint de douleurs au niveau de son genou gauche avant cet événement traumatique.

b. Le 12 février 2021, l'assurance a conclu au rejet du recours, en relevant qu'aucun médecin autre que le Dr F_____ n'annonçait le diagnostic de fracture chondrale de la facette de la rotule et que l'IRM mentionnait une fissuration.

c. L'assuré n'a pas répliqué dans le délai imparti pour ce faire.

d. La chambre de céans a requis des renseignements complémentaires auprès des médecins traitants de l'assuré.

d.a. Le 14 avril 2021, le Dr F_____ a indiqué qu'il confirmait le diagnostic de fracture chondrale, laquelle était, de façon hautement probable, en relation de

causalité avec l'accident et le genou gauche allait continuer de se dégrader de façon plus marquée et accélérée en raison du traumatisme.

d.b. Le 9 avril 2021, le Dr C_____ a indiqué qu'on ne pouvait parler d'arthrose du genou en présence de la lésion focale du cartilage de la rotule sur 7,5 mm seulement ; la fracture chondrale évoquée par le Dr F_____ signifiait une lésion focale traumatique du cartilage ; le genou, selon la description du Dr F_____, était encore symptomatique sept mois après le 20 janvier 2020, date retenue par le Dr D_____.

d.c. Le 19 mai 2021, le Dr E_____ a indiqué que n'ayant pas suivi l'assuré, il ne pouvait se prononcer sur les avis des Drs F_____ et D_____. Il avait retenu une entorse de stade I du LCM gauche, associée à une lésion cartilagineuse du versant médial de la rotule gauche.

e. Le 16 juin 2021, l'assurance a maintenu un statu quo sine au 20 janvier 2020, en se fondant sur un avis du Dr D_____ du 14 juin 2021 indiquant qu'il n'y avait pas de fracture mais une fissuration du cartilage qui atteignait l'os ; on ne trouvait qu'une réaction modérée ostéo-sous-chondrale classique dans le cadre de fissuration du cartilage qui atteignait l'os et c'était le liquide articulaire qui provoquait cette réaction ; la lésion patellaire avait été révélée par l'accident mais pas provoquée par celui-ci ; le statu quo était atteint au moment où la seule lésion traumatique, l'entorse du LCI, était guérie ; la solution de continuité évoquée par le Dr F_____ n'était pas traumatique.

f. Le 17 juin 2021, l'assuré a indiqué qu'il se ralliait aux rapports de ses médecins relevant une fissure du cartilage causée par l'accident ; son état s'améliorait seulement depuis deux à trois mois, et une entorse ne pouvait être la cause de ces douleurs persistantes.

g. Par arrêt du 27 septembre 2021 (ATAS/1003/2021), la chambre de céans a admis le recours et dit que l'intimée devait prendre en charge les suites de l'accident du 13 août 2019. Elle a écarté l'avis du Dr D_____, en considérant que ceux des orthopédistes traitants étaient probants.

h. Par arrêt du 8 juin 2022 (8C_724/2021), le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours interjeté par l'assurance contre l'arrêt précité, a annulé celui-ci et renvoyé la cause à la chambre de céans pour mise en œuvre d'une expertise médicale, vu les avis contradictoires et impossible à départager sans connaissances spécialisées concernant l'origine traumatique ou dégénérative de la lésion cartilagineuse au genou gauche.

i. Par ordonnance du 25 août 2022, la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire confiée au docteur H_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie.

j. Le 18 février 2023, le Dr H_____ a rendu son rapport d'expertise. Il a posé les diagnostics d'entorse grade I à II du LCM genou gauche et lésion focale

cartilagineuse avec œdème de l'os sous-chondral facette médiale de la rotule genou gauche, tous deux en lien certain avec l'accident. Le LCM était guéri trois/quatre mois après l'accident et la lésion du cartilage de la rotule le 4 novembre 2020. Le traitement conservateur suivi était adéquat et il était tout à fait normal qu'il ait perduré après janvier 2020, la situation étant stabilisée au 4 novembre 2020. Il rejoignait l'avis des Drs E_____ et F_____.

k. Le 27 février 2023, l'intimée a conclu - après avoir requis l'avis de son médecin-conseil, le Dr D_____ - que la date du 20 janvier 2020 (plus favorable au recourant) pouvait être confirmée comme *statu quo ante* de la lésion du LCM et que celle du 4 novembre 2020 pouvait être suivie pour le *statu quo ante* de la lésion du cartilage.

l. Le recourant n'a pas fait d'observations.

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimé au-delà du 20 janvier 2020, à la suite de son accident du 13 août 2019.

4.

4.1 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.

4.2 Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

5.

5.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux

prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

5.2 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).

5.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

7. En l'occurrence, vu l'arrêt du Tribunal fédéral du 8 juin 2022, la chambre de céans a confié une expertise judiciaire au docteur H_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie.

Le rapport d'expertise judiciaire de celui-ci, fondé sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse, un examen clinique du recourant, des diagnostics clairs et une analyse convaincante, d'une part, du lien de causalité de ceux-ci avec l'accident ainsi que, d'autre part, du *statu quo ante*, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, ce qui n'est pas contesté par les parties.

L'intimé a, en conséquence, suivi les conclusions de l'expert et confirmé son obligation de prise en charge des suites de l'accident au 20 janvier 2020 pour la lésion du LCM et admis la date du 4 novembre 2020 pour la lésion du cartilage.

Le recourant ne s'est pas prononcé à la suite de l'expertise judiciaire.

La conclusion de l'intimé, qui correspond à celle de l'expertise judiciaire, peut être suivie.

8. En conséquence, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse réformée et il sera dit que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'accident jusqu'au 4 novembre 2020 concernant la lésion du cartilage, dans le sens des considérants.

9. Le recourant, qui n'est pas représenté, n'a pas droit à des dépens.

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. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision litigieuse dans le sens que l'intimée est condamnée à prendre en charge les suites de l'accident jusqu'au 4 novembre 2020, dans le sens des considérants.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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