RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2061/2022 **ATAS/7/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 janvier 2023

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER	recourant
contre	
CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jeanne-Marie MONNEY	intimée

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ, Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____1990, est un ressortissant suisse résidant dans le canton de Genève. Il est célibataire et n'a pas d'enfant.

b. Depuis le 7 avril 2014, l'assuré travaille à temps plein en qualité d'installateur-électricien pour la société B_____ SA, société sise à Genève.

B. **a.** Le 26 octobre 2021, l'assuré a ressenti soudainement une vive douleur à sa jambe droite en montant des escaliers alors qu'il transportait une bobine de câbles d'une masse d'environ 50 kg. Il a alors lâché l'objet et a chuté mais a pu se retenir à une main courante.

b. Le 10 novembre 2021, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin traitant de l'assuré, a attesté que celui-ci était totalement incapable de travailler du 10 au 24 novembre 2021. Cette attestation a par la suite été prolongée plusieurs fois.

c. Une radiographie lombaire ainsi qu'une imagerie par résonance magnétique lombaire de l'assuré ont été réalisées le 10 novembre 2021 par la doctoresse D_____, spécialiste FMH en radiologie. Celle-ci a fait état de l'existence d'un pincement discal avec rupture de l'anneau fibreux sur la cinquième vertèbre lombaire et la première fausse-vertèbre sacrale, d'une hernie discale paramédiane droite au même endroit (avec rétrécissement récessal en contact avec la racine S1 droite et rétrécissement foraminal en contact avec la racine L5 droite), d'une discrète protrusion discale sur la quatrième et cinquième vertèbres lombaires (avec rétrécissements foraminaux bilatéraux en contact avec les racines L4 bilatérales), et d'une arthrose inter-facettaire postérieure.

d. Par décision datée du 30 novembre 2021, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a retenu que l'évènement du 26 octobre 2021 était un accident professionnel et a octroyé à l'assuré des indemnités-journalières d'un montant quotidien de CHF 177.80 dès le 29 octobre 2021.

C. **a.** Dans un rapport daté du 1er février 2022, mais faisant suite à une consultation ayant eu lieu le 15 novembre 2021, le docteur E_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a attesté que le recourant, connu pour des lombalgies intermiettentes, souffrait d'une lomboradiculagie aigüe droite (douleurs dans le membre inférieur droit d'origine dorsale) avec un discret déficit sensitif. Celle-ci avait pour origine une hernie discale paramédiane droite sur la cinquième vertèbre lombaire et première fausse-vertèbre sacrale. L'intéressé souffrait également de contractures spontanées du muscle ilio-psoas d'origine inexpliquée, avec flexion de la hanche. Selon le Dr E_____, la hernie discale dont souffrait l'intéressé expliquait ses radiculalgies (douleurs d'origine nerveuse), mais pas les contractures involontaires. Eu égard à celles-ci, il suggérait la consultation d'un neurologue.

b. Dans un rapport du 8 février 2022, le docteur F_____, médecin praticien FMH et spécialiste FMH en neurologie, a attesté qu'il n'existait pas chez l'assuré de signe d'une atteinte lésionnelle radiculaire, de la troisième vertèbre lombaire à la première vertèbre pseudo-sacrale. Il n'existait pas non plus d'élément plaidant en faveur d'une atteinte au système nerveux central. Les mouvements anormaux incontrôlables du membre inférieur droit de l'intéressé qui étaient présents lors de la réalisation d'un examen electroneuromyographique le 10 décembre 2021 avaient entretemps disparu. Le Dr F_____ a considéré que l'assuré pouvait reprendre le travail à 50 % mais qu'il ne devait pas porter des charges de plus de 5 kg avec les deux bras et ne pas travailler en position de porte-à-faux ou dans des positions nécessitant et des torsions/flexions ou une combinaison de plusieurs mouvements au niveau de la région lombaire.

c. Le 15 février 2022, le Dr C_____ a attesté que l'assuré serait capable de travailler à 50 % dès le 28 février 2022. Cette attestation a ensuite été renouvelée mensuellement.

d. Dans une appréciation du 21 avril 2022, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la CNA, a relevé que l'assuré souffrait d'une lombosciatalgie qui avait pour origine principalement la cinquième vertèbre lombaire et la première fausse-vertèbre sacrale, et accessoirement les quatrième et cinquième vertèbres lombaires, sur discopathie transitoirement neuro-compressive, mais sans atteinte neurologique. Selon le Dr G_____ ce trouble à la santé n'était pas en lien de causalité avec l'évènement du 26 octobre 2021, mais était d'origine dégénérative, et les conséquences dudit évènement cesseraient en vraisemblance prépondérante au 26 avril 2022.

e. Par décision datée du 26 avril 2022, la CNA a clôturé le cas d'assurance en annonçant à l'assuré qu'elle mettrait fin à sa prise en charge dès le 2 mai 2022.

D. **a.** Le 12 mai 2022, l'assuré a fait opposition à cette décision en requérant principalement que la CNA continue à prendre en charge les suites de l'évènement du 26 octobre 2021 et, subsidiairement, qu'elle ordonne une expertise médicale indépendante.

b. Dans un rapport du 3 mai 2022, le Dr C_____ a contesté l'avis du Dr G_____ en précisant que les troubles dorsaux liés à la hernie discale dont souffrait l'assuré existaient toujours.

c. Par décision sur opposition datée du 24 mai 2022, la CNA a maintenu sa décision initiale.

E. **a.** Par acte du 23 juin 2022, l'assuré a recouru par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision, en concluant au maintien par la CNA de la couverture des suites de l'évènement du 26 octobre 2021 après le 1er mai 2022, sous suite de frais et dépens. Il a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

b. Dans un rapport complémentaire du 27 juin 2022, le Dr C_____ a précisé qu'il retenait que la hernie discale dont souffrait l'assuré était certainement, ou, au minimum probablement, d'origine traumatique et que l'IRM lombaire du 10 novembre 2021 ne décrivait en aucun cas des lésions dégénératives sur sa cinquième vertèbre lombaire et première fausse-vertèbre sacrale.

c. L'intimée a répondu par acte du 5 septembre 2022 en concluant au rejet du recours.

d. Le recourant a répliqué le 4 octobre 2022 en confirmant ses conclusions initiales.

e. L'intimée a dupliqué le 1er novembre 2022, en maintenant sa position. Ces observations ont été transmises au recourant.

EN DROIT

1.

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

Selon l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours.

Le recourant étant domicilié dans le canton de Genève, la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Interjeté dans le délai de recours de trente jours suspendu (cf. art 60 LPGA) et dans les formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA et art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

2. L'objet du litige est le moment de la fin de la couverture d'assurance de l'intimée en lien avec un accident professionnel. Est en particulier litigieuse la question de savoir si cette couverture perdure au-delà du 1er mai 2022.

2.1 Selon le recourant, les conditions posées par la jurisprudence pour retenir une hernie discale d'origine accidentelle sont remplies. L'affirmation du médecin-conseil de l'intimée selon lequel ce trouble à la santé serait d'origine dégénérative était en outre infondée, dès lors qu'il n'avait jamais souffert de lombalgies avant l'évènement du 26 octobre 2021. De plus, ce dernier n'avait pas tenu compte des contractures involontaires de son muscle ilio-psoas ni de la persistance de ses douleurs lombaires au jour de la décision sur opposition.

2.2 Selon l'intimée, l'opinion médicale de son médecin-conseil correspond à celle du Dr E_____ et doit prévaloir sur l'opinion contraire du Dr C_____, en particulier au vu du raisonnement *post hoc ergo propter hoc* de ce dernier. S'agissant des contractures involontaires du muscle ilio-psoas du recourant, le rapport du Dr F_____ permet d'établir qu'elles n'existaient plus au jour de la décision sur opposition contestée.

3. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont notamment allouées en cas d'accident professionnel ou non professionnel.

3.1 Selon l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte soudaine et involontaire qui compromet la santé physique ou psychique et dont la cause est extérieure et extraordinaire (« évènement accidentel »). Pour être couvert par l'art. 6 al. 1 LAA, un trouble à la santé doit ainsi avoir été causé par un évènement accidentel en ce sens qu'il doit exister entre ce dernier et le trouble une relation de causalité naturelle et adéquate (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; ATF 147 V 161 consid. 3.1 ; ATF 146 V 51 consid. 5.1). Il existe un lien de causalité naturelle entre un évènement et une situation de fait, si la seconde n'existerait pas en l'absence du premier (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; ATF 147 V 161 consid. 3.2 ; ATF 142 V 435 consid. 1). En présence d'un trouble organique à la santé, la question de la causalité adéquate se recoupe presque complètement avec celle de la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; ATF 138 V 248 consid. 4).

3.2 Si l'on peut admettre qu'un évènement accidentel n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'évènement accidentel prend fin lorsque le trouble à la santé est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) ; il en va de même lorsque l'état maladif d'un assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) (ATF 147 V 161 consid. 3.3 ; ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.2 ; 8C_412/2018 du 26 février 2019 consid. 3.2).

Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte; une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail (arrêts du Tribunal fédéral 8C_810/2019 du 7 septembre 2020 consid. 3.3.2 ; 8C_560/2020 du 10 juin 2021 consid. 2.4 ; 8C_746/2018 du 1er avril 2019 consid. 3.3 ; 8C_560/2017, du 3 mai 2018 consid. 6.1 ; 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.3). Selon l'expérience médicale, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle

associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (arrêts du Tribunal fédéral 8C_749/2019 du 18 juin 2020 consid. 4.2 ; 8C_755/2018 du 11 février 2019 consid. 4.4.2 ; 8C_13/2018 du 9 mai 2018 consid. 3.3 ; 8C_625/2017 du 5 avril 2018 consid. 3.2 ; 8C_17/2017 du 4 avril 2017 consid. 2.3). Il s'agit dans les deux cas de présomptions de faits basées sur l'expérience éprouvée de la vie (cf. ATF 147 III 73 consid. 3.3 ; ATF 141 V 281 consid. 3.3.2).

3.3 L'existence ou non de la causalité naturelle entre une atteinte et un évènement est une question de fait qui s'établit avec le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (ATF 115 V 133 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Le seul fait que des symptômes ne se manifestent qu'après la survenance d'un évènement accidentel ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement dit "post hoc, ergo propter hoc") (arrêts du Tribunal fédéral 8C_586/2021 du 5 mai 2022 consid. 5.2.2; 8C_387/2021 du 2 août 2021 consid. 4.2.2). Cependant, dans des arrêts récents, le Tribunal fédéral a précisé qu'on ne saurait dénier toute force probante à une corrélation temporelle entre des évènements si d'autres éléments médicalement déterminants la corroborent (arrêts du Tribunal fédéral 8C_586/2021 du 5 mai 2022 consid. 5.2.2 ; 8C_348/2020 du 7 juin 2021 consid. 4.3).

3.4 Le fait que la procédure administrative sociale soit soumise à la maxime inquisitoire ne libère pas les parties du fardeau de la preuve, en ce sens qu'en cas d'absence de preuve c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; ATF 138 V 218 consid. 6 ; ATF 115 V 133 consid. 8a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_593/2021 du 6 janvier 2022 consid. 2.4). En conséquence, l'assuré supporte le fardeau de l'existence d'une causalité naturelle entre un évènement accidentel et un trouble à sa santé (en ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). En revanche, le fardeau de la preuve de l'interruption, respectivement de la fin d'une causalité établie entre un évènement couvert par la LAA et une atteinte à la santé, repose sur l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.2 ; 8C_224/2020 du 13 mai 2020 du 13 mai 2020 consid. 3.2 ; 8C_594/2016 du 4 novembre 2016 consid. 2.2).

4. Pour évaluer un droit à une prestation sociale dépendant de l'état médical d'un assuré, il faut pouvoir se fonder sur des opinions médicales probantes (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

4.1 Il n'existe pas de règles systématiques absolues en matière d'appréciation de rapport médicaux, le principe général restant l'appréciation libre de ceux-ci par le juge (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). Ainsi, la force probante d'un rapport d'expertise dépend en premier lieu sur le contenu de celui-ci, à savoir s'il est complet (au regard du /des trouble(s) médical/aux potentiel(s) de l'assuré), s'il se base sur l'anamnèse, les « plaintes » de l'assuré et tous les autres éléments factuels

disponibles, s'il est clair dans son appréciation de la situation médicale et si le ou les résultat(s) au(x)quel(s) il parvient est/sont motivé(s) (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2).

4.2 Selon la jurisprudence fédérale, il est possible de distinguer trois types d'expertises médicales : les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité judiciaire sur la base de l'art. 61 let. c LPGA et du droit cantonal (expertise judiciaire), les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité sociale sur la base de l'art. 44 LPGA (expertise administrative) et les rapports médicaux requis par une assurance sociale auprès de médecins qui lui sont subordonnés, ou réalisés par un médecin sur demande de l'assuré (« expertise » de partie).

S'il est évident que la force probante d'une expertise judiciaire est complète (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa), le juge doit également accorder pleine valeur probante aux expertises administratives pour autant que celles-ci ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun autre élément fondé ne remette en cause leur pertinence (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et 2.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2). En revanche, une expertise commandée par une partie ou réalisée par un médecin interne à une assurance dispose certes d'une certaine force probante, mais celle-ci est clairement inférieure à celle réalisée par un médecin indépendant (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et 3b/ee), en ce sens qu'un tel rapport médical peut avant tout permettre de remettre en doute une expertise administrative ou judiciaire (ATF 125 V 351 consid. 3c). Lorsqu'une décision administrative sociale ne s'appuie que sur l'avis d'un médecin interne à l'assureur social et qu'il existe des doutes, même minimes, sur la pertinence de l'appréciation de ce médecin, il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire, soit de ne pas se contenter de se reposer sur cette opinion interne à l'assurance (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_251/2022 du 11 juillet 2022 consid. 3.2.2 ; 8C_347/2021 du 10 novembre 2021 consid. 4.4 ; 8C_510/2020, du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5.

En l'occurrence, les rapports médicaux présents au dossier, en particulier ceux du Dr E_____ du 1er février 2022 et du Dr C_____ du 27 juin 2022 permettent d'établir que le recourant souffre d'une hernie discale paramédiane droite entre sa cinquième vertèbre lombaire et sa première fausse vertèbre sacrale qui a entrainé une lomboradiculagie aigüe à la jambe droite.

Pour retenir que les effets de l'évènement accidentel du 26 octobre 2021 avaient pris fin au 26 avril 2022, l'intimée s'est essentiellement fondée sur l'avis de son médecin-conseil, selon lequel l'évènement causal n'était « pas une chute », mais survenait sur un état largement dégradé sur le plan discal. D'après ce médecin, cet

évènement était « certes soudain », mais « pas exceptionnel dans la pratique du métier », et les atteintes étaient dégénératives et sans causalité naturelle en vraisemblance prépondérante avec l'évènement qui n'avait créé aucune atteinte nouvelle de surcroit.

Cette motivation est certes équivoque, dès lors qu'elle retient à la fois que l'évènement du 26 octobre 2021 n'est pas la cause des atteintes à la santé du recourant et que les conséquences de l'évènement cessent au 26 avril 2022. Cependant, à l'aune des présomptions de fait posées par la jurisprudence fédérale, on comprend que le médecin-conseil a retenu, d'une part, que l'évènement accidentel du 26 octobre 2021 n'était pas la cause de la hernie discale du recourant, celle-ci étant d'origine dégénérative, et, d'autre part, que le syndrome douloureux lié à l'évènement accidentel a pris fin six mois après celui-ci. Cette opinion est conforme aux présomptions de fait posées par la jurisprudence. Elle est du reste corroborée par l'appréciation du Dr E_____ du 1er février 2022, selon laquelle le recourant était connu pour des lombalgies intermittentes. S'ajoute à cela qu'il n'apparait pas, au vu de la description de l'évènement, que celui-ci ait été de haute énergie, ni que les symptômes soient apparus immédiatement, l'incapacité de travail n'ayant été attestée que le 10 novembre 2021, soit près de deux semaines après la survenance dudit évènement (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2018 du 1er avril 2018 consid. 6). Enfin, selon le Dr F_____, l'examen neurologique n'avait mis en évidence aucun argument pour une atteinte du système nerveux central.

Dès lors que la décision de l'intimée est conforme aux présomptions factuelles médicales posées par le Tribunal fédéral, il appartenait au recourant de démontrer que la hernie discale avait une origine traumatique. L'intéressé a produit à cette fin deux rapports de son orthopédiste traitant des 3 mai et 27 juin 2022. Ces brefs rapports se contentent toutefois essentiellement de relever que le recourant n'a pas souffert de sciatalgies avant son accident, alors même qu'une simple corrélation temporelle ne suffit pas à démontrer un lien de causalité, ni a fortiori à renverser une présomption de fait basée sur l'expérience médicale éprouvée. Le Dr C_____ précise certes dans son avis du 27 juin 2022 que l'IRM du 10 novembre 2021 ne décrit pas de lésions dégénératives. Il n'explique toutefois pas en quoi le fait d'avoir porté une charge lourde sans avoir chuté était de nature à causer une hernie discale du type de celle dont souffre le recourant. Le médecin-conseil de l'intimée a d'ailleurs relevé, sans être contredit sur ce point, qu'il n'y avait pas eu de chute et aucun élément au dossier ne laisse penser que l'évènement accidentel aurait revêtu une importance particulière.

Dans ses rapports médicaux, le Dr C_____ n'explique pas non plus comment une hernie discale traumatique pourrait entrainer des effets plus de six mois après sa survenance, mais ne pas conduire à une incapacité de travail immédiate.

Il convient donc de retenir que, faute de motivation, les avis médicaux succincts de l'orthopédiste traitant ne permettent pas d'écarter l'appréciation du médecin

conseil, laquelle repose sur une présomption de fait basée sur l'expérience médicale éprouvée. Il convient donc de suivre son appréciation et de considérer que le syndrome douloureux lié à l'évènement accidentel a cessé de produire ses effets au 26 avril 2022, soit six mois après l'évènement accidentel du 26 octobre 2021.

S'agissant, enfin, des contractures spontanées constatées par le Dr E_____, le Dr F_____ a attesté dans son rapport du 8 février 2022 qu'elles avaient disparu à cette date. Dans la mesure où aucun élément médical ne vient contester ce point, il doit être considéré comme établi que le statu quo ante a été atteint en ce qui les concerne. Le recourant reste par ailleurs libre de déposer une annonce de rechute le cas échéant.

C'est partant à juste titre que l'intimée a considéré que sa couverture prenait fin au 1er mai 2022.

Le recours doit donc être rejeté et la décision sur opposition datée du 24 mai 2022 confirmée.

6. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis *a contrario* LPGA en lien avec l'art. 1 LAA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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