

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2344/2025

ATAS/607/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juin 2026

Chambre 5

En la cause

A_____
représentée par Me Renato CAJAS, avocat

recourante

contre

BÂLOISE ASSURANCE SA
représentée par Me Michel D'ALESSANDRI, avocat

intimée

et

AXA ASSURANCES SA

appelée en
cause

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FULLEMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

A. **a.** Depuis novembre 1987, Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1967, travaille pour les hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), tout d'abord en tant qu'aide-soignante au centre B_____ (ci-après : B_____) puis, depuis 1999, comme chargée de l'accueil et du confort des patients en division privée.

b. A ce titre, elle était assurée contre les accidents – professionnels ou non – tout d'abord auprès de Winterthur Assurances SA, reprise par AXA Assurances SA fin 2006 (ci-après, selon la période concernée : la Winterthur, AXA ou l'appelée en cause), et, depuis une date ne ressortant pas du dossier, auprès de Bâloise Assurance SA (ci-après : la Bâloise ou l'intimée).

B. **a.** Le 3 octobre 1998, en montant les escaliers, l'assurée a glissé et a chuté sur son genou.

b. Quelques mois plus tard, mi-février 1999, elle a été victime d'une glissade sur un sol mouillé, ayant entraîné des douleurs du compartiment antéro-interne du genou gauche, résistant à un traitement conservateur.

c. Suite à ces accidents, l'assurée a été incapable de travailler, partiellement ou totalement, jusqu'au 31 décembre 2001. Dès le 1^{er} janvier 2002, elle a repris son activité à 75% (taux habituel).

d. La Winterthur a pris en charge les suites de ces accidents.

e. Des arthroscopies ont été réalisées en date des 10 novembre 1998, 3 mai 1999, 29 novembre 2000 et 22 juin 2001.

f. Parallèlement, le docteur C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, mandaté pour expertise par la Winterthur, a examiné l'assurée à plusieurs reprises avant de consigner ses conclusions dans des rapports datés des 26 avril 1999, 14 mai 2000, 6 novembre 2000, 30 mai 2001 et 22 février 2003.

Au fil des rapports, les diagnostics ont évolué. En date du 22 février 2003, date du dernier rapport, ils étaient alors les suivants : status après contusion directe de la rotule gauche avec comme conséquence une importante lésion du cartilage rotulien en octobre 1998, status après régularisation arthroscopique du cartilage rotulien en novembre 1998, status après ablation partielle, du côté interne, du corps graisseux de Hoffa en novembre 2000 et état cicatriciel douloureux de la partie interne du corps graisseux de Hoffa ; status après résection totale du corps graisseux de Hoffa et résection de la cicatrice en juin 2001 et persistance clinique de lésions du cartilage rotulien gauche.

Le choc violent contre une marche d'escalier en 1998 avait entraîné une lésion cartilagineuse de la facette articulaire de la rotule gauche mais non la lésion méniscale, constatée lors de la première arthroscopie, laquelle était

particulièrement minime et n'avait rien d'une déchirure post-traumatique par torsion / flexion / valgus. En effet, pour le Dr C_____, il s'agissait plutôt d'une « effranchure » d'ordre dégénératif. Le diagnostic de lésion méniscale interne post-traumatique, posé avant l'intervention, ne reflétait dès lors pas la réalité, ce d'autant moins qu'un choc violent sur la face antérieure du genou n'était pas susceptible de provoquer une lésion méniscale, sauf cas très particulier. Cette lésion avait d'ailleurs été réparée par arthroscopie. Lors de son dernier examen, en février 2003, le Dr C_____ n'avait trouvé aucun signe clinique de lésion méniscale interne et, étant donné que chaque opération de ce genou entraînait une cicatrice très douloureuse, il restait prudent en ce qui concernait une éventuelle nouvelle indication chirurgicale, la considérant comme n'étant pas d'actualité. Le médecin précité s'était également demandé si le fait que les deux premières arthroscopies avaient été effectuées avec la sonde Laser n'avait pas une influence tardive sur la structure du cartilage rotulien, étant relevé que cet élément avait été évoqué, à plusieurs reprises, par divers spécialistes, sans que l'existence d'un lien de causalité avec ce type de technique ne fût certaine.

Le Dr C_____ a également considéré que, lors de la rédaction de son dernier rapport, le cas n'était pas encore parfaitement stabilisé mais que si tous les traitements prescrits – notamment d'acuponcture – devaient rester inefficaces et qu'il devait être considéré que l'état de l'assurée, tel qu'il était, était stabilisé, une atteinte à l'intégrité de 10 à 15% devait être retenue.

g. Par décision du 27 avril 2004, la Winterthur a accordé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, son atteinte correspondant à une arthrose fémoro patellaire moyenne définitive.

h. L'assurée a été victime d'autres accidents, ayant entraîné une atteinte aux membres supérieurs.

i. A la demande de la Winterthur, le docteur D_____, spécialiste en rhumatologie, a examiné l'assurée et s'est prononcé sur les différentes atteintes dans un rapport daté du 16 janvier 2007.

S'agissant en particulier des atteintes consécutives à l'accident de 1998, le médecin précité a retenu, à titre de diagnostics, ceux mentionnés par le Dr C_____, à l'exception de ceux d'état cicatriciel douloureux de la partie interne du corps graisseux de Hoffa et de persistance clinique de lésions du cartilage rotulien gauche. En revanche, il a complété les diagnostics évoqués dans le rapport du 22 février 2003 avec ceux de probable chondropathie rétro-patellaire et d'inflammation du compartiment antéro-interne du genou gauche prédominant au niveau de l'aileron rotulien interne. Une quantification de l'atteinte du cartilage rotulien nécessitait un arthro-CT, lequel n'était toutefois pas indispensable. Même si de nombreuses approches thérapeutiques avaient déjà été tentées, le Dr D_____ suggérait de tenter encore une approche en mésothérapie ou par des ondes de choc extracorporelles associées à une physiothérapie de

reconditionnement musculaire de l'appareil extenseur, étant précisé que cette prise en charge s'inscrivait dans les suites directes de l'accident du 3 octobre 1998.

C. a. Le 30 octobre 2023, en quittant son travail, l'assurée a chuté à scooter et s'est blessée au genou gauche.

b. L'assurée a consulté les médecins de l'unité d'urgences ambulatoires des HUG le 9 novembre 2023.

La radiographie du genou gauche, effectuée le même jour, à leur demande, a montré un épanchement intra-articulaire, une chondrocalcinose, une ébauche d'ostéophyte rétro-patellaire ainsi qu'une irrégularité en regard de la tête de la *fibula*. En revanche, aucune lésion osseuse n'était visualisée.

Compte tenu de l'examen clinique et vu les résultats de la radiographie précitée, les médecins des HUG ont suspecté une lésion du ménisque externe.

c. L'IRM du genou gauche pratiquée le 15 novembre 2023 a montré une lésion horizontale du ménisque interne partant de l'attache méniscale, étendue dans le corps avec amincissement méniscal et flap méniscal dans le récessus ménisco-tibial, des chondropathies fémoro-tibiale interne et patellaire interne de grade III chacune, des lésions séquellaires du ligament croisé antérieur, sans rupture ainsi qu'un volumineux kyste postérieur du genou au contact avec l'attache du ligament croisé antérieur et de la partie postérieure du ménisque médial.

d. Le 8 décembre 2023, les médecins des HUG ont notamment retenu les diagnostics de lésion horizontale du ménisque interne du genou gauche avec extrusion de ce ménisque et de kyste intra-articulaire postérieur, étant précisé que l'assurée présentait également une gonarthrose gauche interne importante. Pour diminuer l'épanchement et retrouver la mobilité articulaire, ils préconisaient de la physiothérapie. Si cela ne devait pas suffire, une ponction et une infiltration du kyste sous ultrason pouvaient être envisagées.

e. La ponction-infiltration évoquée a été effectuée le 9 janvier 2024.

f. Lors de la consultation du 15 février 2024 aux HUG, l'assurée se plaignait de douleurs tendineuses diffuses du rétinaculum et de la patte d'oie réfractrices avec la physiothérapie. Pour les médecins, aucune prise en charge chirurgicale n'était alors à envisager, les douleurs semblant surtout tendineuses et non pas méniscales.

g. En février 2024, l'assurée a sollicité un second avis auprès de la docteure E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Dans un courriel non daté, cette dernière a expliqué qu'elle avait bien lu « les documents attachés et si ce [n'était] pas déjà fait, [c'était] à peu près certain que l'assurance accident [allait refuser son] cas car les lésions décrites [étaient] principalement dégénératives (les lésions du ménisque et le kyste péri-méniscale ou ancienne déchirure du ligament croisé antérieur) ».

h. Le 4 mars 2024, les médecins des HUG ont également constaté une inhibition musculaire quadricipitale avec hypertonie des ischio-jambiers et flexum secondaire.

i. L'échographie du 5 mars 2024 a montré un épanchement moyen au niveau du récessus quadricipital associé à une synovite moyenne avec rehaussement doppler, un léger épaissement du rétinaculum fémoro-patellaire médial avec une frange synoviale à niveau du récessus médial du genou et une sono-palpation positive à ce niveau. Le mur méniscal était exclu avec des remaniements et des irrégularités au niveau du mur méniscal antérieur avec une sono-palpation positive. L'aspect des tendons quadricipital et rotulien était continu, non épaissi et fibrillaire. Il en allait de même du ligament latéral interne (LLI).

j. Le même jour, les médecins des HUG ont effectué une ponction du genou ainsi qu'une infiltration intra-articulaire à la cortisone.

k. Dans son rapport de consultation du 14 mars 2024, la Dre E_____ a évoqué une déchirure complexe du ménisque interne et un kyste péri-méniscal interne. Si les douleurs devaient encore persister un mois après l'infiltration, une arthroscopie pour toilette, suture du ménisque interne et résection du kyste postéro-médial devait être envisagée.

l. Une nouvelle infiltration a été effectuée le 16 avril 2024.

m. En raison d'une persistance des douleurs et d'une boiterie malgré les deux infiltrations et le traitement conservateur, une prise en charge chirurgicale par arthroscopie gauche, pour méniscectomie interne partielle, kystectomie par aborde postérieure, trituration de ménisque et infiltration postéro-médiale a été programmée, en ambulatoire, pour le 29 mai 2024.

n. Vu l'incapacité de travail du chirurgien qui devait effectuer l'arthroscopie précitée, l'assurée a une nouvelle fois consulté la Dre E_____, laquelle a établi, en date du 23 mai 2024, un certificat médical attestant d'une incapacité de travail de 50%, un jour sur deux, du 27 mai au 3 juin 2024.

o. Le même jour, le médecin précité a adressé à la Bâloise une demande de garantie d'hospitalisation pour une arthroscopie prévue le 3 juin 2024, avec toilette et suture du ménisque interne ainsi que résection des kystes postérieurs.

p. Le 31 mai 2024, l'assurée semble avoir été victime d'un nouvel accident, ayant eu pour conséquences une incapacité totale de travailler jusqu'au 2 juillet 2024 (cf. courriel des HUG du 3 juillet 2024).

q. Suite à la réception de la demande de garantie de prise en charge précitée, la Bâloise a soumis le dossier de l'assurée à son médecin-conseil, le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Dans une appréciation sur dossier datée du 6 juin 2024, le médecin précité a retenu un état antérieur, qui n'avait été ni modifié, ni aggravé par l'événement

assuré, lequel n'avait pas entraîné de modification structurelle du genou gauche, ce qui était démontré par l'anamnèse, l'assurée ayant pu travailler et faire du scooter pendant plusieurs jours avant de consulter le 9 novembre 2023. Le diagnostic en lien avec l'accident assuré était celui de status après contusion du genou gauche avec hématome. Par conséquent, la chirurgie planifiée en juin 2024, en tant qu'elle portait sur une révision du ménisque interne du genou gauche pour toilette et/ou suture, concernait une atteinte qui n'était pas en lien de causalité avec l'accident du 30 octobre 2023. La lésion du ménisque était ancienne et pouvait être mise en relation de causalité naturelle avec l'événement de 1995.

r. Se fondant sur le rapport précité du Dr F_____, la Bâloise a, par décision du 13 juin 2024, mis un terme à ses prestations avec effet au 6 juin 2024, le lien de causalité entre la contusion de genou gauche et l'accident assuré étant admis jusqu'à cette date. A compter du 7 juin 2024, l'assuré n'avait plus droit à la prise en charge, par la Bâloise, des suites de l'événement assuré. L'assurance invitait ainsi son assurée à s'adresser à l'assureur-accidents ayant pris en charge les suites de l'accident de 1995.

s. Le 2 juillet 2024, l'assurée a bénéficié de l'arthroscopie du genou gauche évoquée précédemment, avec ménisectomie partielle d'une languette méniscale, suture et clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque interne et trituration et infiltration d'un kyste para-méniscal postéro-antérieur, étant relevé que le ménisque était décrit comme dégénératif.

Une incapacité de travail jusqu'à fin octobre 2024 a été attestée, suite à l'intervention précitée. Une reprise à 100% de l'activité professionnelle était prévue pour le mois de novembre 2024.

t. Suite à la décision du 13 juin 2024, l'assurée s'est adressée à AXA, laquelle a repris la Winterthur en 2006.

u. Par courriel du 30 juillet 2024, AXA a sollicité de la Bâloise l'envoi du dossier de l'assurée, un accident du 10 avril 1995 étant alors évoqué.

v. Selon divers courriels figurant au dossier, la Bâloise a sollicité à plusieurs reprises une prise de position d'AXA, qui lui a expliqué avoir saisi son médecin-conseil afin de se prononcer sur la prise en charge de l'intervention du 2 juillet 2024 et de ses suites.

w. Par décision sur opposition du 2 juin 2025, la Bâloise a confirmé sa décision du 13 juin 2024.

- D.** **a.** Le 3 juillet 2025, sous la plume de son conseil, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et, cela fait, au versement des indemnités journalières au-delà du 6 juin 2024 ainsi qu'à la prise en charge des frais inhérents à l'intervention du 2 juillet 2024 et au séjour hospitalier du 2 au 4 juillet 2024 ainsi qu'à la prise en charge des frais de convalescence et de suivi médical

consécutifs à l'intervention du 2 juillet 2024. Subsidiairement, elle a sollicité la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire en traumatologie et orthopédie.

A l'appui de ses conclusions, la recourante a, notamment, considéré que l'assurance intimée faisait abstraction du déroulement de l'accident afin de pouvoir retenir le diagnostic de status après contusion du genou gauche avec hématome. Or, lors de l'accident, elle avait tenté de retenir son scooter alors que celui-ci glissait sur la route humide, dynamique qui était de nature à causer des lésions du type de celles qui avaient été constatées lors de l'intervention chirurgicale du 2 juillet 2024.

b. L'intimée, sous la plume de son conseil, a répondu en date du 5 septembre 2025 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

En substance, elle a rappelé que dans un courriel non daté, la Dre E_____ avait considéré, après avoir lu les documents médicaux au dossier, qu'il était à peu près certain que l'assurance-accident allait refuser le cas car les lésions décrites étaient principalement dégénératives. Tous les médecins (médecins traitants et médecin-conseil) concordaient ainsi sur le diagnostic et la nature dégénérative des diagnostics, abstraction faite du status après contusion du genou gauche avec hématome, lequel était en relation de causalité naturelle avec l'accident. L'intimée constatait également que les médecins traitants n'avaient émis aucune appréciation divergente de la causalité, étant rappelé que le raisonnement *post hoc ergo propter hoc* était impropre, selon la jurisprudence fédérale constante, à établir un rapport de causalité avec l'événement assuré. Il y avait ainsi lieu d'accorder une pleine valeur probante au rapport du Dr F_____ du 6 juin 2024 et de considérer qu'il était établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le lien de causalité entre le status après contusion du genou gauche avec hématome s'était éteint le 6 juin 2024 et que c'était ainsi à juste titre que l'intimée avait mis un terme à ses prestations à cette date.

c. Le 17 octobre 2025, la recourante a répliqué, concluant, préalablement, à la suspension de la procédure jusqu'à droit jugé par AXA. Sur le fond, elle a repris ses précédentes conclusions.

S'agissant de la suspension, la recourante a relevé qu'AXA était en train d'instruire la question de savoir si elle était tenue de prester. Ainsi, afin d'éviter des décisions contradictoires, il convenait de suspendre la présente procédure.

Sur le fond, elle a relevé des incohérences, concernant notamment ses antécédents. Par conséquent, il ne pouvait être établi que les lésions constatées lors de l'intervention chirurgicale du 2 juillet ne seraient plus en lien avec l'accident assuré. Enfin, dans son courriel non daté, la Dre E_____ avait uniquement retranscrit la position habituelle des assureurs-accidents, sans se prononcer sur la question – médicale – qui était celle de savoir si les lésions étaient effectivement d'origine dégénérative.

d. Par duplique du 29 octobre 2025, l'intimée a considéré que le Dr F_____ avait procédé à une anamnèse conforme à l'ensemble des pièces du dossier. De plus, contrairement à ce que la recourante alléguait, la Dre E_____ avait procédé à une appréciation médicale en considérant que l'assurance-accidents allait refuser car les lésions décrites étaient principalement dégénératives. Son appréciation se recoupait ainsi avec celle du médecin-conseil. Enfin, l'intimée s'est opposée à la suspension de la procédure, considérant que la démarche idoine serait l'appel en cause, voire la décision de la chambre de céans d'inviter d'office le tiers à participer à la procédure. Aussi, l'intimée a-t-elle conclu à l'appel en cause d'AXA. Pour le surplus, elle a intégralement persisté dans les termes et les conclusions de sa réponse.

e. Par ordonnance du 13 janvier 2026, la chambre de céans a appelé en cause AXA et lui a accordé un délai au 6 février 2026 pour se déterminer.

f. L'appelée en cause s'est prononcée le 4 février 2026 et a conclu à la nullité de la décision sur opposition querellée ainsi qu'à la confirmation que le résultat de la présente procédure ne pouvait avoir un effet contraignant matériellement valable pour elle.

A l'appui de ses conclusions, elle a, notamment, considéré que l'objet de la procédure était la prise en charge, par l'intimée, des suites de l'accident assuré au-delà du 6 juin 2024. L'éventuelle disparition de tout lien de causalité entre l'événement du 30 octobre 2023 et les troubles au genou gauche au-delà du 6 juin 2024 permettait uniquement de conclure qu'au-delà de cette date, il n'était plus prouvé, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les plaintes au genou gauche avaient pour origine l'accident du 30 octobre 2023 mais elle ne pouvait confirmer un lien de causalité avec l'accident survenu il y a presque 25 ans. En tout état, l'intimée n'avait pas la qualité pour rendre une décision à l'égard de l'appelée en cause, de sorte que la décision sur opposition devait être considérée comme nulle. Enfin, s'agissant de l'aspect matériel, l'instruction effectuée par l'intimée était lacunaire et ne pouvait par conséquent constituer une base suffisante pour mettre un terme aux prestations avec effet au 6 juin 2024.

g. Par observations du 16 février 2026, la recourante a considéré que la chambre de céans allait nécessairement devoir examiner la problématique du lien de causalité adéquate (*recte* naturelle). De plus, déterminer l'événement accidentel à l'origine de ses lésions permettait d'éviter des jugements contradictoires tout en préservant le droit d'être entendu de l'appelée en cause. Aussi, il se justifiait de lui rendre opposable le jugement.

En deuxième lieu, la recourante a constaté que, dans la mesure où seul le jugement rendu par la chambre de céans allait être opposable à l'appelée en cause, la prétendue nullité de la décision de l'intimée était dénuée de pertinence.

Enfin, l'instruction médicale menée par l'intimée était lacunaire, de sorte que la recourante maintenait sa demande d'expertise.

h. Le 20 février 2026, l'intimée a constaté que ni la décision initiale, ni la décision sur opposition ne portaient sur l'obligation de l'appelée en cause de fournir des prestations. Ensuite, contrairement à ce que soutenait cette dernière, la décision et la décision sur opposition qui avaient été rendues, suite à l'instruction médicale qu'elle avait menée, étaient confirmées par le dossier médical de la recourante. Par conséquent, l'intimée persistait dans ses précédentes conclusions.

i. Après échange des écritures, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

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).

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.

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

- 2.** Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était en droit de mettre un terme à ses prestations avec effet au 6 juin 2024, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident survenu le 30 octobre 2023 et l'atteinte au ménisque ayant justifié l'intervention litigieuse et, dans l'affirmative si et quand le *statu quo ante vel sine* a été atteint.

3.

3.1

3.1.1 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 ; 122 V 230 consid. 1 et les références).

A teneur de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées aux lettres a à h (dont les déchirures du ménisque), pour autant que celles-ci ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

Dans un ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa et que l'assuré souffre d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que, dans cette hypothèse, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33ss. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

3.1.2 En l'espèce, il n'est pas contesté que l'événement du 30 octobre 2023 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa. Partant, il n'est pas nécessaire de déterminer si certaines lésions constatées par les médecins figurent dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, puisque même dans l'affirmative, la cause devrait être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Cela implique que si une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 LAA est due à un accident assuré, l'assureur doit la prendre en charge jusqu'à ce que cet accident n'en constitue plus la cause naturelle et adéquate et que l'atteinte à la santé qui subsiste est due uniquement à des causes étrangères à l'accident considéré (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et 9).

3.2 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'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

3.2.1 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). Ainsi, l'assureur-accidents doit également prendre en charge les causes indirectes d'un accident (RAMA 2003 no. U 487 p. 337 consid. 5.2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.1 et 8C_444/2008 du 23 décembre 2008 consid. 5). Par ailleurs, la notion du lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte prédominant en matière médicale ne se recoupe pas avec celle du domaine juridique, où une

causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 5.2.1).

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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 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.

3.2.2 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

3.2.3 En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Si l'accident a aggravé une atteinte préexistante, l'assureur-accidents doit prester selon l'art. 36 al. 1 LAA même si la part de la maladie est prédominante et la part de l'accident minime (arrêt du Tribunal fédéral 8C_476/2011 du 5 décembre 2011 consid. 6.2).

Par ailleurs, si des symptômes apparaissent à la suite d'un accident et qu'on peut partir du principe que l'accident n'a fait qu'activer un état préexistant, auparavant asymptomatique, mais qu'il ne l'a pas causé, l'assureur-accidents doit uniquement fournir des prestations pour le syndrome douloureux directement lié à l'accident conformément à l'article 36 al. 1 LAA, ce qui inclut les indemnités journalières, les prestations de soins ainsi que le remboursement des frais, notamment les frais

de traitement médical, y compris les interventions chirurgicales, jusqu'à ce que l'état antérieur soit atteint (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_326/2008 du 24 juin 2008 consid. 3.2 avec références).

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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine* ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

4.

4.1 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).

4.2 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 LPG), 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).

4.2.1 Ainsi, 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

4.2.2 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).

5.

5.1 Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon 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 130 I 180 consid. 3.2 ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_195/2013 du 15 octobre 2013).

Dans la procédure en matière d'assurance sociale, régie par le principe inquisitoire, les parties ne supportent pas le fardeau de la preuve au sens de l'art. 8 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210). L'obligation des parties d'apporter la preuve des faits qu'elles allèguent signifie seulement qu'à défaut, elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que lorsqu'il est impossible, en se fondant sur l'appréciation des preuves conformément au principe inquisitoire, d'établir un état de fait qui apparaisse au moins vraisemblablement correspondre à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et la référence ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 379/2006 du 19 octobre 2006 consid. 2 et U 328/02 du 9 décembre 2003 consid. 3.1).

Alors qu'il appartient à l'assuré de prouver l'existence *ab initio* d'un lien de causalité, c'est à l'assurance-accidents qu'incombe le fardeau de la preuve d'une prétendue disparition de la causalité en raison de l'atteinte du *statu quo sine vel ante* (RAMA 1994 n° U 206 p. 326 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_101/2008 du 6 août 2008 consid. 2.2).

5.2 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).

5.3 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V

210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 132 V 368 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3 et ses références).

6.

6.1 En l'espèce, la recourante a été victime d'une chute à scooter le 30 octobre 2023, avec un impact sur le genou gauche. Suite à cet accident, l'examen clinique a fait suspecter une atteinte au ménisque, laquelle a été confirmée par IRM le 15 novembre 2023 et opérée le 2 juillet 2024.

Les critères d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA étant réalisés, l'intimée a examiné son obligation de prester conformément à l'art. 6 al. 1 LAA.

Dans ce contexte, elle a sollicité l'avis de son médecin-conseil, le Dr F_____, lequel a considéré dans son appréciation du 6 juin 2024 que la recourante présentait un état antérieur défini par un status après lésion du ligament croisé antérieur du genou gauche en 1995, un status après plastie dudit ligament en 1995 également, un status après fracture de la rotule gauche en 1995, un status après gonarthrose post-traumatique fémoro-tibiale interne du genou gauche, un status après chondropathie fémoro-patellaire de stade III post-traumatique gauche et un status après lésion dégénérative de type post-traumatique du ménisque interne gauche en raison de la gonarthrose fémoro-tibiale interne post-traumatique du genou gauche. Le Dr F_____ a encore précisé que l'arthrose précitée s'accompagnait d'une lésion du ménisque interne de type horizontal avec amincissement du corps de ce corps méniscal et d'un lambeau dans le récessus ménisco-tibial. Cette lésion était associée à un volumineux kyste au contact de l'insertion du ligament croisé antérieur et de la face postérieure de ce ménisque interne. De par l'ensemble de ces caractéristiques, le Dr F_____ était d'avis que la lésion du ménisque interne gauche était en lien avec la gonarthrose interne post-traumatique gauche et qu'il ne s'agissait pas d'une lésion récente, mais ancienne. Elle ne pouvait donc pas être mise en relation de causalité naturelle avec l'événement du 30 octobre 2023 mais devait l'être avec celui de 1995. Par ailleurs, l'état de santé antérieur n'était ni modifié ni aggravé par l'événement assuré, lequel n'avait pas entraîné de modification structurelle au genou gauche, ce qui était confirmé par l'anamnèse et en particulier par le fait que la recourante

avait continué à travailler et à faire du scooter pendant plusieurs jours, jusqu'au 9 novembre 2023, avant de consulter les médecins des HUG. Le Dr F_____ était donc d'avis que seule une contusion du genou gauche avec hématome était en lien de causalité avec l'accident assuré, de sorte que l'intervention du 2 juillet 2024, à savoir l'arthroscopie avec révision du ménisque interne du genou gauche pour toilette et/ou suture, portait sur une atteinte qui n'était pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 30 novembre 2023. La question du retour au *statu quo ante vel sine* ne se posait dès lors pas.

Se fondant sur cette appréciation l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 6 juin 2024, refusant par-là notamment de prendre en charge l'intervention chirurgicale précitée et ses suites, ce que la recourante conteste.

6.2 Il convient donc d'examiner la valeur probante de l'appréciation du Dr F_____ du 6 juin 2024.

Force est tout d'abord de constater que le médecin-conseil précité s'est prononcé sur dossier. Une telle appréciation n'est pas en soi sans valeur probante ; elle doit, toutefois, se fonder sur suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré et respecter les réquisits jurisprudentiels en la matière.

Or, force est de constater que l'appréciation précitée est rédigée de manière vague, sans décrire les pièces au dossier ou encore les troubles et les plaintes de la recourante. Si le médecin précité répond succinctement à la question de savoir si l'accident assuré a directement causé la déchirure du ménisque, il ne se prononce pas sur celle de savoir si l'accident assuré avait pu aggraver une déchirure méniscale préexistante ou décompenser un état dégénératif antérieur, alors que ces questions se posent légitimement au vu de la situation.

En effet, quoi qu'en dise la recourante, le dossier permet de retenir un état dégénératif antérieur à l'accident au niveau de son genou sous la forme, notamment, d'une gonarthrose, de chondropathies fémoro-tibiale interne et patellaire interne de grade III chacune et d'un ménisque dégénératif (*cf.* courriel non daté de la Dre E_____ [pièce 16, int.] et compte-rendu opératoire du 10 juillet 2024 [pièce 50, int.]). Or, la situation s'est aggravée suite à l'accident assuré, avec une incapacité de travail, plusieurs infiltrations et finalement l'arthroscopie du 2 juillet 2024.

Certes, le fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés ou aggravés 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* »). Cela étant, il convient d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré, ce qui n'a de toute évidence pas été fait par le Dr F_____. En réalité, ce médecin a examiné le lien de causalité en fonction de la notion prédominant en matière médicale, laquelle ne

se recoupe pas avec celle du domaine juridique, où une causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents.

Ces mêmes critiques peuvent également être faites à l'encontre des rapports de la Dre E_____.

En d'autres termes, les médecins précités n'ont pas examiné la question d'une aggravation d'une déchirure méniscale déjà préexistante ni celle de la décompensation d'un état dégénératif préexistant. Or, dans l'hypothèse où l'accident a eu une influence, l'intimée doit prester, même si la part de la maladie est plus importante.

6.3 En résumé, la chambre de céans ne peut que constater que le dossier de l'intimée ne contient aucun rapport médical circonstancié et probant permettant de trancher la question du lien de causalité naturelle (aggravation d'une déchirure préexistante, sous la forme, par exemple, d'une extrusion du ménisque ? décompensation ? *statu quo* ?) entre les atteintes encore ressenties par la recourante et l'accident assuré.

Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 30 octobre 2023 et les troubles présentés par la recourante au-delà du 6 juin 2024, et, dans l'affirmative, sur la date d'un éventuel retour à un *statu quo sine vel ante*.

Force est ainsi de considérer que l'intimée a constaté les faits de manière sommaire, sur la base d'une appréciation de son médecin-conseil, très peu motivée et ne disposant pas d'une valeur probante suffisante.

Cela étant, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée, pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise orthopédique, confiée à un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA.

Dans ce contexte, la chambre de céans rappelle que si l'expert est mandaté par l'intimée uniquement, la seule question à laquelle il devra répondre est celle de savoir si l'atteinte méniscale a été causée, aggravée ou décompensée par l'accident assuré ou si un autre état dégénératif a été décompensé par cet accident. Il ne lui appartiendra pas, dans ce contexte, de rattacher les atteintes constatées à un accident qui n'est pas assuré auprès de l'intimée.

La situation serait toutefois autre si l'expert est mandaté tant par l'intimée que par l'appelée en cause ; dans une telle situation, il lui appartiendra alors d'examiner la question du lien de causalité naturelle avec tous les accidents assurés, tant auprès de l'intimée que de l'appelée en cause, susceptibles d'entrer en considération.

Enfin, le renvoi de la cause à l'intimée rend sans objet les conclusions de la recourante et de l'appelée en cause concernant la réalisation d'une expertise judiciaire. Il en va de même du grief de l'appelée en cause relatif à la nullité de la décision sur opposition et à son opposabilité.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 2 juin 2025 sera annulée.

7.2 La cause sera renvoyée à l'intimée, pour instruction complémentaire au sens des considérants, et nouvelle décision.

7.3 La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

7.4 Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 2 juin 2025.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'000.-, à titre de participation à ses frais et dépens.
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

Nora DE RIEDMATTEN

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