

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2535/2025

ATAS/299/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 avril 2026

Chambre 3

En la cause

A _____
représenté par le Syndicat UNIA, mandataire

recourant

contre

VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES S.A.

intimée

Siégeant : Karine STECK, présidente; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né en janvier 1982, domicilié en France, a travaillé en tant que garçon d'office à plein temps pour le compte de la B_____ (ci-après : l'employeur).
- b.** L'intéressé était alors assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de LA VAUDOISE GÉNÉRALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES S.A. (ci-après : l'assureur).
- B.** **a.** Le 13 novembre 2022, l'assuré s'est blessé sur son lieu de travail. Selon la déclaration d'accident du 24 novembre 2022, il « poussait deux glacières posées l'une sur l'autre, celle du haut a glissé et lui a fait perdre l'équilibre, et il s'est cogné violemment le genou dans celle du dessous. »
- b.** L'assureur a pris en charge les suites de ce sinistre (n° 1_____).
- c.** Le 13 décembre 2022, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou droit a été effectuée. Selon le docteur C_____, spécialiste en radiologie, cet examen n'a mis en évidence ni contusion, ni fracture post-traumatique. Il existait une fissuration profonde et focale du cartilage du tiers inférieur de la gorge de la trochlée, une discrète hétérogénéité du tendon rotulien proximal et postérieur avec minime infiltration œdémateuse pré-tendineuse et pré-patellaire en rapport avec le status post-traumatique récent. Un petit kyste de taille péri-centimétrique en arrière de la métaphyse distale du fémur était constaté (rapport du 14 décembre 2022).
- d.** Dans un document non daté reçu le 16 décembre 2022 par l'assureur, le docteur D_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin traitant, a diagnostiqué des gonalgies à droite. Il avait vu l'assuré le 23 novembre 2022 et avait prescrit un traitement médicamenteux.
- e.** Le 16 décembre 2022, le Dr D_____ a diagnostiqué un traumatisme au genou droit. Le traitement n'était pas terminé.
- C.** **a.** Le 2 juillet 2023, l'assuré s'est blessé sur son lieu de travail. Selon la déclaration d'accident du 27 juillet 2023, « en sautant sur le hayon du camion traiteur, A_____ a voulu entrer précipitamment dans le camion, mais il y avait une petite marche, son pied a trébuché contre la marche et il est tombé contre les sangles. »
- b.** L'assureur a pris en charge les suites de ce sinistre (n° 2_____).
- c.** Le 26 juillet 2023, l'assuré a consulté le Dr D_____.
- d.** Le 27 juillet 2023, une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la hanche droite a conclu que les données de l'examen pouvaient corrélérer un élément post-

contusionnel de la région postérolatérale du grand trochanter (rapport du 27 juillet 2023 du docteur E_____, spécialiste en radiologie).

e. Le 14 août 2023, le Dr D_____ a indiqué que la hanche et le genou droits avaient été blessés. Le traitement n'était pas terminé.

D. a. Le 21 avril 2024, l'assuré s'est blessé sur son lieu de travail. Selon la déclaration d'accident du 22 avril 2024, il « était en train de charger le camion traicteur de l'hôtel, quand une table lui est tombé dessus par derrière le cognant à la tête et l'assommant. Il est alors tombé au sol sur le dos et a perdu connaissance quelques instants. »

b. L'assureur a pris en charge les suites de ce sinistre (n° 3_____).

c. L'assuré a été transporté en ambulance aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où un scanner de la colonne dorsale a conclu à l'absence de fracture (rapport du 21 avril 2024 du docteur F_____, spécialiste en radiologie). Un scanner cérébral et de la colonne cervicale a également conclu à l'absence d'hémorragie intra ou extra-axiale et à l'absence de fracture du neurocrâne et du rachis cervical (rapport du 21 avril 2024 de la docteure G_____, spécialiste en neuroradiologie).

d. Dans un rapport du 22 avril 2024, le docteur H_____, médecin chef de clinique du service des urgences des HUG, et la docteure I_____ ont indiqué que l'assuré avait été admis en raison d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance et amnésie circonstancielle. Sur le moment, il avait souffert de douleurs aux niveaux du genou droit, du rachis dorsal, de la cuisse et en sous-costal gauche, ainsi que d'importantes nausées. Á son arrivée, seules les douleurs sous-costales gauches persistaient, sans symptômes associés, de sorte que le problème pris en charge avait été une douleur dorso-lombaire post-traumatique, laquelle s'était améliorée. Les médecins ont attesté une incapacité de travail totale du 21 au 23 avril 2024 et prescrit du paracétamol, en réserve.

e. Le 23 avril 2024, la docteure J_____, médecin généraliste et médecin traitant en France, a diagnostiqué un traumatisme crânio-cervical avec perte de connaissance, un traumatisme dorsal droit avec discopathie et un traumatisme au genou droit. Elle a prescrit des séances de massage, de physiothérapie et de rééducation de la colonne cervicale, ainsi qu'un arrêt de travail, du 23 avril au 12 mai 2024.

f. Le 25 avril 2024, l'assureur a informé l'employeur que les indemnités journalières allaient lui être versées.

g. L'arrêt de travail de l'assuré a par la suite été prolongé.

h. Le 23 mai 2024, des radiographies du bassin de face et de la colonne lombaire face/profil ont été effectuées, qui ont mis en évidence, notamment, une absence d'altération morphologique des corps vertébraux et une ébauche de discopathie

L4-L5, visible sous la forme d'un discret pincement de l'espace intersomatique (rapport du Dr E_____).

i. Le 23 mai 2024, une IRM du genou droit a montré une fissure focale du cartilage du tiers moyen de la rotule occupant les deux tiers de l'épaisseur du cartilage, une fissuration relativement large et profonde s'étendant jusqu'à l'os sous-chondral au tiers inférieur de la gorge de la trochlée (rapport du Dr C_____).

j. Par courriel du 4 juin 2024, l'assureur a demandé à l'assuré des rapports circonstanciés de ses médecins justifiant la prolongation de l'incapacité de travail.

k. Le 5 juin 2024, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré présentait une douleur au genou droit avec des plaintes variables à la suite de l'accident. L'IRM parlait en faveur d'une atteinte articulaire du cartilage du genou. L'assuré était en incapacité de travail et des séances de physiothérapie étaient prescrites.

l. Le 10 juin 2024, la Dre J_____ a indiqué avoir examiné l'assuré les 23 avril, 13 et 31 mai 2024. Elle avait constaté des cervicalgies avec raideur cervicale, une limitation douloureuse à la mobilisation dans toutes les amplitudes, des contractures des trapèzes, des lombalgies basses en barre sans déficit, avec raideur et contractures. Les radiographies avaient mis en évidence une discopathie en L4-L5 et des gonalgies droites avec fissure focale du cartilage du tiers moyen de la rotule. La poursuite de la physiothérapie et du traitement décontracturant était nécessaire.

m. Le 10 juin 2024, l'assuré a transmis à l'assureur un rapport, non signé et non daté, établi – selon lui – par la Dre J_____, indiquant les constats faits lors des consultations des 23 avril, 13 et 31 mai 2024 et concluant que les blessures et symptômes observés justifiaient un arrêt de travail jusqu'au rétablissement.

n. Le 13 juin 2024, l'assuré a transmis un rapport non daté du Dr D_____, selon lequel l'accident avait provoqué de multiples traumatismes affectant le rachis cervical, dorsal et lombaire, ainsi que le genou droit. Lors de la première consultation, les plaintes consistaient en des douleurs aux niveaux cervical, dorsal, et lombaire, ainsi que dans la jambe droite, incluant le bassin et le genou.

Les blessures nécessitaient une attention continue, des traitements diversifiés incluant de la physiothérapie et des consultations spécialisées. Chaque examen complémentaire avait révélé des pathologies supplémentaires, démontrant la complexité de la situation et la nécessité de soins continus. L'assuré était en incapacité de travail en raison de ses blessures et devait suivre scrupuleusement les recommandations de repos et les séances de physiothérapie pour améliorer sa condition. Pour l'atteinte au genou droit, il avait été adressé à un spécialiste.

o. Le 28 juin 2024, une IRM de la colonne totale a mis en évidence l'absence de fracture et de contusion vertébrale du rachis, un débord discal postéro-latéral droit

C4-C5 et minime débord discal circonférentiel C5-C6, impossible à dater (rapport du docteur K_____, spécialiste en radiologie).

p. Le 18 juillet 2024, le docteur L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur, a diagnostiqué un traumatisme crânien et du rachis cervical (sans lésion traumatique récente selon le scanner réalisé en urgence), un traumatisme du rachis dorsal (sans lésion traumatique récente selon le scanner), un traumatisme du rachis lombaire (la radiographie effectuée mentionnait une discopathie en L5, mais il n'était pas rapporté de signe clinique de sciatique) et un traumatisme du genou droit (il s'agissait vraisemblablement de lésions cartilagineuses dégénératives, vu l'absence de signe de contusion récente ou d'épanchement intra-articulaire). Aucun antécédent relevant n'était mentionné.

À titre de troubles persistants en relation de causalité probable avec l'événement assuré, le médecin-conseil retenait : une contusion du rachis et une contusion du genou droit, diagnostics en relation de causalité vraisemblable avec l'événement assuré. Trois mois après la survenue de l'accident, celui-ci avait cessé de déployer ses effets délétères au niveau du rachis et du genou droit et le *statu quo sine* serait atteint le 21 juillet 2024. Le médecin s'attendait à une reprise de l'activité habituelle dès le 22 juillet 2024 et il n'y avait pas de dommage permanent.

Il existait des antécédents pour le genou droit (les 13 novembre 2022 et 2 juillet 2023), ainsi que pour le thorax, le dos, la cuisse et le pied gauches (le 10 septembre 2023).

q. Par pli du 19 juillet 2024, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 31 août 2024.

r. Le 20 juillet 2024, l'assureur a informé l'employeur du versement des indemnités journalières du 1^{er} mai au 30 juin 2024.

s. Le 22 juillet 2024, le docteur M_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le docteur N_____, chef de clinique de l'Hôpital de La Tour, ont diagnostiqué une chondropathie fémoro-patellaire à droite avec tendinite de la patte d'oie et tractus ilio-tibial d'origine post-traumatique. L'IRM du 23 mai 2024 montrait une lésion cartilagineuse focale au niveau fémoro-patellaire, sans autre lésion décelée. L'assuré avait rapporté avoir présenté un traumatisme par choc direct sur son genou droit, deux ans auparavant, avec un nouveau traumatisme en avril 2024. Il avait arrêté le football depuis septembre 2023 en raison des douleurs.

Cette lésion cartilagineuse, ainsi que les tendinites, probablement d'origine compensatrice, étaient responsables des douleurs. Le traitement conseillé était conservateur, avec de la physiothérapie et des antalgiques au besoin, et éventuellement une infiltration, selon l'évolution.

t. Le 26 juillet 2024, l'assureur a informé l'employeur du versement des indemnités journalières jusqu'au 21 juillet 2024.

u. Le 31 juillet 2024, une IRM de la hanche droite a mis en évidence des éléments pouvant corrélérer des signes de conflit fémoro-acétabulaire avec lésion du labrum antéro-supérieur (rapport du Dr E_____).

v. Par courrier du 13 août 2024 adressé à l'employeur et à l'intéressé, l'assureur a indiqué qu'il suspendait le versement des prestations dès le 22 juillet 2024, jusqu'à réception des informations nécessaires par son médecin-conseil.

w. Interpellé par l'assureur, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré était venu en consultation le 31 août 2024, à la suite d'une IRM de la hanche droite qui avait mis en évidence une lésion du labrum (rapport du 4 octobre 2024).

x. Le 7 octobre 2024, l'assureur a soumis le cas au docteur O_____, chirurgien orthopédique et médecin-conseil, en lui précisant qu'il n'y avait pas d'antécédents.

y. Le 7 octobre 2024, le Dr O_____ a diagnostiqué un traumatisme crânien simple, une contusion du rachis dorsal et lombaire, ainsi qu'une contusion de la hanche droite. Il a relevé la présence d'éléments étrangers à l'accident : soit un conflit fémoro-acétabulaire droit, une discopathie dégénérative cervicale et une gonarthrose droite. Le médecin a expliqué pour quelles raisons il estimait que les troubles persistants étaient seulement de façon possible en relation de causalité avec l'accident, ainsi que les raisons pour lesquelles il considérait que le *statu quo sine* avait été atteint au plus tard trois mois après l'événement, soit le 21 juillet 2024. Au-delà, l'incapacité de travail relevait de l'assurance-maladie.

E. a. Par décision du 16 avril 2025, l'assureur, se référant à l'avis du Dr O_____, a mis fin au versement des prestations au 21 juillet 2024, faute de lien de causalité suffisant entre l'événement du 21 avril 2024 et les troubles persistant encore. Les examens radiologiques ayant permis d'exclure la présence d'une quelconque atteinte traumatique, l'accident avait tout au plus provoqué un traumatisme crânien simple, ainsi que de multiples contusions, qui avaient cessé de déployer leurs effets après trois mois tout au plus. Il existait en revanche des atteintes dégénératives (chondropathie du genou droit, discopathies cervicales et conflit fémoro-acétabulaire, notamment), indépendantes de l'événement assuré et qui expliquaient, à elles seules, les plaintes au-delà de trois mois. L'intervention de l'assureur se limiterait donc aux frais encourus jusqu'au 21 juillet 2024. Il était recommandé à l'assuré de s'adresser à sa caisse-maladie pour le remboursement des frais de traitement.

b. Le 16 avril 2025, l'assureur a informé l'employeur de la fin du versement des prestations au 21 juillet 2024.

c. Par pli posté le 24 mai 2025, l'assuré a contesté la décision de l'assureur. Il a relevé qu'il avait déjà souffert auparavant de douleurs aux genoux et « au fémoro-acétabulaire », lors d'un précédent accident survenu dans la même entreprise et pris en charge par l'assureur. Ces douleurs s'étaient atténuées ou avaient disparu, mais l'accident du 21 avril 2024 les avaient fortement aggravées. Il lui semblait

évident que l'accident avait été facteur de rechute et avait aggravé les troubles, plutôt que de créer une nouvelle lésion.

d. Par courrier du 5 juin 2025, l'assureur a répondu qu'il lui paraissait peu probable que les accidents survenus en dates des 13 novembre 2022 (n° 1 _____) et 2 juillet 2023 (n° 2 _____) soient responsables des atteintes à la hanche et au genou droits, ces dernières étant dégénératives et non traumatiques. De plus, les deux événements mentionnés avaient manifestement été de faible importance, compte tenu du traitement médical mineur et de l'absence d'incapacité de travail. Un délai au 4 juillet 2025 était octroyé à l'assuré pour indiquer s'il souhaitait obtenir une décision formelle concernant les deux accidents précités.

e. Par décision du 5 juin 2025, reçue par l'assuré le 19 juin 2025, l'assureur a rejeté l'opposition en relevant qu'aucun élément médical permettant de contredire l'appréciation du Dr O _____, exprimée dans son rapport du 7 octobre 2024, n'avait été amené.

- F. a.** Par acte du 12 juillet 2025, l'assuré a interjeté recours (enregistré sous le numéro de cause A/2535/2025) contre la décision sur opposition du 5 juin 2025, en concluant, préalablement, à la mise sur pied d'une expertise médicale, principalement, à l'octroi de prestations au-delà du 21 juillet 2024.

Le recourant fait valoir en substance que l'accident du 21 avril 2024 a causé ou aggravé ses douleurs au dos (cervicales, dorsales et lombaires), à la hanche et au genou droits, comme l'attestent les examens effectués aux HUG, le Dr M _____ et ses deux médecins traitants. Il fait remarquer qu'avant l'accident du 21 avril 2024, les douleurs consécutives aux sinistres précédents, des 13 novembre 2022 et 2 juillet 2023, étaient stabilisées.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 25 août 2025, a conclu au rejet du recours.

c. Dans sa réplique du 24 septembre 2025, le recourant fait valoir que sa perte d'emploi serait en lien avec le retard pris par l'intimée dans le versement des indemnités journalières. Il demande par conséquent des dommages et intérêts pour les préjudices subis.

d. Par écriture du 28 octobre 2025, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

e. Le 29 octobre 2025, le syndicat UNIA a informé la Cour de céans que le recourant lui avait confié la défense de ses intérêts. Aucune écriture supplémentaire n'a cependant été déposée.

- G. a.** L'intéressé ayant requis également une décision concernant les accidents survenus en dates des 13 novembre 2022 et 2 juillet 2023, l'assureur a soumis le cas à son médecin-conseil.

b. Dans un rapport du 24 juillet 2025, le Dr O _____ a diagnostiqué, à la suite de l'accident du 13 novembre 2022, une contusion au genou droit. Il existait des

éléments étrangers à ce sinistre : un conflit fémoro-acétabulaire droit, une discopathie dégénérative cervicale et une gonarthrose droite.

Les troubles dont se plaignait encore l'intéressé étaient, de façon seulement possible, en relation de causalité avec l'événement du 13 novembre 2022 : la déclaration d'accident parlait d'un choc direct du genou dans une glacière « qu'on se » (*sic*), et l'IRM du 13 décembre 2022 avait mis en évidence une gonarthrose droite à prédominance fémoro-patellaire. Selon le médecin-conseil, il s'agissait donc tout au plus d'une contusion. Par conséquent, le *statu quo sine* était fixé à six semaines, au 25 décembre 2022, date à partir de laquelle les lésions dues à ce sinistre pouvaient être considérées comme guéries.

S'agissant de l'accident survenu le 2 juillet 2023, le Dr O_____ a diagnostiqué une contusion du grand trochanter droit. Il existait des éléments étrangers à ce sinistre : un conflit fémoro-acétabulaire droit, une discopathie dégénérative cervicale et une gonarthrose droite.

Les troubles dont se plaignait encore l'intéressé étaient, de façon seulement possible, en relation de causalité avec l'événement du 2 juillet 2023 : ce sinistre avait consisté en une chute contre les sangles d'un camion et l'IRM du 27 juillet 2023 avait mis en évidence une simple contusion au niveau du grand trochanter droit. Il s'agissait donc tout au plus d'une contusion s'inscrivant dans un status antérieur à type de conflit acétabulaire. Le *statu quo sine* était fixé à trois mois, au 2 octobre 2023.

c. Par décision du 29 juillet 2025, l'assureur a nié tout lien de causalité entre les troubles persistant encore et les accidents des 13 novembre 2022 et 2 juillet 2023. De l'avis de son médecin-conseil, l'intéressé présentait des atteintes d'origine malade, sans lien avec les événements précités, soit, notamment : une gonarthrose du genou droit, un conflit fémoro-acétabulaire droit et une discopathie dégénérative cervicale.

L'événement du 13 novembre 2022 avait tout au plus provoqué une contusion du genou droit qui devait être considérée comme guérie après six semaines. L'IRM du 13 décembre 2022 avait permis d'exclure la présence d'une quelconque atteinte traumatique. La prise en charge se limitait donc aux frais encourus jusqu'au 25 décembre 2022 y compris.

Concernant l'évènement du 2 juillet 2023, l'IRM de la hanche droite avait mis en évidence, outre les atteintes d'origine malade, une contusion qui devait être considérée comme guérie après trois mois, de sorte qu'aucune prestation ne serait allouée au-delà du 2 octobre 2023 en lien avec cet accident. L'assureur recommandait à l'intéressé de s'adresser à son assurance-maladie pour le remboursement de ses frais de traitement.

d. Le 29 août 2025, l'intéressé a formé opposition à cette décision, en faisant valoir, en substance, que les lésions retrouvées à l'IRM du 13 décembre 2022 avaient été causées par l'accident du 13 novembre 2022, que l'IRM réalisée le

27 juillet 2023 montrait également des lésions provoquées par l'accident survenu le 2 juillet 2023 et que l'ensemble de ces atteintes n'avait pas pour origine une maladie, mais était la conséquence de ces deux accidents. Il avait engagé des frais à la suite de l'accident du 21 avril 2024, lequel avait été un facteur de rechute des événements survenus les 13 novembre 2022 et 2 juillet 2023.

e. Par décision sur opposition du 7 octobre 2025, l'assureur a maintenu sa position en relevant qu'aucun élément médical permettant de contredire l'appréciation du Dr O_____, exprimée dans son rapport du 24 juillet 2025, n'avait été amené. En l'absence d'un lien de causalité entre les plaintes de l'assuré et les deux accidents précités, la décision du 29 juillet 2025 était maintenue.

- H. a.** Par acte du 6 novembre 2025, l'intéressé a interjeté recours (enregistré sous le numéro de cause A/4067/2025) auprès de la Cour de céans contre la décision sur opposition du 7 octobre 2025, en concluant à son annulation et à l'octroi de prestations au-delà des 25 décembre 2022 et 2 octobre 2023 pour les troubles persistants au genou et à la hanche droits.

Le recourant fait valoir, en substance, qu'il n'a jamais eu de diagnostic attestant l'origine malade de ces atteintes. Il conteste que les troubles persistants soient exclusivement d'origine dégénérative. Il considère par ailleurs que l'accident du 21 avril 2024 a aggravé les lésions causées par les événements survenus les 13 novembre 2022 et 2 juillet 2023.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 25 novembre 2025, a conclu au rejet du recours.

c. Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, tant à raison de la matière que du lieu, dès lors qu'il n'est pas contesté que le recourant, domicilié en France, a été engagé en dernier lieu par un employeur

ayant son siège à Genève (art. 58 al. 2 LPGA, applicable à teneur de l'art. 1 al. 1 LAA).

2. Interjetés dans les formes et délais prévus par la loi, les recours sont recevables en tant qu'ils sont dirigés contre les décisions sur opposition de l'intimée des 5 juin et 7 octobre 2025 (art. 56ss LPGA).

La conclusion tendant à l'allocation de dommages et intérêts, en revanche, est irrecevable. En effet, selon l'art. 78 LPGA, les corporations de droit public, organisations fondatrices privées et assureurs répondent, en leur qualité de garants de l'activité des organes d'exécution des assurances sociales, des dommages causés illicitement à un assuré ou à des tiers par leurs organes d'exécution ou par leur personnel (al. 1). L'autorité compétente rend une décision sur les demandes en réparation (al. 2).

Conformément à l'art. 100 LAA, les demandes en réparation au sens de l'art. 78 LPGA doivent être déposées auprès de l'assureur, qui statue par décision.

Partant, c'est auprès de l'intimée que le recourant doit faire valoir une éventuelle demande de réparation.

- 3.

3.1 Aux termes de l'art. 70 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), applicable par renvoi de l'art. 89A LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune.

3.2 En l'occurrence, les questions juridiques qui se posent dans les deux recours interjetés (causes A/2535/2025 et A/4067/2025) opposant les mêmes parties, sont identiques. Partant, il se justifie de joindre ces deux causes sous le numéro de procédure A/2535/2025.

4. Le litige porte sur le bien-fondé des décisions de l'intimée de ne pas allouer au recourant de prestations pour les troubles persistants au-delà du 21 juillet 2024.

- 5.

5.1 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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V

138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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.

5.2 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.

Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2).

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-accident 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). Si l'accident a aggravé une atteinte préexistante, l'assureur-accident doit prêter 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).

Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prêter (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêts du Tribunal fédéral U 136 /06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 et U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3).

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

5.3 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).

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 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).

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

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

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

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au

second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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

5.4 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la

partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (*cf.* ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (*cf.* ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

5.5 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 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). En outre, 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 (ATF 132 V 368 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.4 et les références).

6.

6.1 En l'espèce, il est établi que le recourant a été victime de trois accidents, en dates des 13 novembre 2022, 2 juillet 2023 et 21 avril 2024, dont les suites ont été prises en charge par l'intimée.

Le recourant fait valoir que les troubles persistant au-delà du 21 juillet 2024 doivent également être pris en charge par l'intimée, ce que cette dernière conteste en se fondant sur les appréciations de son médecin-conseil, le Dr O_____.

6.2 Il s'agit donc de déterminer, dans un premier temps, si les évaluations du Dr O_____, établies en date des 7 octobre 2024 et 24 juillet 2025, peuvent se voir accorder une pleine valeur probante.

Il convient à titre liminaire de relever que les conclusions du Dr O_____ ont été établies sur dossier uniquement. Cet élément ne remet toutefois pas en question la valeur probante de ses avis, pour autant que ceux-ci se fondent sur suffisamment de pièces établies à la suite d'un examen clinique du recourant et qu'ils répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Or, la Cour de céans constate que les appréciations du Dr O_____, pour le moins succinctes, ne mentionnent ni la description des pièces figurant au dossier, ni l'anamnèse, ni les plaintes du recourant. En outre, ce médecin ne se réfère qu'à des rapports d'examens spécialisés (scanners, IRM et radiographies), lesquels ne contiennent aucune appréciation sur la question litigieuse du lien de causalité naturelle entre les troubles persistant au-delà du 21 juillet 2024 et les accidents survenus les 13 novembre 2022, 2 juillet 2023 et 21 avril 2024. Qui plus est, les conclusions du Dr O_____ n'apparaissent ni dûment motivées, ni convaincantes, dès lors que ce médecin, qui a pourtant retenu des atteintes au rachis dorsal et lombaire suite à l'accident du 21 avril 2024, n'a manifestement pas pris en compte le fait que le recourant avait été victime, avant l'accident précité, d'un autre sinistre pris en charge par l'intimée – en date du 10 septembre 2023 –, ayant touché, notamment, le dos de l'intéressé (cf. pièce 48, page 1, chargé intimée du 25 août 2025). De surcroît, le Dr O_____ a retenu que les examens effectués à la suite des accidents des 13 novembre 2022 et 2 juillet 2023 auraient mis en évidence des atteintes dégénératives préexistantes à ces événements, soit une gonarthrose droite et un conflit fémoro-acétabulaire droit (rapport du 24 juillet 2025), alors qu'aucun médecin ayant examiné l'intéressé n'a indiqué que ces troubles étaient antérieurs aux sinistres précités.

Pour l'ensemble de ces motifs, la Cour de céans considère que les conclusions du Dr O_____, formulées dans ses appréciations en dates des 7 octobre 2024 et 24 juillet 2025, n'emportent pas la conviction. Ses rapports ne répondent pas aux

réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une quelconque valeur probante et ne permettent pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes qui persistent au-delà du 21 juillet 2024 résulteraient exclusivement de causes étrangères aux accidents des 13 novembre 2022, 2 juillet 2023 et 21 avril 2024.

Partant, en l'absence d'une analyse probante de la situation médicale du recourant, l'intimée ne pouvait se fonder sur les conclusions du Dr O _____ pour rendre les décisions litigieuses.

Les conclusions du Dr L _____ du 18 juillet 2024, médecin-conseil de l'intimée, établies sur dossier uniquement, ne permettent pas non plus de se déterminer sur la question litigieuse. En effet, son rapport, lui non plus, ne mentionne ni la description des pièces figurant au dossier, ni une anamnèse, ni les plaintes du recourant. En outre, ce médecin retient une contusion du genou droit en lien de causalité probable avec l'accident du 21 avril 2024, tout en affirmant, de manière contradictoire, que les lésions cartilagineuses de cette articulation sont dégénératives, vu l'absence de signe de contusion (chiffres 1, 3 et 4 du rapport du 18 juillet 2024, pièce 48 chargé intimée du 25 août 2025).

Force est ainsi de constater que les conclusions du Dr L _____ n'emportent pas non plus la conviction.

Par ailleurs, ni les médecins des HUG (rapport du 22 avril 2024), ni la Dre J _____ (rapports des 23 avril et 10 juin 2024), ni le Dr D _____ (rapports des 16 décembre 2022, 14 août 2023, 5 juin et 4 octobre 2024 et celui, non daté, reçu par l'intimée le 16 décembre 2022 et celui, non daté, transmis par le recourant le 13 juin 2024), ni le Dr M _____ (rapport du 22 juillet 2024), ne se sont prononcés sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les atteintes persistant au-delà du 21 juillet 2024 et les accidents survenus les 13 novembre 2022, 2 juillet 2023 et 21 avril 2024.

Quoi qu'il en soit, vu l'existence d'un sinistre en date du 10 septembre 2023 ayant touché notamment le dos du recourant, et dès lors qu'il apparaît que l'intéressé a subi, en particulier, un traumatisme du rachis cervical, dorsal et lombaire à la suite de son accident du 21 avril 2024 (rapport du Dr L _____ du 18 juillet 2024), la question litigieuse de la prise en charge par l'intimée des troubles persistant au-delà du 21 juillet 2024 ne pouvait être examinée sans prendre en compte les antécédents concernant l'événement du 10 septembre 2023. Or, force est de constater que le dossier constitué par l'intimée ne contient aucun rapport médical relatif à ce sinistre.

6.3 Ainsi, à défaut d'une instruction suffisante permettant une appréciation adéquate de la question litigieuse du lien de causalité naturelle entre les troubles dont souffre le recourant au-delà du 21 juillet 2024 et les accidents des 13 novembre 2022, 2 juillet 2023 et 21 avril 2024, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à des investigations complémentaires pour

établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, administrer les preuves nécessaires, si besoin par le biais d'une expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGA, avant de rendre une nouvelle décision.

Les recours sont partiellement admis, dans la mesure de leur recevabilité. Les décisions litigieuses sont annulées et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

7. Le recourant a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à CHF 200.- au vu du courrier succinct rédigé par son conseil le 29 octobre 2025 (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
8. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario* et 89H al. 1 LPA).

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

Statuant

Préalablement :

1. Ordonne la jonction des causes A/2535/2025 et A/4067/2025 sous le numéro de procédure A/2535/2025.

À la forme :

2. Déclare irrecevable la conclusion du recourant tendant à l'allocation de dommages et intérêts.
3. Déclare les recours recevables pour le surplus.

Au fond :

4. Les admet partiellement.
5. Annule les décisions sur opposition de l'intimée des 5 juin et 7 octobre 2025.
6. Renvoie les causes à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
7. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de dépens de CHF 200.-.
8. Dit que la procédure est gratuite.
9. 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

Diana ZIERI

Karine STECK

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