



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3524/2018

ATAS/943/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 17 octobre 2019**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à THÔNEX, représenté par le  
SYNDICAT UNIA

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1,  
LUZERN

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Andres PEREZ et Pierre-Bernard  
PETITAT, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. En date du 10 janvier 2018, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), chef de rang au bénéfice de l'assurance chômage et assuré auprès de la caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après la SUVA) contre les accidents non professionnels, a fait une chute à ski et s'est blessé au bras droit.
2. En date du 11 janvier 2018, son médecin traitant, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, attestait que la chute à ski avait provoqué une incapacité de travail à 100% avec une durée probable jusqu'au 21 janvier 2018.
3. Une échographie de l'épaule droite, datée du 12 janvier 2018 et effectuée par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, du cabinet d'imagerie médicale de Malagnou, révélait une bursite sous-acromiale dans l'épaule droite de l'assuré. Les tendons de la coiffe des rotateurs ne montraient pas de déchirure même partielle et les articulations acromio-claviculaire et gléno-humérale étaient sans particularité.
4. Le 22 janvier 2018, le Dr B\_\_\_\_\_ rédigeait un nouveau certificat médical prolongeant l'incapacité de travail à 100% de l'assuré jusqu'au 31 janvier 2018 et prescrivait une physiothérapie.
5. Dans son rapport médical initial LAA du 16 février 2018, le Dr B\_\_\_\_\_ posait le diagnostic d'une bursite post-traumatique de l'épaule droite. Dans un rapport subséquent du 2 mars 2018, le même médecin ajoutait un diagnostic d'épicondylite droite au diagnostic précédent. Selon lui, une pleine capacité de travail pouvait être envisagée dès le 1<sup>er</sup> avril 2018, ce qui était attesté par un certificat médical daté du 1<sup>er</sup> mars 2018.
6. Par certificat médical daté du 27 mars 2018, le médecin traitant, le Dr B\_\_\_\_\_ certifiait que l'incapacité de travail à 100% de l'assuré devait être envisagée jusqu'au 22 avril 2018.
7. Une nouvelle échographie de l'épaule droite et du coude droit, datée du 29 mars 2018 et effectuée par le Dr C\_\_\_\_\_, montrait que la scapulalgie persistait malgré le traitement et qu'il existait une tendinopathie du coude. Une échographie scapulaire droite du même jour confirmait la présence d'une discrète bursite mais ne montrait pas de lésions de la coiffe des rotateurs.
8. Par certificat médical daté du 20 avril 2018, le Dr B\_\_\_\_\_ certifiait que l'incapacité de travail à 100% de l'assuré devait être envisagée jusqu'au 13 mai 2018.
9. Le dossier de l'assuré a alors été soumis par la SUVA au docteur D\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la SUVA Genève (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie FMH), qui, dans une note du 24 avril 2018, estimait que l'assuré était en mesure de reprendre son activité professionnelle à 100% à partir du 1<sup>er</sup> avril 2018.

10. Par courrier du 24 avril 2018, la SUVA a informé l'assuré qu'elle le considérait apte à travailler à 100% dès le 1<sup>er</sup> mai 2018.
11. Le 3 mai 2018, l'assuré a consulté un nouveau médecin, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui lui a délivré un certificat médical attestant d'une incapacité de travail à 100% dont la durée probable s'étendait au 3 juin 2018.
12. Le 4 mai 2018, le Dr B\_\_\_\_\_ rédigeait un rapport médical intermédiaire dans lequel il confirmait son précédent diagnostic de bursite post-traumatique de l'épaule droite et d'épicondylite droite.
13. Le 22 mai 2018, le docteur G\_\_\_\_\_, radiologue FMH, adressait à la Dresse E\_\_\_\_\_ un rapport suite à l'IRM de l'épaule droite de l'assuré, réalisée le 18 mai 2018, dans lequel il confirmait n'avoir pas détecté de capsulite rétractile. Dans le même rapport, le Dr C\_\_\_\_\_ confirmait l'absence de tendinopathie ou de déchirure même partielle et l'absence de bursite péri-tendineuse détectable.
14. Dans son rapport médical LAA du 30 mai 2018, la Dresse E\_\_\_\_\_ posait le diagnostic d'une bursite post-traumatique de l'épaule droite et ajoutait le diagnostic d'une capsulite débutante post traumatique de l'épaule droite, ainsi que d'une tendinite du coude droit. L'évolution et le pronostic de l'assuré étaient considérés comme bons. La durée prévisible du traitement était évaluée à deux à trois mois.
15. En date du 8 juin 2018, la SUVA a pris une décision par laquelle elle confirmait son préavis du 24 avril 2018, selon lequel l'assuré était considéré comme apte à travailler à 100% dès le 1<sup>er</sup> mai 2018. Ladite décision était non seulement fondée sur le préavis du médecin conseil de la SUVA, qui avait motivé le courrier du 28 avril 2018 de cette dernière, mais tenait également compte des documents fournis dans l'intervalle par l'assuré, soit le courrier du 29 mai 2018 d'UNIA, ainsi que le rapport du 5 juin 2018 de la Dresse E\_\_\_\_\_, consultée dans l'intervalle par l'assuré.
16. Par courrier du 19 juin 2018, SYNDICAT UNIA, agissant pour le compte de l'assuré, a formé opposition contre la décision du 8 juin 2018 de la SUVA. Dite opposition était motivée par le fait que l'assuré n'avait pas été vu par le médecin conseil de la SUVA, que le certificat médical du 5 juin 2018 produit par l'assuré constatait une incapacité de travail allant jusqu'au 3 juillet 2018 et que le rapport intermédiaire du 30 mai 2018 prévoyait un traitement pouvant durer entre deux à trois mois dès ce moment.
17. À nouveau consulté par la SUVA, le Dr D\_\_\_\_\_, dans une appréciation médicale datée du 28 juin 2018, interprétait l'évolution de l'état de santé de l'assuré à la lecture des pièces communiquées et confirmait que, selon son appréciation, la date raisonnable de reprise du travail à 100% fixée par la SUVA au 1<sup>er</sup> mai 2018 n'avait pas de raison d'être remise en cause par rapport aux données médicales à disposition.

18. Sur opposition, la SUVA a confirmé, en date du 7 septembre 2018, sa décision du 8 juin 2018. La décision a fait l'objet d'un recours de M. A\_\_\_\_\_ en date du 8 octobre 2018. Celui-ci a conclu à l'annulation de la décision de la SUVA du 7 septembre 2018, ainsi que la condamnation de la SUVA à reprendre le versement des indemnités journalières au recourant jusqu'à recouvrement de sa capacité complète de travail et enfin sa condamnation à verser au recourant une indemnité équitable à titre de dépens.
19. Un délai a été accordé au recourant pour répliquer. Il ne s'est toutefois pas manifesté dans le délai à lui imparti.
20. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).  
  
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. 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 dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Est litigieuse la question de savoir si le recourant a recouvré une capacité de travail de 100% et, le cas échéant, à quelle date.
4. 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). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie 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, en revanche, 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 se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.
5. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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, 402 consid. 4.3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008).

6. 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. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 et les références).
7. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a; ATF 117 V 364 consid. 5d/bb et les références).
8. 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).
9. 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

10. 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).
11. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).
12. 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. Etant 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).
13. 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 oeuvre 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).
14. 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 52; ATF 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).

15. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).
16. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
17. Dans son recours du 8 octobre 2018, le recourant a fourni une motivation *a minima*, répétant qu'il était entièrement incapable de travailler et qu'il restait dans l'attente de rapports médicaux des médecins spécialistes qu'il avait consultés.

Un chargé de pièces postérieur, daté du 5 novembre 2018 est venu compléter son recours.

Figure notamment dans ledit chargé, un certificat daté du 23 octobre 2018, du dernier médecin traitant du recourant, la Dresse E\_\_\_\_\_, indiquant que la dernière échographie confirmait l'existence d'une capsulite de l'épaule droite.

Toutefois, la lecture du rapport d'échographie de l'épaule droite du 17 octobre 2018, effectué par un nouveau radiologue, le docteur F\_\_\_\_\_ du centre d'imagerie médicale Jean-Violette, ne permet pas d'aboutir à un résultat aussi affirmatif. En effet, le Dr F\_\_\_\_\_ fait état sous "indication" de la recherche d'une capsulite, mais

indique comme résultat qu'il y a suspicion d'une capsulite, mais que celle-ci doit être corrélée avec la clinique et les antécédents. Par ailleurs, le diagnostic de bursite sous acromio-deltaïdienne, qualifiée de modérée, est confirmé par le radiologue.

Le second rapport de consultation, établi par la doctoresse G \_\_\_\_\_ en date du 11 octobre 2018, n'ajoute pas d'éléments utiles si ce n'est la constatation que le recourant se plaint de douleurs dans l'épaule droite et la recommandation de poursuivre une physiothérapie ciblée sur la colonne vertébrale.

À la lecture des rapports médicaux, on constate que le diagnostic de bursite post-traumatique a été posé, en premier lieu, par le Dr B \_\_\_\_\_, en date du 16 février 2018, soit un peu plus d'un mois après l'accident du 10 février 2018. Dans son rapport du 2 mars 2018, il a ajouté une épicondylite droite.

L'échographie de l'épaule droite et du coude droit, datée du 29 mars 2018 et effectuée par le Dr C \_\_\_\_\_, a montré que la scapulalgie persistait malgré le traitement et qu'il existait une tendinopathie du coude. Une échographie scapulaire droite du même jour a confirmé la présence d'une discrète bursite, confirmant ainsi le diagnostic de bursite posé par le Dr B \_\_\_\_\_.

Se fondant sur la lecture du dossier du recourant, le médecin conseil de la SUVA, le Dr D \_\_\_\_\_, a, dans une note du 24 avril 2018, estimé que l'assuré était en mesure de reprendre son activité professionnelle à 100% à partir du 1<sup>er</sup> avril 2018.

Quelques jours plus tard, soit le 4 mai 2018, le Dr B \_\_\_\_\_ a confirmé dans son rapport médical intermédiaire son précédent diagnostic de bursite post-traumatique de l'épaule droite et d'épicondylite droite. Il n'était pas fait mention d'une capsulite.

Le 22 mai 2018, le Dr H \_\_\_\_\_, radiologue FMH, a adressé à la Dresse E \_\_\_\_\_ un rapport suite à l'IRM de l'épaule droite de l'assuré, réalisé le 18 mai 2018, dans lequel il a confirmé n'avoir pas détecté de capsulite rétractile. Dans le même rapport, le Dr C \_\_\_\_\_ a également confirmé l'absence de tendinopathie ou de déchirure même partielle et l'absence de bursite péri-tendineuse détectable.

L'imagerie médicale réalisée par les radiologues, mandatés par le nouveau médecin traitant de l'assuré, ne faisait donc pas apparaître de capsulite en date du 18 mai 2018 et semblait indiquer que la bursite diagnostiquée auparavant était en voie d'amélioration car non détectable.

En dépit du rapport d'imagerie médicale du 22 mai 2018, la Dresse E \_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant du recourant, posait, en date du 30 mai 2018, le diagnostic d'une bursite post-traumatique de l'épaule droite et ajoutait le diagnostic d'une capsulite débutante post traumatique de l'épaule droite, ainsi que d'une tendinite du coude droit.

On peine à comprendre les raisons pour lesquelles le nouveau médecin traitant de l'assuré, la Dresse E \_\_\_\_\_, n'a pas tenu compte du rapport d'imagerie médicale effectué le 18 mai 2018 et a posé le diagnostic d'une capsulite rétractile, alors que la détection de cette dernière était expressément exclue par le radiologue H \_\_\_\_\_.

Il est également surprenant qu'alors qu'elle posait le diagnostic d'une capsulite "débutante", la Dresse E\_\_\_\_\_ ajoutait, toutefois, que l'évolution était considérée comme bonne.

Ces contradictions amènent la Cour de céans à considérer que certains doutes apparaissent quant à la fiabilité et à l'appréciation du diagnostic posé par le médecin traitant, la Dresse E\_\_\_\_\_. Il faut ainsi considérer que ladite appréciation ne remplit pas la condition du degré de vraisemblance prépondérante. Quand bien même le rapport du 23 octobre 2018, communiqué postérieurement à la décision entreprise, indique que la dernière échographie confirmait l'existence d'une capsulite de l'épaule droite, aucun élément ne permet d'établir que ladite capsulite existait déjà au moment où la SUVA a rendu sa décision en date du 7 septembre 2018.

La Cour de céans se rallie donc à l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_, selon laquelle la date raisonnable de reprise du travail à 100%, fixée par la SUVA au 1<sup>er</sup> mai 2018, n'avait pas de raison d'être remise en cause par rapport aux données médicales à disposition.

18. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de confirmer la décision de la SUVA du 7 septembre 2018 et de rejeter le recours.

\* \* \* \* \*

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

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

Le président

Nathalie LOCHER

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