RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1671/2005 **ATAS/227/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 2 mars 2006

En la cause

Monsieur B_____, à Genève, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître Didier BOTTGE	recourant

contre

BALOISE ASSURANCES, Aeschengraben 21, 4002 Bâle, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître Christian GROSJEAN	intimée

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente;

EN FAIT

1. Depuis 1971, Monsieur B_____ est propriétaire et directeur du restaurant S_____, sis à Genève. Il est assuré contre le risque d'accidents auprès de BALOISE ASSURANCES (ci-après : l'assurance).

2. Selon une déclaration d'accident datée du 28 octobre 2004, l'assuré a été victime de douleurs au talon droit en date du 22 octobre après avoir "sauté derrière le bar en cherchant un classeur dans les hauteurs". Il a dû interrompre son travail dès le lendemain et a reçu des soins à l'Hôpital de la Tour (pce 1 assurance).

3. Dans son rapport médical initial du 1er novembre 2004, le Dr P_____, médecin traitant, a posé le diagnostic d'épine calcanéenne avec inflammation de l'aponévrose. Il a précisé que les lésions étaient uniquement dues à l'accident. Le traitement était constitué d'anti-inflammatoires et d'une talonnette de décharge (pce 3 assurance).

4. Le 10 novembre 2004, répondant à un questionnaire de l'assurance, l'assuré a indiqué qu'il n'avait jamais ressenti de douleurs avant l'événement du 22 octobre, lequel constituait selon lui un accident qui ne concernait pas sa caisse-maladie (pce 4 assurance).

5. Par décision du 24 novembre 2004, l'assurance a refusé de prendre le cas en charge, au motif que l'événement du 22 octobre ne constituait pas un accident (pce 5 assurance).

6. Par courrier du 26 novembre 2004, le Dr P_____ a précisé à l'assurance que son patient n'avait pas sauté d'un escabeau de manière volontaire, mais qu'il avait été déséquilibré par la chute d'un classeur. Il avait donc été contraint de sauter pour ne pas tomber sur le dos. L'assurance était invitée à reconsidérer sa décision (pce 6 assurance).

7. Le Dr P_____ a par ailleurs indiqué, le 10 décembre 2004, que son patient avait pu reprendre son activité professionnelle à 20 % dès le 15 novembre, à 50 % dès le 13 décembre, puis à 100 % dès le 3 janvier 2005 (pce 7 assurance).

8. Invité à se prononcer sur l'opposition de l'assuré, la caisse-maladie a déclaré faire provisoirement opposition en date du 24 janvier 2005 (pce 12 assurance), opposition qu'elle a retirée le 10 février 2005 (pce 16 assurance).

9. Dans une note du 17 février 2005, le Dr V_____, médecin conseil de l'assurance, a constaté que le diagnostic radiologique d'épine du calcanéum indiquait que le patient était suivi pour des plantalgies sur aponévrosite plantaire.

Les talgies consécutives étaient donc le fait d'une affection dégénérative maladive (pce 17 assurance).

10. Par décision sur opposition du 18 février 2005, l'assurance a confirmé sa décision initiale. Elle a considéré que l'événement du 22 octobre 2004 ne constituait pas un accident au sens de la loi et que, par ailleurs, la lésion dont souffrait l'assuré ne faisait pas partie des lésions assimilées à un accident. Enfin, il n'y avait aucun lien de causalité entre l'événement et l'atteinte à la santé, laquelle était une affection maladive (pce 18 assurance).

11. Par courrier du 11 avril 2005, l'assuré s'est plaint auprès de son assurance de ce que cette dernière aurait occulté le rapport du Dr P_____ du 26 novembre 2004, que, contrairement à ce qu'elle avait retenu, le mouvement fait par l'assuré revêtait un caractère inhabituel, puisqu'il était dû à un déséquilibre et qu'un cas semblable avait d'ailleurs déjà été traité par le Tribunal fédéral des assurances (TFA), lequel avait confirmé qu'un tel événement devait être considéré comme accidentel. Par ailleurs, la relation de causalité était selon lui établie (pce 24 assurance).

12. Le 19 avril 2005, l'assurance a indiqué à l'assuré qu'elle refusait de reconsidérer sa décision et que le rapport du Dr P_____ avait été pris en compte. Elle a également mentionné qu'il y avait lieu de se fier plus particulièrement aux déclarations de la première heure (pce 25 assurance).

13. Par acte du 18 mai 2005, l'assuré a interjeté recours en concluant à la prise en charge des suites de l'accident par l'assurance. Il soutient avoir été déséquilibré, ce qui constitue un fait inhabituel au sens de la jurisprudence. Il fait valoir que l'évènement doit dès lors être qualifié d'accidentel, le facteur extraordinaire résidant dans le déroulement du mouvement et la mauvaise réception au sol. S'agissant de la question de la causalité naturelle, le recourant soutient que l'appréciation du médecin-conseil n'a aucune valeur probante dès lors qu'il ne s'est pas entouré des éléments nécessaires pour se forger une conviction.

14. Dans sa réponse du 20 juin 2005, l'assurance a conclu au rejet du recours et a produit de la documentation médicale relative aux épines calcanéennes (pces 29 à 31 assurance). Elle relève que, selon les premières déclarations de l'assuré, ce dernier avait simplement sauté d'une hauteur d'un mètre derrière le bar, de sorte que cet événement ne dépassait pas ce que l'on pouvait qualifier de quotidien ou d'habituel. Par ailleurs, l'intimée fait valoir que la jurisprudence citée par le recourant ne pouvait lui être appliquée dans la mesure où, dans son cas, le déroulement du mouvement ne s'était pas passé de manière à pouvoir être considéré comme un facteur extraordinaire. De plus, elle souligne que les lésions corporelles présentées par l'assuré ne font pas partie des lésions assimilées à un accident par la loi en l'absence de facteur extraordinaire. Enfin, l'intimée argue que le lien de causalité entre l'événement et l'atteinte fait défaut, dès lors que le trouble présenté

constitue une affection dégénérative d'ordre maladive, soit une excroissance osseuse anormale résultant d'un dépôt de calcium. Il est donc impossible que le saut en soit à l'origine.

15. Dans sa réplique du 25 juillet 2005, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il précise ne souffrir d'aucune maladie et n'avoir jamais eu mal au talon avant l'évènement. Par ailleurs, il soutient que la cause extérieure n'est nullement anodine et ne consiste pas en un simple saut sur les talons, mais en une mauvaise réception sur le talon droit due à un déséquilibre arrière ayant entraîné la chute. Ce mouvement revêt selon lui un caractère incontestablement inhabituel. Pour le surplus, il fait valoir qu'il n'existe pas de contradiction entre ses premières déclarations et celles qu'il a faites par la suite et que le lien de causalité doit être considéré comme établi dès lors que l'accident a provoqué l'atteinte à la santé, cela même s'il n'en est pas la cause unique ou immédiate.

16. Dans sa duplique du 30 août 2005, l'assurance a persisté dans ses conclusions et précisé que l'événement dommageable doit être la condition sine qua non de l'atteinte à la santé pour que la causalité naturelle soit donnée alors qu'en l'espèce, l'épine calcanéenne avec inflammation de l'aponévrose est d'origine maladive et que l'événement du 22 octobre 2004 n'a fait que déclencher la manifestation d'un facteur pathologique existant, si bien qu'il ne peut être qualifié d'accident.

17. Après avoir transmis cette écriture au recourant, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (ci-après : LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du

20 mars 1981 (ci-après : LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Selon l'art. 56 al. 1er LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1er LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1er LPGA). En matière d'assurance-accidents toutefois, en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA). Déposé dans les délai et forme prévus par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le refus de l'assurance de prendre en charge les suites de l'événement du 22 octobre 2004, refus dont il convient d'examiner s'il est justifié.

   Le recourant soutient que le fait qu'il ait été amené à sauter du haut d'un escabeau constitue un accident au sens juridique du terme. Selon lui, le déroulement de cet événement remplit la notion de « facteur extérieur » au sens de la jurisprudence et le lien de causalité avec les douleurs ressenties ne peut être nié.

   De son côté, l'assurance fait valoir que l'événement du 22 octobre 2004 ne constitue pas un événement accidentel et que le lien de causalité naturelle avec le diagnostic posé par le médecin traitant du recourant n'est pas rempli.

5. Selon l'art. 6 al. 1er LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident 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).

   Par ailleurs, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire. Il en va ainsi notamment des déchirures et élongations de muscles, des déchirures de tendons et des lésions de ligaments (art. 9 al. 2 OLAA).

   La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 44 ss. consid. 2b ; 116 V 147 sv. consid. 6c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 no U 435 p. 332, 1988 no U 57 p. 373 consid. 4b). Dans ce cadre, les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement maladive ou dégénérative, pour autant qu'une cause

extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré. En l'absence d'un tel facteur déclenchant, ces lésions seront, en revanche, manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 123 V 44ss consid. 2b ; 116 V 147 consid. 2c, 114 V 301 consid. 3c ; RAMA 2001 U no 435 p. 332, 1988 U no 57 p. 373 consid. 4b).

6. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwal-tungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46).

   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 exigence 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 faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 181 consid. 3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

   Il résulte par ailleurs de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas

particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 233 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a ainsi que les références).

L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas remplie lorsque l'assuré fait état de douleurs, apparues pour la première fois, après avoir accompli un geste de la vie courante (en se levant, en s'asseyant, en se couchant, en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que ce geste n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé de ce point de vue. La notion de cause extérieure suppose en effet un événement générant un risque de lésion accru. Tel est le cas, notamment, lors d'un changement de position du corps, qui est fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, accomplissement d'un geste violent ou d'un mouvement en étant lourdement chargé, changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATFA U 315/03 du 23 novembre 2004).

On ajoutera que selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement «non programmé», lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur – la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 118 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encouble, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine, 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b).

Par ailleurs, lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références). En particulier, dans le cas d'une lésion survenue dans l'exercice d'un sport, le critère du facteur extraordinaire et, partant, l'existence d'un accident, doivent être niés en l'absence d'un événement particulier (ATF 130 V 118 consid. 2.2 et les nombreux arrêts cités ; ATFA non publié du 14 avril 2005 en la cause U 164/04).

7. En premier lieu, se pose la question de savoir si l'événement du 22 octobre 2004 doit être considéré comme un accident au sens juridique du terme. Conformément à la définition légale, il doit s'agir d'une atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique. Est litigieux le point de savoir s'il existe en l'espèce une « cause extérieure extraordinaire ». Ainsi qu'on l'a vu ci-dessus, la jurisprudence a précisé ce qu'il y avait lieu de comprendre dans ce cadre.

   Préalablement, le Tribunal de céans constate que les lésions subies par le recourant ne font pas partie des lésions corporelles assimilées à un accident et mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA, de sorte que l'exigence d'une cause extérieure extraordinaire subsiste pleinement.

   L'assurance indique tout d'abord que la seconde explication du recourant concernant l'événement en cause ne peut être retenue, car il y a lieu de donner la préférence à celle que l'assuré a donnée en premier, cela en vertu de la jurisprudence (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références, VSI 2000 p. 201 consid. 2b). Or, à la lecture des pièces du dossier, il n'apparaît pas qu'il y ait de contradiction entre la première déclaration mentionnée par l'assurance (28 octobre 2004 : « J'ai sauté derrière le bar sur mes talons en cherchant un classeur dans les hauteurs et j'ai senti une douleur dans mon talon droit ») et celle qu'elle signale comme seconde déclaration (10 novembre 2004 : « J'ai sauté d'une hauteur d'environ un mètre derrière le bar sur mes talons en cherchant un classeur et j'ai senti une douleur dans mon talon droit »). En effet, dans sa description postérieure de l'événement en cause, l'assuré s'est limité à apporter des précisions sans changer de version des faits, de sorte que ses explications peuvent être pleinement prises en compte.

   L'événement du 22 octobre 2004 constitue un saut sur le sol depuis un escabeau d'une hauteur d'environ un mètre après que l'assuré a été déséquilibré en cherchant un classeur. A la lecture des déclarations faites par le recourant et par son médecin pour son compte, il n'apparaît pas qu'il y aurait eu une mauvaise réception au sol ou chute. Il n'est donc pas fait état d'une sollicitation particulière du corps qui dépasserait ce qui est normalement maîtrisé de ce point de vue. Par ailleurs, le mouvement en question ne suppose pas de risque de lésion accrue. On doit donc en conclure qu'il s'agit d'un saut relativement banal à l'issue duquel l'assuré a ressenti des douleurs dans le talon. Ainsi, a priori, un tel événement n'excède pas, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels au sens de la jurisprudence (cf. p. ex. ATFA des 13 juillet 2004 en la cause U 67/04, 15 octobre 2004 en la cause U 9/04).

Pour appuyer sa position, le recourant invoque un arrêt relativement récent et isolé du TFA (ATFA non publié du 1er juillet 2003 en la cause U 288/02), qu'il y a lieu d'examiner pour déterminer s'il est à même de modifier ce point de vue.

Dans l'arrêt susmentionné, notre Haute Cour a admis l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire dans le cas d'un ingénieur forestier qui s'était cassé deux molaires inférieures en sautant depuis un billot de bois d'environ 1 m. 20 au cours de l'inspection d'une forêt. La réception au sol «un peu lourde» avait provoqué un claquement de la mâchoire, qui avait à son tour entraîné la fissure des deux dents. Dans ce cas, le TFA a retenu que c'était le contact avec le sol (d'un corps de près de 100 kg d'une hauteur d'au moins un mètre), soit un facteur extérieur, qui avait provoqué le claquement de la mâchoire d'une force telle que deux dents s'étaient fissurées. Le facteur extérieur extraordinaire résidait dans le déroulement du mouvement, qu'il soit qualifié de saut ou de chute, qui, par la mauvaise réception au sol, avait entraîné un claquement de la mâchoire et sollicité les dents de manière anormale. L'élément déterminant était le contact entre un corps de près de 100 kg tombant d'une hauteur d'au moins un mètre et le sol, entraînant, par contrecoup, une contrainte soudaine - qualifiée d' «anormalement élevée» par le médecin-dentiste - des maxillaires

Ainsi que l'a relevé l'assurance, mais pour des motifs différents de ceux qu'elle a retenus, cette jurisprudence ne saurait être appliquée mutatis mutandis au cas du recourant. En effet, la conclusion du TFA dans le cas particulier s'explique par la conjonction de plusieurs éléments : une mauvaise réception au sol, une contrainte soudaine et anormalement élevée et enfin, le claquement de la mâchoire provoquant l'atteinte par contrecoup. Dans la mesure où l'atteinte découlait de ces éléments et touchait indirectement les dents, distantes du point d'impact, le facteur pouvait être qualifié d'extérieur. On notera à ce propos qu'une atteinte provoquée directement à une dent en mordant dans un aliment « dur » n'est pas constitutive d'un accident, à moins que le corps solide en question soit étranger aux aliments entrant dans la composition du plat (ATFA non publié du 3 octobre 2003 en la cause U 87/03).

En l'espèce, la situation est différente de celle qui a fait l'objet de la jurisprudence invoquée par le recourant. En effet, ce dernier a simplement sauté du haut d'un escabeau, sans mauvaise réception et la douleur s'est développée directement dans le talon, soit au point d'impact. Dès lors, l'exigence du facteur extérieur au sens de la jurisprudence du TFA ne peut être considérée comme remplie. Pour le surplus, on peut ajouter que l'existence d'une telle cause dans le cas particulier aurait dû apparaître de manière d'autant plus évidente que le recourant présente un état pathologique antérieur qui pourrait expliquer les douleurs ressenties. En effet, conformément au diagnostic posé par son médecin traitant, il est avéré qu'il souffre d'une épine calcanéenne, diagnostic consistant indubitablement en une affection dégénérative (ATFA non publié du 14 avril 2005 en la cause U 164/04).

Eu égard aux considérations qui précèdent, il y a lieu de conclure que l'événement du 22 octobre 2004 ne constitue pas un accident au sens juridique du terme, de sorte que c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les lésions qui en ont découlé. Le recours doit en conséquence être rejeté.

8. L'intimée souhaite que des dépens lui soient octroyés.

La question des frais et indemnités de procédure est régie en droit genevois par l'art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, en vertu duquel une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause (cf. également art. 61 al. 1 let. g LPGA). En l'occurrence, cependant, l'assurance n'est pas recourante, si bien qu'elle n'a pas droit à des dépens.

Par ailleurs, on ne saurait non plus qualifier la procédure introduite par le recourant de légère ou de téméraire au sens de l'art. 61 al. 1 let. a LPGA, si bien qu'il n'y a pas de motif de mettre des émoluments de justice ou des frais de procédure à sa charge.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière : La Présidente :

Janine BOFFI Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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