RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2256/2003 **ATAS/479/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1er chambre

du 31 mai 2005

En la cause

Madame C_____, mais comparant par Maître Mario Dominique TORELLO, en l'Etude duquel elle élit domicile.	recourante
contre	
CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS (SUVA), sise Flumattstrasse 1, 60 à Lucerne	intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Madame C_____, née le 3 février 1956, mariée, a travaillé en qualité de caissière auprès de la Société Coopérative Migros Genève, à raison de 27 heures par semaine, depuis le 1er janvier 1987.

2. En date du 3 janvier 1993, l'assurée a été victime d'une chute sur le poignet droit, à la suite de laquelle elle a souffert d'une fracture de pouteau-colles à droite et a été suivi d'un arrêt total de travail, selon le certificat médical du 16 mars 2003, établi par le Docteur A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Le 22 mars 1993, l'assurée a repris son activité professionnelle à 100%.

3. Le 2 avril 1997, elle a glissé et est à nouveau tombée sur le poignet droit. Le Docteur Jean Raymond B_____, généraliste, médecin traitant, dans son rapport du 1er septembre 1997, a diagnostiqué une déchirure ligamentaire triangulaire du poignet droit. Une incapacité totale de travail a été déclarée du 15 avril au 24 août 1997.

4. Le 4 novembre 1997, la Doctoresse C_____, spécialiste FMH en chirurgie, a relevé une amélioration de la symptomatologie douloureuse grâce au port d'une attelle au poignet droit et à des séances d'ergothérapie et a estimé que le traitement thérapeutique était terminé le 8 octobre 1997.

5. Le 12 mars 1998, cependant, le Docteur B_____ a considéré que sa patiente présentait une capacité de travail nulle dès le 19 janvier 1998, en raison des douleurs chroniques partant du poignet et irradiant dans tous les doigts de la main droite. Quelques jours auparavant, l'assurée avait été examinée par le Docteur D_____, neurologue, pour suspicion d'un syndrome du canal carpien. L'examen clinique n'avait toutefois mis aucun déficit en évidence.

6. Le Docteur Bertrand BUCHS, rhumatologue, nouveau médecin traitant, a précisé, dans son rapport du 5 avril 1998, qu'une scintigraphie avait permis d'exclure l'existence d'une maladie de Südeck.

7. Examinée par le Docteur E_____, médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après SUVA), le 27 avril 1998, l'assurée se plaignait toujours de fortes douleurs d'une part au niveau du poignet et d'autre part au niveau de l'épicondyle droit. Afin de réaliser des examens complémentaires, de prodiguer une physiothérapie adaptée et d'évaluer sa capacité de travail, un séjour à la Clinique Romande de Réadaptation (ci-après CRR) à Sion lui a été proposé. Les médecins traitants, les Docteurs BUCHS et B_____, étant d'avis que l'état de santé de leur patiente s'était amélioré,

celle-ci a décliné la proposition de la SUVA et a finalement repris son travail à 100%, dès le 3 août 1998.

8. La reprise du travail s'est cependant soldée par un échec, en raison d'une recrudescence des douleurs. Le Docteur Thomas F_____, chirurgien orthopédique, nouveau médecin consultant, a fait état d'une épicondylite externe de décomposition. La capacité de travail était à nouveau nulle dès le 21 septembre 1998 (cf. rapport du 30 septembre 1998). L'assurée a repris son travail à 50% dès le 9 novembre 1998, puis à 100% dès le 4 juin 1999.

9. Dans son rapport du 8 février 1999, le Docteur E_____ de la SUVA, a indiqué que l'état de santé était stationnaire, que la capacité de travail était entière dans une activité professionnelle adaptée, pour laquelle il n'est exigé ni port de charges, ni mouvements de flexion du coude et du poignet. Il a évalué l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10%.

   Par décision du 28 septembre 1999, la SUVA a octroyé une telle indemnité d'un montant de 9'720 fr. en raison des séquelles résultant des accidents de janvier 1993 et avril 1997.

10. Le 1er février 2000, l'assurée a conclu un contrat de travail avec la régie BROLLIET, pour un poste de concierge, à raison de deux heures par jour.

11. Elle a subi deux nouvelles rechutes dues, selon le rapport des médecins traitants les Docteurs B_____ et F_____, à l'accident d'avril 1997. La première a été annoncée le 20 mars 2001, sans interruption du travail et la seconde le 12 octobre 2001, entraînant une incapacité totale de travail dès le 15 octobre 2001, date à laquelle l'assurée a quitté définitivement son emploi de caissière. Elle a cependant poursuivi son activité de concierge jusqu'en janvier 2002.

12. Dans son rapport du 12 février 2002, le Docteur E_____ a considéré que l'état de santé de l'assurée était stable et que dès lors il n'y avait plus lieu de continuer un quelconque traitement, hormis la prise d'un médicament de type AINS (anti-inflammatoires). Le 19 février 2002, la SUVA a mis fin au paiement des soins médicaux et a indiqué que les indemnités journalières allaient être versées jusqu'au 31 juillet 2002.

13. Le 6 mai 2002, l'assurée a été victime d'un troisième accident à son domicile. Elle a glissé sur le dos, ce qui a entraîné une fracture des apophyses transverses gauches de L1 jusqu'à L4. Une incapacité totale de travail a été déclarée.

14. Le 18 février 2003, l'intéressée a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance–invalidité (ci après : OCAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

15. Présentant toujours un état douloureux principalement du rachis lombaire et du poignet droit, l'assurée a séjourné à la CRR du 18 mars au 15 avril 2003. Les experts n'ont pas constaté de corrélation entre les anomalies radiologiques et les plaintes présentées par l'assurée. Ils n'ont pas non plus décelé de trouble de l'adaptation de type anxieux ou dépressif. Les plaintes douloureuses et la souffrance psychosociale exprimées par l'assurée leur sont en revanche apparues insuffisamment marquées pour poser le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils ont ainsi estimé que celle-ci présentait dans l'activité de concierge une capacité de travail de 100% dès le 16 avril 2003 et dans celle de caissière de 50% dès la même date puis de 100% dès le 28 mai 2003.

16. Par décision du 5 mai 2003, la SUVA a mis fin au paiement des indemnités journalières au 16 avril 2003 concernant l'activité de concierge et au 28 mai 2003 pour l'activité de caissière, tout en continuant de prendre en charge le traitement médical nécessaire.

17. L'assurée, représentée par Me Mario Dominique TORELLO, a formé opposition par acte du 14 mai 2003. Elle allègue souffrir de douleurs chroniques tant au membre supérieur droit qu'au niveau lombaire, la rendant totalement incapable de travailler. Pour preuve, elle produit un courrier daté du 26 mai 2003 du Docteur B_____, lequel exclut définitivement la reprise d'une quelconque activité professionnelle contrairement à ce que préconisaient les médecins de la CRR. L'assurée souligne que les avis médicaux sont contradictoires en ce qui concerne sa capacité de travail, et requiert dès lors une expertise médicale supplémentaire.

18. Par décision du 21 août 2003, la SUVA a rejeté l'opposition du 14 mai 2003, considérant en substance qu'il n'y avait pas d'élément médical nouveau et déterminant pour s'écarter des avis de la CRR. En outre la SUVA a retiré l'effet suspensif avec effet rétroactif.

19. Par écriture du 24 novembre 2003, l'intéressée a interjeté recours contre cette décision. Elle a conclu préalablement à la restitution de l'effet suspensif avec effet rétroactif au 16 avril 2003. Elle a contesté les appréciations opérées par les médecins de la CRR et sollicité dès lors la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Sur le fond elle a demandé l'octroi d'une rente pour incapacité de travail ou le versement des indemnités journalières au-delà du 16 avril 2003.

20. Dans sa réponse du 2 février 2004, l'intimée a proposé le rejet du recours.

21. Par arrêt sur mesures provisionnelles du 17 mars 2004, le Tribunal de céans a rejeté la requête visant à la restitution de l'effet suspensif. Cet arrêt n'a pas été contesté.

22. Le 3 février 2005, l'OCAI a annoncé qu'afin d'évaluer son droit aux prestations de l'AI, l'assurée avait été placée en stage d'observation au Centre d'intégration

professionnelle – CIP durant quatre semaines à compter du 8 novembre 2004 au 5 décembre 2004.

Un rapport a été établi par le CIP le 14 décembre 2004, aux termes duquel une capacité résiduelle de travail de 50% a été retenue (50% de rendement sur un plein temps/modulable en temps et en rendement suivant l'activité), après une période d'adaptation, dans un emploi léger et peu manuel, en position assise ou debout (tout en gardant la possibilité d'alterner les positions lorsque cela s'avère nécessaire). Les métiers retenus sont ceux de caissière de cinéma, employée dans le contrôle visuel d'une production ou patrouilleuse scolaire. La mise en place d'un stage en entreprise « ESPACE » est proposée. Sont jointes à ce rapport les conclusion du Docteur G_____ datées du 8 décembre 2004. Le médecin atteste qu' :

> « à la suite d'une lésion du ligament triangulaire du carpe du poignet droit, le membre supérieur droit de Mme C_____ présente des douleurs diffuses au niveau des diverses articulations avec une perte de force et de mobilité qui retentit sur tout emploi prolongé en force ou en finesse de ce membre. Comme elle est droitière, toutes les activités professionnelles de type manuel sont devenues difficiles à exécuter, et elle n'a malheureusement pas un niveau suffisant pour travailler dans un secteur spécialisé de type tertiaire. De même, ses compétences ne lui permettent pas d'envisager un apprentissage complexe. Par ailleurs, il faut signaler des lombalgies communes modérées, peu invalidantes mais contribuant à une certaine fatigue et limitant les activités de manutention ou les activités statiques.
>
> Cependant, il semble tout à fait possible que Mme C_____ travaille à 100% (plein-temps) dans une activité légère, adaptée, après une formation de base ».

23. La recourante a pris connaissance de ces deux documents. Elle a confirmé que le stage « ESPACE » se déroulait actuellement et précisé qu'elle était orientée vers un poste d'animatrice du parascolaire. Elle conclut à l'annulation de la décision du 21 août 2003. Elle sollicite l'octroi d'indemnités journalières avec effet rétroactif jusqu'au 3 avril 2005, sous déduction de la période durant laquelle elle a été mise au bénéfice des indemnités de l'assurance-invalidité, et à nouveau dès le 4 juillet 2005.

24. L'intimée quant à elle constate que le Docteur G_____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée en tant que caissière, que ses conclusions ne sont à cet égard pas en contradiction avec une capacité de travail complète dans cette activité dès le 28 mai 2003. Elle rappelle par ailleurs que le rapport du CIP a pour seul but de définir quelle profession pourrait être exigible de l'assurée et qu'en tant que tel, ne peut, selon la jurisprudence du TFA, fonder la détermination du taux d'incapacité.

25. Les écritures ont été transmises aux parties et la cause a été gardée 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'art 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance accident du 20 mars 1981 (LAA).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

   Quant à l'applicabilité des dispositions matérielles de la LPGA, cette question peut rester ouverte. En effet, les définitions légales contenues aux art. 3 à 13 LPGA constituent en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA et il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu. La

jurisprudence ainsi développée à leur propos peut être requise et appliquée (ATF 130 V 345, consid. 3.1, 3.2 et 3.3).

4. En ce qui concerne le délai de recours, l'art. 60 LPGA prévoit que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 106 LAA prévoit cependant qu'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. La décision dont est recours étant intervenue le 21 août 2003, le recours du 24 novembre 2003 est interjeté en temps utile. Il est dès lors recevable.

5. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'assurance. Il s'agit plus particulièrement de déterminer s'il subsiste au-delà du 16 avril 2003 et du 28 mai 2003 une incapacité de travail dont devrait répondre l'intimée.

6. Selon l'art.16 al 1 et 2 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède. Par ailleurs selon l'art. 18 al.1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10% au moins par suite d'un accident. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit aux prestations suppose un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337).

   En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux 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 du contexte médical soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient motivées (ATF 122 V consid. 1c p. 160 et les références). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien sont contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 1222 V 160 consid. 1c et les références). Le juge peut ainsi accorder une valeur probante aux rapports et expertises établis à la demande de l'assureur-accidents 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 ou de douter de l'objectivité des appréciations portées (ATFA non publié du 23 mai 2003 en la cause U 267/02 consid. 4.2).

7. En l'espèce, la recourante a été examinée par de nombreux médecins pour le compte de la SUVA, par ses médecins traitants et a fait l'objet d'une expertise.

L'assurée a repris son activité de caissière à la suite du premier accident de septembre 1997 à janvier 1998, date à laquelle le Docteur B_____ l'a considérée incapable de travailler à 100%. Elle a à nouveau travaillé du 3 août 1998 à septembre 1998, puis dès le 9 novembre 1998 mais à 50%, et dès le 4 juin 1999 à 100%.

A la suite d'une rechute survenue en octobre 2001, elle a cessé son activité de concierge, et dès janvier 2002, celle de caissière.

La CRR, centre dans lequel l'assurée a séjourné du 18 mars au 15 avril 2003 pour examen, a estimé que celle-ci pouvait travailler comme concierge dès avril 2003 et comme caissière à 50% dès avril 2003 et à 100% dès mai 2003.

Les médecins de la CRR ont plus particulièrement conclu, à l'instar du Docteur E_____, à l'absence d'anomalie du poignet droit suite à l'accident de 1997 et à une consolidation des fractures des apophyses transverses L1 à L3 consécutives à l'accident du 6 mai 2002.

Selon les constatations du rapport du consilium psychiatrique de la CRR, le bilan de la patiente était normal, elle ne présentait ni élément dépressif et anxieux ni aucun autre élément qui aurait permis de retenir le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme.

C'est sur la base de ces conclusions que s'est fondée l'intimée pour mettre fin au paiement des indemnités journalières respectivement au 16 avril 2003 et au 28 mai 2003.

Le Docteur B_____, médecin traitant a cependant estimé qu'au vu des différents accidents et particulièrement en raison des douleurs lombaires chroniques, la capacité de travail était nulle. Par ailleurs il considère que sa patiente n'est plus en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle.

C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence lorsqu'il apprécie des 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. Ainsi la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p 44 ; RCC1988 p. 504 consid. 2).

En l'occurrence, rien ne permet de s'écarter du rapport de la CRR, qui remplit tous les critères jurisprudentiels permettant de lui accorder une pleine valeur probante. Le rapport comprend en effet un résumé clair et chronologique du dossier, fait état de tous les rapports médicaux rédigés et figurant au dossier. Il prend en compte les déclarations et les plaintes de la patiente. Il comprend, par ailleurs, un examen complet de la recourante, des radiographies, et un examen du dossier radiologique. Il comporte, enfin, une appréciation médicale claire et sans équivoque selon laquelle l'absence de lésions de caractère traumatique fait dire à l'expert que les conséquences observables d'un accident sont actuellement terminées.

Comme le relève du reste la SUVA, le rapport de la CRR n'est pas en contradiction avec les autres rapports médicaux figurant au dossier. Au contraire, le Tribunal de céans constate que tous s'accordent sur les diagnostics posés. Les conclusions des médecins de la CRR concordent avec celles du Docteur E_____, selon lequel la symptomatologie et les troubles fonctionnels présentés par l'assurée ne peuvent pas être expliqués par les constatations objectives.

A noter qu'en raison de l'absence de contradictions entre les différents rapports médicaux, et de l'absence de zones d'ombre concernant la situation médicale du recourant, l'apport au dossier d'une nouvelle expertise ne se justifie pas.

Reste à examiner l'incidence des conclusions du rapport du CIP établi dans le cadre de la procédure AI sur l'évaluation de l'invalidité en matière d'assurance-accidents.

Le TFA a déclaré à maintes reprises que la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance accidents, d'assurance militaire et d'assurance invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (ATF 116 V 246 consid. 1b p. 249 et les arrêts cités). L'uniformité de la notion d'invalidité doit conduire à fixer, pour une même atteinte à la santé, un même taux d'invalidité. L'assureur accidents ne peut donc s'écarter sans motifs suffisants du degré d'invalidité fixé par l'assurance invalidité, aucune priorité ne pouvant être accordée à l'évaluation opérée par l'assureur accidents (ATF 119 V 468 consid. 3 p. 471). Dans un arrêt du 26 juillet 2000, le TFA a précisé sa jurisprudence concernant la coordination de l'évaluation de l'invalidité dans les différentes branches de l'assurance sociale. Il a notamment confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d p. 293). En revanche, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en fait dans un

cas concret. Cependant, cette uniformité de la notion d'invalidité n'a pas pour conséquence de libérer chaque assureur social de l'obligation de procéder de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (arrêt du TFA du 8 mars 2004 U38/03 consid. 3.2).

Dans ce même arrêt, le TFA a précisé que la SUVA ne saurait être liée par l'évaluation de l'OCAI si celle-ci reposait sur les seules conclusions contenues dans le rapport final des experts en matière professionnelle (ATFA précité ad consid. 4 point 1 in fine).

En l'espèce, le rapport du CIP est établi au terme d'un stage professionnel qui se déroule dans divers ateliers. L'intimée ne saurait ainsi être liée par les conclusions de ce rapport, lesquelles se réfèrent exclusivement aux observations des responsables de la réadaptation du CIP.

En conséquence, c'est à juste titre que la SUVA, se fondant sur les conclusions des médecins de la CRR, a mis fin aux prestations dès le 16 avril 2003 et le 28 mai 2003. Le recours ne peut être que rejeté.

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. 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 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 :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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