

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2607/2006

ATAS/314/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 21 mars 2007

En la cause

Madame P _____

recourante

contre

RHENUSANA, Heinrich-Wid-Strasse 210, HEERBRUGG

intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame P _____ était assurée auprès de la Betriebskrankenkasse (BKK) Heerbrugg, aujourd'hui RHENUSANA (ci-après: la caisse), pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 1^{er} janvier 1996 au 31 décembre 2005.
2. Depuis le 1^{er} janvier 1997, elle est également au bénéfice auprès de la même caisse d'une assurance dentaire prévoyant la prise en charge de 50 % des frais dentaires, mais au maximum 1000 fr. par an.
3. Dès 1999, l'assurée a subi des traitements dentaires importants. Sur la base de l'assurance dentaire, la caisse lui a remboursé la somme de 1000 fr. par an pendant les années 1999 à 2005.
4. De 1999 à 2003, l'assurée était suivie pour le traitement dentaire en France, auprès du Dr A _____, chirurgien dentiste. Celui-ci a établi les quittances suivantes pour soins et prothèses dentaires: le 15 décembre 1999 une quittance pour la réception de la somme de 13'800 FF concernant l'année 1999, le 15 janvier 2001 une quittance pour la somme 18'000 FF afférente aux soins du 11 juillet au 12 décembre 2000, le 4 décembre 2001 une quittance pour 31'400 FF concernant le traitement du 23 janvier au 4 décembre 2001, le 22 janvier 2003 une quittance pour 2'701 Euros pour les années 2002 et le 29 octobre 2003 une quittance pour la somme de 1'720 Euros pour le traitement du 4 mars au 29 août 2003.
5. Par la suite, l'assurée s'est faite soigner au Centre médico-dentaire à Genève. Ce traitement a fait l'objet des factures suivantes :
 - facture du 19.12.2003 relative au traitement du 14.11.2003 au 17.12.2003 pour la somme de 4'910 fr. 30;
 - facture du 19.04.2004 relative au traitement du 19.12.2003 au 13.02.2004 pour un montant de 8'230 fr. 30;
 - facture du 29.11.2004 pour le traitement du 19.04.2004 au 27.10.2004 pour un montant de 8'649 fr. 25;
 - facture du 06.05.2005 pour le traitement du 17.03.2005 au 04.05.2005 pour un montant de 9'617 fr. 10.
6. Par courrier du 13 décembre 2005, l'assurée a invité la caisse à lui rembourser l'intégralité du traitement dentaire, tout en indiquant qu'elle joignait à son courrier toutes les factures relatives à celui-ci, sauf celle de 2000 qui devait toutefois déjà être en possession de la caisse. Elle a souligné qu'elle se battait depuis plusieurs années pour le remboursement de tous ses frais dentaires engendrés par une maladie de ses glandes salivaires qui ne fonctionnaient plus du tout depuis 1999. De ce fait,

ses dents et gencives s'étaient gravement et rapidement détériorées, rendant nécessaires des implants dentaires. Selon les informations qu'elle avait reçues de son médecin, les frais du traitement dentaire devaient être à la charge de l'assurance-maladie de base et non pas de l'assurance dentaire. Elle a ajouté être prête à être "auscultée" par l'un des experts de l'assurance maladie.

7. Selon le courrier du 21 décembre 2005, la caisse a fait parvenir à l'assurée un formulaire pour les atteintes dentaires, en l'invitant à le compléter et à le lui retourner. Elle a par ailleurs précisé que si l'assurée estimait que les frais dentaires devaient être remboursés sur la base de la LAMal, elle avait besoin d'un formulaire de la part du dentiste traitant, afin qu'elle puisse éclaircir cette question avec son médecin conseil. Elle a ajouté que les factures relatives à des soins à l'étranger étaient exclues de l'assurance de base.
8. Dans son certificat du 24 janvier 2006, le Dr A_____ a constaté une déminéralisation constante due à un manque de salive (sécheresse buccale), malgré les soins. Ces ennuis avaient conduit sa patiente à envisager des implants afin d'assurer une reconstitution esthétique et fonctionnelle plus durable que ses dents naturelles.
9. Selon le certificat du 17 mars 2006 de la Dresse B_____, médecin dentiste du Centre médico-dentaire, l'assurée présente une hyposialie relative. Le médecin a ajouté qu'il était conseillé de faire procéder à un examen spécialisé auprès d'un médecin otho-rhino-laryngologue, afin d'objectiver précisément cette pathologie.
10. La caisse a soumis le cas de son assurée à son dentiste conseil, le Dr C_____ à Zurich. Celui-ci a indiqué, dans son rapport du 8 mai 2006, que selon l'art. 18d de la loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994 (LAMal), les maladies des glandes salivaires et leur répercussion sur les dents faisaient partie des prestations obligatoires, pour autant que le traitement dentaire soit dans une relation de causalité directe avec ces maladies. Il a estimé que, dans le cas soumis, il serait probablement difficile d'établir rétroactivement une telle causalité, au vu du laps de temps écoulé. Si un spécialiste ORL pouvait diagnostiquer clairement une hypofonction des glandes salivaires, ainsi que déterminer le début de cette atteinte, il conviendrait d'examiner plus précisément la relation de cause à effet entre le traitement dentaire effectué et cette maladie. Le Dr C_____ a ainsi proposé que la patiente se soumette à des investigations ORL dans une clinique universitaire, examens dans le cadre desquels il conviendrait de répondre aux questions de l'existence d'une maladie des glandes salivaires, de la cause de cette maladie et du début de celle-ci.
11. Par courrier du 16 mai 2006, la caisse a informé l'assurée, en se référant aux documents transmis, que les frais de traitement dentaire ne constituaient pas une prestation à la charge de la LAMal, dès lors que celui-ci n'avait pas été effectué en

Suisse par un dentiste reconnu. Elle a également indiqué qu'elle n'était plus compétente pour les traitements dès 2006, l'assurance de base ayant été résiliée pour le 31 décembre 2005.

12. Le 8 juin 2006, l'assurée a invité la caisse à rendre une décision formelle concernant la prise en charge des frais dentaires de 1999 à 2005.
13. Par courrier du 29 juin 2006, l'assurée lui a fixé un délai de 10 jours pour ce faire, tout en l'avertissant qu'à défaut, elle agirait en justice.
14. Par courrier du 4 juillet 2006, la caisse lui a envoyé une copie du texte de la LAMal. Elle l'a en outre informée que les traitements dentaires ne pouvaient être remboursés, sur la base de cette loi, que s'ils avaient été effectués par un dentiste reconnu en Suisse. Le dentiste devait lui transmettre, avant le début du traitement, le formulaire relatif aux atteintes dentaires selon la LAMal et ne pouvait facturer ses prestations que pour une valeur du point de 3 fr. 10.
15. Par courrier du 12 juillet 2006, l'assurée a saisi le Tribunal de céans d'un recours contre "la décision prise par ma caisse-maladie". Elle a indiqué qu'elle se battait depuis plusieurs années pour que la caisse prenne en charge la totalité de ses soins dentaires, dès lors que la pose des implants était due à une maladie, soit la cessation complète du fonctionnement de ses glandes salivaires.
16. Par courrier du 18 juillet 2006, le Tribunal de céans a invité l'intimée à lui faire parvenir sa réponse et son dossier dans un délai échéant au 31 août 2006. N'y ayant pas donné suite dans ce délai, l'intimée a été enjointe, par courrier du 4 septembre 2006, de répondre au recours jusqu'au 19 septembre 2006. Le 26 septembre 2006, Tribunal de céans a réitéré sa demande par téléphone. Le 28 septembre suivant, l'intimée lui a fait parvenir ses écritures en allemand. A la demande du Tribunal de céans, elle lui a transmis une traduction en français de sa réponse au recours, en date du 11 octobre 2006. L'intimée y conclut au rejet du recours. Elle relève que la recourante n'a pas précisé si elle faisait valoir des prétentions issues de la LAMal ou de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908(LCA). De l'avis de l'intimée, seules des prétentions issues de la LCA peuvent faire l'objet de la procédure introduite à son encontre. Par ailleurs, elle admet ne jamais avoir prononcé une décision formelle et justifie cette omission par le fait que la recourante n'était plus assurée auprès d'elle depuis le 1^{er} janvier 2006 pour l'assurance de base, que les prestations fournies à l'étranger par un dentiste français ne peuvent être prises en charge dans le cadre de la LAMal et que les prestations fournies en 1999, 2000 et en 2001, du moins en partie, sont prescrites. Il ressort par ailleurs du rapport de son dentiste conseil du 8 mai 2006 que le lien de causalité ne peut être établi, de sorte qu'elle n'est tenue à aucune prestation. L'intimée demande en outre, par économie de procédure, "de signaler à la partie recourante l'absence manifeste de toute logique à engager une procédure avec prononcé d'une décision

suivie d'une procédure d'opposition et d'une nouvelle procédure de recours". Elle sollicite enfin d'inviter la recourante à préciser si elle réclame des prétentions sur la base de la LAMal ou de la LCA. En ce qui concerne celles fondées sur cette dernière loi, l'intimée se prévaut de la prescription, tout en soulignant avoir fourni le maximum des prestations assurées sur la base de l'assurance complémentaire.

17. Par écritures du 3 novembre 2006, la recourante allègue qu'elle était assurée pour l'assurance de base auprès de l'intimée de 1999 à 2005. De 1999 à 2003, elle était suivie par un dentiste en France, chez lequel elle allait une fois par semaine. Lorsqu'elle a changé de dentiste en été 2003, il lui a été expliqué que la seule possibilité de résoudre ses problèmes, sans devoir aller chaque semaine chez le dentiste, était des implants, en raison du dysfonctionnement de ses glandes salivaires. Celui-ci est dû à un médicament (Tegretol) qu'elle a dû prendre pendant deux ans. Elle n'a aujourd'hui plus de salive, ce qui amène une détérioration continue des dents et est établi par une scintigraphie. Son médecin traitant lui a fait prendre conscience que tous ses problèmes dentaires découlent d'une maladie et non pas d'un problème de dents. Lorsqu'elle a demandé pour la première fois la prise en charge de ce traitement sur la base de l'assurance obligatoire des soins, l'intimée lui a répondu qu'elle exigeait qu'elle aille chez l'un de leurs dentistes conseil, avant de prendre une décision, ce qu'elle a accepté. Par la suite, elle n'a plus eu de nouvelles et l'intimée ne lui a jamais proposé un nouveau rendez-vous. Le rapport de son dentiste conseil n'a pas été porté à sa connaissance. Elle s'étonne par ailleurs que ce dentiste a pu donner son avis, sans l'avoir consultée et avoir vu la scintigraphie. L'intimée l'a ensuite invitée à faire remplir un questionnaire par ses dentistes traitants. Toutefois, ses dentistes n'étaient pas au courant du questionnaire prévu à cet effet, raison pour laquelle ils ont établi des attestations concernant le traitement effectué et sa maladie. Celles-ci ont été transmises à l'intimée. Concernant la non prise en charge des prestations de son dentiste traitant en France, elle a allégué avoir demandé à l'intimée en l'an 2000 d'ajouter dans ses polices d'assurances la couverture des médecins en France, ce que l'intimée a accepté. La recourante conteste enfin avoir transmis à l'intimée uniquement les factures relatives aux traitements effectués à l'étranger et affirme lui avoir envoyé également celles afférentes à la pose d'implants en Suisse.
18. Par duplique du 4 décembre 2006, l'intimée persiste dans ses conclusions, en jugeant en substance les développements de la recourante non pertinents. Elle indique en outre que "Les factures qui nous ont été présentées concernent toutes, sans exception, des prestataires de services étrangers. De la part du Centre médico-dentaire cité par la partie recourante, seul nous est connu le courrier, présenté au Tribunal, daté du 17.03.2006, et non pas une facture".
19. Sur ce, 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 1^{er} 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. 4 et let. c LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la LAMal et aux contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale.

Partant, la compétence du Tribunal de céans doit être admise, aussi bien pour les prétentions fondées sur la LAMal que celles relevant de la LCA.

3. a) Selon l'art. 61 let. b LPGA, applicable à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie en vertu de l'art. 1 al. 1 LAMal, l'acte de recours devant les juridictions cantonales doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions, sans quoi il convient d'impartir un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation, le recours sera écarté. Si le juge qui est saisi d'un recours ne doit pas se montrer strict lorsqu'il apprécie la forme et le contenu de l'acte de recours, l'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté d'en obtenir la modification; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours (ATF 116 V 356 consid. 2b et les références; ATFA non publié du 28 janvier 2003, I 501/02 consid. 2.2; RAMA 1994 n° U 192 p. 150 consid. 4c).

En l'occurrence, l'acte de recours est certes succinct. Il en ressort cependant clairement que la recourante conteste une décision de refus de prestations de son assurance-maladie. Elle motive également de façon claire son recours, en faisant valoir que les frais dentaires doivent être pris en charge par l'assureur-maladie en raison du fait qu'ils ont été rendus nécessaires à cause du dysfonctionnement de ses glandes salivaires. Certes, elle ne précise pas si ses prétentions sont fondées sur la LAMal ou la LCA. Il ne saurait cependant être attendu d'un non juriste qu'il fasse la distinction entre ces deux lois et il appartient en dernier lieu au tribunal saisi de déterminer les disposition légales applicables, selon l'adage *iura novit curia*.

b) En vertu de l'art. 56 al. 1 LPGA, seules les décisions sur opposition ou celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Or,

la voie de l'opposition est assurément ouverte contre une décision de refus de prestation d'un assureur-maladie, selon l'art. 52 LPGA. Partant, même en admettant que l'intimée a rendu une décision au sens de la loi, il convient de considérer que le recours contre celle-ci est irrecevable, dans la mesure où il ne s'agit pas d'une décision sur opposition.

Toutefois, la recourante a demandé à l'intimée à plusieurs reprises la prise en charge des traitements dentaires dans le cadre de la couverture LAMal. Par ses courriers des 8 et 29 juin 2006, elle l'a expressément invitée à rendre une décision formelle. L'intimée n'ayant donné aucune suite à cette demande, elle a saisi le Tribunal de céans. Il convient par conséquent de considérer qu'elle fait valoir un déni de justice formel.

En vertu de l'art. 56 al. 2 LPGA, le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressée ne rend pas de décision ou de décision sur opposition.

La recevabilité du recours doit par conséquent être admise, en ce qu'il concerne l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

4. S'agissant de la recevabilité d'une éventuelle demande fondée sur la LCA, il convient également de considérer que la lettre du 12 juillet 2006 respecte la forme prescrite pour une telle demande par l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA).

Toutefois, cette question peut rester ouverte. En effet, les parties admettent que la recourante est au bénéfice d'une assurance complémentaire pour soins dentaires, aux termes de laquelle elle a droit au remboursement de 50 % des frais dentaires, mais au maximal de 1000 fr. par an. La recourante ne conteste par ailleurs pas que l'intimée lui a remboursé chaque année le montant maximal assuré de 1000 fr. pendant les années litigieuses de 1999 à 2005. Aussi convient-il de constater d'emblée que ses prétentions en remboursement de la totalité du traitement ne sauraient être fondées sur ce contrat complémentaire. Il résulte en tout état de cause des pièces transmises que l'intention de la recourante était de faire valoir des prétentions fondées sur la LAMal, même si elle ne le précise pas expressément dans la lettre qu'elle a adressée au Tribunal de céans.

Par conséquent, le présent recours concerne exclusivement la couverture des prestations litigieuses sur la base de la LAMal.

5. Lorsque le recourant se plaint d'un déni de justice formel, seul le refus de statuer ou le retard à statuer constitue l'objet du litige et non les droits ou les obligations du droit de fond, sur lequel l'intéressé a demandé expressément à l'assureur de se prononcer (ATFA non publié du 23 octobre 2003 en les causes I 328/03 K 55/03).

Il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Le caractère admissible de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause. Il faut notamment prendre en considération l'ampleur et la difficulté de celle-ci, ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 125 V 191 consid. 2 a).

6. Parmi les pièces produites par les parties figure un courrier du 13 décembre 2005 de la recourante, dans lequel celle-ci fait valoir qu'elle se bat pour le remboursement de tous ses frais dentaires depuis plusieurs années. Toutefois, aucun courrier antérieur à cette date n'a été versé à la présente procédure. Dans cette lettre, l'assurée précise par ailleurs qu'elle y joint toutes les factures relatives à ses traitements, sauf celle de l'année 2000 qui devait être en possession de l'intimée.

Il ne ressort pas des pièces à quelle date la recourante a transmis à l'intimée les attestations du 24 janvier 2006 du Dr A _____ et du 17 mars 2006 de la Dresse B _____. Il est toutefois à supposer que ce sont ces documents qui ont été soumis au dentiste conseil de l'intimée, le Dr C _____, qui s'est prononcé sur le cas en date du 8 mai 2006. En effet, il fait référence à l'attestation de la Dresse B _____.

Contrairement à ce que prétend l'intimée dans ses écritures, ce médecin n'arrive pas à la conclusion que le lien de causalité entre une maladie des glandes salivaires et le traitement dentaire effectué ne peut pas être démontré. Au contraire, il estime que l'assurée doit être examinée au service ORL d'une clinique, afin de déterminer si une telle maladie existe, quelle est sa cause et quand elle a commencé. Or, à la réception de l'avis médical du Dr C _____, l'intimée s'est visiblement contentée de constater que la recourante n'était plus assurée auprès d'elle depuis le 1^{er} janvier 2006 pour l'assurance de base. L'appréciation du Dr C _____ porte en effet la mention manuscrite par l'intimée "KVG nicht mehr bei BKK seit 1.1.06", ce qui signifie en français "Plus de LAMal auprès de BKK depuis 1.1.06". Cependant, les factures transmises à l'intimée concernent des prestations antérieures au 1^{er} janvier 2006, de sorte que celles-ci ne sauraient être refusées pour le motif du changement de l'assurance obligatoire des soins.

En dépit des demandes de la recourante du 8 et du 29 juin 2006 de rendre une décision formelle, l'intimée n'y a donné aucune suite et n'a non plus instruit le dossier. Elle a uniquement envoyé le 4 juillet 2006 à la recourante une copie du texte de la LAMal et l'a informée que les prestations facturées ne pouvaient être lui être remboursées sur la base de cette loi qu'à condition d'avoir été effectuées en Suisse.

Il est par ailleurs inexact que tous les traitements ont été effectués à l'étranger. En effet, depuis l'été 2003, la recourante se fait soigner à Genève au Centre médico-

dentaire. Les factures relatives à ce traitement en Suisse ont été transmises à l'intimée. En effet, elles figurent dans le dossier produit par celle-ci devant le Tribunal de céans. De surcroît, l'intimée avait remboursé, sur la base de l'assurance de soins dentaires, le montant maximal assuré, ce qui présuppose qu'elle était en possession de ces documents. Il est dès lors incompréhensible que l'intimée indique dans sa duplique, concernant ces factures, que, de la part du Centre médico-dentaire, seul lui était connu le courrier du 17 mars 2003 et aucune facture.

Au vu de ce qui précède, il appert que c'est de façon inadmissible que l'intimée a refusé d'instruire la demande de prestations de la recourante, que celle-ci a formulée apparemment depuis plusieurs années déjà, et de rendre une décision formelle.

En application de l'art. 27 LPGA, il aurait également appartenu le cas échéant à l'intimée d'informer clairement son assurée, dans la langue de son canton de domicile, des conditions éventuelles de prise en charge d'un traitement dentaire par l'assurance de base et des conséquences du non respect de la procédure prévue à cet effet, dès le moment où la recourante a présenté sa requête pour la première fois. Certes, il semble que l'intimée ait envoyé à la recourante le formulaire ad hoc à remplir par le dentiste traitant en annexe à son courrier du 21 décembre 2005. Cependant, la recourante fait valoir dans sa duplique que ni elle ni son dentiste ne savait quel formulaire il fallait remplir, raison pour laquelle elle a fait établir les attestations datées du 24 janvier 2006 par le Dr A_____ et du 17 mars 2006 par la Dresse B_____. On ignore dès lors si le formulaire en cause était effectivement annexé au courrier du 21 décembre 2005 de l'intimée ou si une mauvaise compréhension de la langue est à l'origine d'un malentendu, étant précisé que toutes les correspondances de l'intimée sont en allemand.

Il sied de relever enfin que, même après que la recourante ait saisi le Tribunal de céans, l'intimée a continué à refuser de rendre une décision formelle.

Partant, il convient d'admettre que la recourante est victime d'un déni de justice formel caractérisé. L'intimée sera par conséquent enjointe de rendre une décision formelle sujette à opposition, après une instruction diligente de la caisse.

7. En vertu de l'art. 89 H al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, la procédure est en principe gratuite pour les parties. Toutefois, un émolument peut être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. Selon l'art. 2 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986, l'émolument d'arrêté n'excède pas 10'000 fr.

En l'espèce, le Tribunal de céans constate que l'intimée a agi avec légèreté. Il est à relever également qu'elle a dû être sommée à trois reprises d'envoyer sa réponse au recours, ainsi que son dossier. Aussi sera-t-elle condamnée à un émolument de 1000 fr.

**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. L'admet.
3. Ordonne à l'intimée de rendre une décision formelle, sujette à opposition, en ce qui concerne la prise en charge des traitements dentaires de la recourante de 1999 à 2005.
4. Condamne l'intimée à un émolument de 1000 fr.
5. 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); 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

Claire CHAVANNES

La Présidente :

Maya CRAMER

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