RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3257/2020 **ATAS/205/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 mars 2021

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CARTIGNY recourante

contre

ASSURA-BASIS SA, Case postale 532, PULLY intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1948, est assurée depuis le 1er février 2012 auprès d'ASSURA-BASIS SA (ci-après : l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins, modèle « médecin de famille », selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) (police n° 1_____).

2. Le 8 octobre 2018, l'assurance a communiqué à l'assurée le montant des primes dues pour l'année 2019, à savoir CHF 332.- par mois.

3. Le 20 novembre 2019, l'assurance a adressé un rappel à l'assurée, dont il ressort qu'elle ne s'était pas acquittée de ses primes, respectivement de sa participation aux frais médicaux dans le délai de paiement. L'assurée était par conséquent invitée à verser le montant de CHF 1'006.- dans un délai de 10 jours.

   En annexe figurait le relevé de compte, selon lequel l'assurée ne s'était pas acquittée des primes pour les mois d'octobre à décembre 2019, pour un montant de CHF 996.-, auquel s'ajoutait des frais de rappels de CHF 10.-.

4. Le montant précité n'ayant pas été versé, l'assurance a mis en demeure l'assurée, par sommation du 31 décembre 2019, de s'acquitter, dans un délai de 30 jours, des primes précitées, assorties des frais de rappel et de sommation, l'avisant qu'à défaut du paiement du montant total de CHF 1'036.- (CHF 996.- de primes, CHF 10.- de frais de rappel et CHF 30.- de frais de sommation), elle allait engager une procédure de poursuite à son encontre.

5. Aucune suite n'ayant été donnée à cette sommation, l'assurance a requis la poursuite de l'assurée pour le montant de CHF 1'036.- susmentionné et, le 3 mars 2020, l'Office des poursuites de Genève a notifié à l'assurée un commandement de payer, poursuite n° 2_____, auquel une opposition a été formée le 9 mars 2020.

6. Par décision du 24 avril 2020, confirmée sur opposition le 14 septembre 2020, l'assurance a ordonné la mainlevée de l'opposition du 9 mars 2020, au motif que le montant de CHF 1'136,55, intérêts compris, n'avait pas été payé.

7. Le 15 octobre 2020, l'assurée (ci-après : la recourante), agissant en personne, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 14 septembre 2020, concluant à son annulation et, cela fait, à la constatation du paiement des primes dues pour les mois d'octobre à décembre, de CHF 996.-, et à l'annulation de tous les frais. A l'appui de ses conclusions, la recourante a notamment expliqué que le 26 février 2018, elle avait versé, par erreur, un montant de CHF 949,80 pour trois primes pour le compte de sa fille qui n'était en réalité plus assurée. Avec les intérêts à 5% dès la date du versement erroné, le montant qui lui était dû par l'assurance (ci-après : l'intimée) s'élevait à CHF 1'021.05. Dans ces circonstances, la recourante avait donc pensé, en octobre 2019, lorsqu'elle avait reçu la mise en demeure, que le montant versé par erreur en 2018 allait être affecté aux primes dues pour les mois d'octobre à décembre 2019. L'intimée en avait été informée et elle l'avait autorisé.

Certaine que les primes avaient été payées avec le montant versé par erreur en 2018, la recourante avait fait opposition au commandement de payer, poursuite n° 2_____. Elle rappelait et confirmait, si nécessaire, que le montant de CHF 1'021.05 versé à tort devait être affecté au paiement des CHF 996.- dus pour les mois d'octobre à décembre 2019. Partant, la poursuite n° 2_____ n'était pas justifiée.

8. Le 11 novembre 2020, l'intimée a répondu et a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

   A l'appui de ses conclusions, l'intimée a notamment relevé que la recourante ne s'était jamais manifestée à réception des rappels et mises en demeures concernant les primes pour les mois d'octobre à décembre 2019 non acquittées. C'était pour la première fois dans son recours du 15 octobre 2020 que la recourante avait évoqué un montant versé à tort pour le compte de sa fille, lequel devait couvrir les primes en souffrance. S'agissant de ce dernier point l'intimée a expliqué que le contrat d'assurance obligatoire des soins de la fille de la recourante avait été résiliée rétroactivement au 31 décembre 2017. Le 26 février 2018, un montant de CHF 948.80 avec été versé au moyen d'un bulletin référencé au nom de la fille de la recourante et portant sur les primes dues pour les mois de janvier à mars 2018. Suite à la résiliation du contrat d'assurance et au règlement d'une précédente procédure de poursuite, le montant de CHF 949.80 devait en effet être remboursé à la fille de la recourante. Toutefois, l'intimée n'avait pas pu effectuer ledit remboursement, dès lors que, dans un premier temps, elle ne disposait d'aucun numéro de compte sur lequel verser le montant trop perçu. Par la suite, si l'assurance intimée avait effectivement reçu des instructions de transfert sur le compte postal de la recourante, elle ne pouvait y donner suite faute de document signé dans ce sens. C'était pourquoi, le 24 juillet 2019, elle avait transmis à la fille de la recourante un formulaire à compléter avec les coordonnées bancaires et à signer. Ce formulaire n'avait toutefois jamais été renvoyé. Dans la mesure où la fille de la reocurante était majeure, c'était à elle de communiquer les coordonnées bancaires sur lesquelles rembourser le montant versé à tort, au moyen d'un document signé de sa main. En tout état, le montant avait été versé à tort en février 2018, soit plus d'une année et demi avant l'émission des primes en souffrance, de sorte qu'il n'était pas concevable que ce montant ait été versé dans le but de couvrir les primes dues d'octobre à décembre 2019, lesquelles demeuraient encore impayées à ce jour.

9. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 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-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

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. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée prononçant la mainlevée de l'opposition au commandement de payer, poursuite n° 2_____, et plus particulièrement sur le paiement, par compensation, du montant faisant l'objet de la poursuite précitée.

4. a. Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (art. 13 al. 2 let. a LAMal), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP (art. 105*b* de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal - RS 832.102]). Par conséquent, si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP - RS 281.1), auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition exécutoire portant condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGA), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition; s'il ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (voir ATF 131 V 147 consid. 6.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.1).

b. Selon l'art. 64a LAMal, dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2012, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit; il lui impartit un délai de trente jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (al. 1). Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2 *ab initio*).

L'art. 90 OAMal précise que les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois.

L'art. 105*a* OAMal, dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2012, fixe à 5% par année le taux des intérêts moratoires pour les primes échues (cf. aussi art. 26 al. 1 LPGA). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (art. 105*b* al. 2 OAMal; cf. aussi ATF 125 V 276 consid. 2/bb).

En vertu de l'art. 105*b* OAMal, dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2012, les primes et les participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins échues et impayées doivent faire l'objet, dans les trois mois qui suivent leur exigibilité, d'une sommation écrite qui sera précédée d'au moins un rappel et qui sera distincte de celles portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Avec la sommation, l'assureur doit impartir à l'assuré un délai de 30 jours pour remplir son obligation et attirer son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas le paiement (al. 1). Si l'assuré ne s'exécute pas dans le délai imparti, l'assureur doit mettre la créance en poursuite dans les quatre mois qui suivent, de manière distincte des autres retards de paiement éventuels (al. 2).

Les délais prévus dans les dispositions qui précèdent sont des prescriptions d'ordre, dont l'inobservation n'entraîne pas la péremption du droit aux arriérés ou de la procédure de poursuite. L'assureur n'est pas tenu non plus de procéder à une nouvelle sommation s'il entend faire valoir ses droits par la voie de la poursuite. La seule conséquence que la loi attache à l'inobservation de ces délais est que la sanction prévue à l'art. 64*a* al. 2 LAMal ne prend pas effet (à l'inverse de celle prévue à l'art. 64*a* al. 4 LAMal). Les art. 90 al. 4 et 105*b* al. 1 et 2 OAMal visent en effet à empêcher que les assureurs ne tardent trop avant d'entreprendre les démarches nécessaires au recouvrement des primes dues (arrêt du Tribunal fédéral 9C_397/2008 du 29 septembre 2008).

c. À certaines conditions, les assureurs-maladie sont en droit de lever par une décision formelle l'opposition à un commandement de payer portant sur une créance découlant de la LAMal. Les assureurs peuvent donc introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre de mainlevée entré en force, rendre après coup, en cas d'opposition, une décision formelle portant condamnation à payer les arriérés de primes ou participations aux coûts et, après l'entrée en force de cette dernière, requérir la continuation de la poursuite. Si le dispositif de la décision administrative se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève expressément l'opposition à celle-ci, ils pourront requérir la continuation de la poursuite sans passer par la procédure de mainlevée de l'art. 80 LP. Dans sa décision, l'autorité administrative prononcera non seulement une décision au fond selon le droit des assurances sociales sur l'obligation pécuniaire de l'assuré, mais elle statuera simultanément sur l'annulation de l'opposition comme autorité de mainlevée. Il en va de même des tribunaux en cas de recours (ATF 119 V 329 consid. 2b; RAMA 2004 Nr. KV 274 p. 129

consid. 4.2.1, K 107/02; arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1).

5. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

   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).

6. a. En l'espèce, le 20 novembre 2019, l'intimée a adressé à la recourante un rappel, auquel était annexé le relevé de compte relatif à sa police, et lui a réclamé le paiement d'un montant de CHF 1'006.-, soit CHF 996.- à titre de primes impayées et CHF 10.- de frais de rappel.

   La recourante ne s'étant pas acquittée du montant réclamé, une mise en demeure lui a été adressée le 31 décembre 2019, le montant alors réclamé étant de CHF 1'036.-, soit le montant précédent, auquel s'ajoutaient CHF 30.- de frais de sommation.

   En l'absence de paiement, l'intimée a introduit une poursuite et un commandement de payer a été notifié à la recourante, qui y a fait opposition.

   Par décision du 24 avril 2020, confirmée sur opposition le 14 septembre 2020, l'intimée a ordonné la mainlevée provisoire de l'opposition au commandement de payer, poursuite n° 2_____.

   Ainsi, en l'absence du paiement de ces primes, l'intimée était incontestablement en droit de poursuivre la recourante pour le montant des factures impayées. En outre, l'assurance était habilitée à lever elle-même l'opposition formée au commandement de payer puisqu'elle a respecté la procédure prescrite pour le recouvrement de ses créances.

Dans le cadre du présent recours, la recourante ne conteste pas le montant de CHF 996.-, mais excipe, pour la première fois, de la compensation, au motif qu'en février 2018, elle avait versé à l'intimée, pour le compte de sa fille, également affiliée auprès de la même assurance, un montant de CHF 949,80 pour des primes dues de janvier à mars 2018. L'assurance obligatoire des soins ayant été résiliée avec effet au 31 décembre 2017, le montant précité avait été versé à tort et devait par conséquent lui être restitué.

b/aa. Selon la doctrine et la jurisprudence, la compensation de créances réciproques constitue un principe juridique général, ancré en droit privé aux art. 120 ss du Code des obligations du 30 mars 1911 (CO – RS 220), qui trouve application en droit administratif. En droit des assurances sociales plus particulièrement, le principe est reconnu, même dans les branches de ce droit qui ne le prévoient pas expressément (ATF 132 V 127 consid. 6.1.1 ; ATF 128 V 50 consid. 4a et 224 consid. 3b ainsi que les références). De manière générale, la compensation en droit public - et donc notamment en droit des assurances sociales - est subordonnée à la condition que deux personnes soient réciproquement créancières et débitrices l'une de l'autre conformément à la règle posée par l'art. 120 al. 1 CO (ATF 130 V 505 consid. 2.4 ; ATF 128 V 228 consid. 3b ; VSI 1994 p. 217 consid. 3).

Il convient de faire une réserve à l'application analogique de l'art. 120 CO en droit public, s'agissant du droit d'invoquer la créance en compensation. L'art. 125 ch. 3 CO interdit, en effet, à un privé d'éteindre par compensation une créance dérivant du droit public en faveur de l'État et des communes, contre leur volonté. Dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire, les assureurs-maladies jouissent d'un privilège identique (ATF 110 V 183 consid. 3 ; Milan KRYKA, Die Verrechnung in Konkurs, Nachlassverfahren und Konkursaufschub, in SSHW - Schweizer Schriften zum Handels- und Wirtschaftsrecht, n. 302, 2011, p. 22).

b/bb. A teneur de l'art. 164 al. 1 de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations - RS 220), le créancier peut céder son droit à un tiers sans le consentement du débiteur, à moins que la cession n'en soit interdite par la loi, la convention ou la nature de l'affaire. Selon l'art. 165 al. 1 CO, la cession n'est valable que si elle a été constatée par écrit. Par la forme écrite requise au sens de cette dernière disposition, il faut entendre un document signé (cf. art. 13ss CO), soit un support matériel contenant tous les points essentiels pour le transfert de la créance concernée et couvert par la signature manuscrite (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_186/2009 du 3 mars 2010 consid. 4.3.1 ; voir également Thomas PROBST, in Commentaire romand, CO I, 2012, n° 2 ad art. 165 CO).

c. En l'espèce, force est tout d'abord de constater que rien dans le dossier ne permet de retenir que les primes dues par la fille de la recourante ont été payées par cette dernière. En effet, le montant de CHF 949.80 a été versé au moyen d'un bulletin de versement libellé au nom de la fille de la recourante et le nom de la recourante n'y apparaît à aucun moment. C'est donc à juste titre que l'intimée a considéré que le

versement avait été effectué par la fille de la recourante, dont le seul nom apparaissait sur le bulletin de versement.

Certes, dans un document de contact daté du 23 juillet 2019, la fille de la recourante a demandé à l'intimée de verser le montant de CHF 949.80 sur le compte postfinance de sa mère. Ce document n'étant pas signé, on ne saurait considérer qu'il s'agit d'une cession de créance valable en faveur de la recourante.

Ainsi, dans ces circonstances, force est de constater que la recourante et l'assurance ne sont pas réciproquement créancières et débitrices l'une de l'autre au sens de l'art. 120 al. 1 CO. En effet, selon les pièces du dossier, la recourante est la débitrice de l'intimée, qui est elle-même la débitrice de la fille de la recourante et non de la recourante elle-même. L'une des conditions cumulatives de la compensation au sens de l'art. 120 CO n'est ainsi pas remplie.

Cela étant, même si, pour une raison ou une autre, la recourante devait disposer d'une créance à l'encontre de l'intimée, elle n'était quoi qu'il en soit pas en droit de s'abstenir de payer les primes pour les mois d'octobre à décembre 2019 et d'opposer la compensation. En effet, l'art. 125 ch. 3 CO et la jurisprudence y relative prévoient qu'un particulier ne peut éteindre sa dette, par compensation, contre la volonté de son assurance-maladie. Or, l'art. 7.2 des conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal d'ASSURA, en vigueur au 1er janvier 2018 (ci-après : les conditions générales) prévoit expressément que l'assuré ne dispose d'aucun droit de compensation de ses dettes avec ses créances à l'encontre d'Assura. En d'autres termes, l'intimée refuse par principe la compensation.

Au vu de ce qui précède, la recourante reste devoir à l'intimée le montant de CHF 996.- plus intérêts à 5% dès le 1er octobre 2020.

7. a. S'agissant des frais de rappel et de mise en demeure, il y a lieu de se référer à l'art. 105b al. 2 OAMal, qui prévoit que lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré. Selon la jurisprudence, de tels frais, s'ils sont prévus expressément par les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés, doivent être imputables à une faute de l'intéressé. Ainsi, il y a faute de l'assuré, lorsque, par son comportement, il oblige la caisse à lui adresser des rappels pour l'exhorter à payer ses cotisations (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 28/02 du 29 janvier 2003 consid. 5). Le Tribunal fédéral a ainsi confirmé que l'assureur maladie pouvait réclamer le paiement dans une mesure appropriée des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré (ATF 125 V 276).

Les frais susceptibles d'être perçus dans cette hypothèse sont laissés à l'appréciation de l'assureur dans les limites résultant du principe de l'équivalence, selon lequel le montant d'un émolument doit se trouver en adéquation et dans un rapport

raisonnable avec la valeur de la prestation fournie (arrêts du Tribunal fédéral 9C_870/2015 et 9C_874/2015 du 4 février 2016 consid. 4.1; ATAS/663/2017 du 31 juillet 2017).

b. En l'occurrence, l'intimée a notifié à la recourante un rappel puis une mise en demeure (sommation) avant d'introduire une poursuite. Se fondant notamment sur l'art. 6.3 des conditions générales, l'intimée a réclamé, à juste titre, le paiement des frais de rappel et de sommation, ce qui porte le montant dû par l'assurée à ce titre à CHF 40.- (CHF 10.- de frais de rappel, CHF 30.- de frais de sommation).

8. Par ailleurs, conformément à l'art. 68 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP ; RS 281.1), les frais de la poursuite sont à la charge du débiteur.

   Ces frais sont donc également dus par la recourante et suivent le sort de la poursuite, sans qu'il ne soit nécessaire de prononcer la mainlevée de l'opposition à leur égard (cf. ATAS/323/2019 du 15 avril 2019 consid. 8).

9. Partant, c'est à bon droit que l'intimée a prononcé la mainlevée de l'opposition de la recourante au commandement de payer, poursuite n° 2_____, à concurrence de CHF 1'036.-, de sorte que le recours sera rejeté et qu'il sera prononcé la mainlevée définitive de l'opposition audit commandement.

   Par ailleurs, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont en principe pas le droit à une indemnité de dépens (ATF 126 V 149 consid. 4).

   Pour le surplus, la procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer, poursuite n° 2_____, à concurrence de CHF 1'036.-, plus intérêts.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les partisssses de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Julia BARRY	Valérie MONTANI

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