RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3412/2006 **ATAS/312/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 21 mars 2007

En la cause

Monsieur P_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre SEIDLER	recourant

contre

HELSANA, sise Droit Suisse Romande/Tessin, chemin de la Colline 12, LAUSANNE	intimée

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

EN FAIT

1. Monsieur P_____ (ci-après : l'assuré), né le 28 mars 1968, est assuré auprès d'HELSANA (anciennement "LA SUISSE" (ci-après : assureur-accidents) pour les suites d'accidents professionnels et non professionnels, en sa qualité de biochimiste chez X_____.

2. Par déclaration de sinistre du 22 août 2002 à l'assureur-accidents, il a annoncé avoir été blessé à l'œil et à l'arcade sourcilière gauche en recevant un ballon sur l'œil en jouant au football le 14 août 2002. Il n'y a pas eu de perte de connaissance ni d'amnésie circonstancielle et il a pu terminer le match.

3. Dans un rapport initial du 11 septembre 2002, le Dr A_____, interniste aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a diagnostiqué des céphalées post-traumatiques. Les constatations radiologiques du crâne et de la colonne vertébrale du 2 septembre 2002 ne laissaient apparaître aucune lésion traumatique. L'incapacité de travail était totale dès le 19 août 2002.

4. Les 3, 10 et 20 septembre 2002, l'assuré a consulté la Dresse B_____, ophtalmologue, laquelle a constaté un status dans la norme, à l'exception d'une convergence difficile (rapport du 24 novembre 2003).

5. Suite à une consultation requise par l'assuré en raison d'une céphalée quotidienne, le Dr C_____, neurologue, a confirmé, en date du 6 octobre 2002, un syndrome post-traumatique, expliquant la céphalée et corroborée par un électroencéphalogramme révélant une mauvaise spacialisation du tracé et une réactivité de qualité médiocre. Selon l'examen clinique, les nerfs crâniens, de même que le tonus axial et périphérique étaient parfaitement normaux. Le pronostic était, selon lui, en principe extrêmement favorable si l'assuré se reposait encore pendant deux semaines, avec une reprise progressive de son activité professionnelle.

6. Le médecin-traitant de l'assuré, le Dr D_____, a posé le diagnostic de syndrome post-traumatique. Il a confirmé, en date du 12 octobre 2002, une incapacité totale de travail en raison de la persistance des céphalées, de vertiges, d'irritation oculaire et de faiblesse. Le traitement consistait en repos, anti-inflammatoire et physiothérapie.

7. Dans un second rapport médical du 29 novembre 2002, ce médecin a noté la persistance des troubles, tout en relevant une amélioration. Il prévoyait une incapacité de travail limitée à 50% en date du 2 décembre 2002. L'IRM cervicale du 19 novembre 2002 qui lui avait été communiquée se révélait dans les limites de la norme.

8. Le Dr E_____, chiropraticien, a posé à son tour le diagnostic de cervicalgies post-traumatiques, constatant une limitation douloureuse de la mobilité du rachis cervical et une importante contracture musculaire cervicale. Il a indiqué que le traitement était terminé au 5 décembre 2002 (rapport du 5 mai 2003).

9. L'assureur-accidents a diligenté une expertise médicale par le Dr F_____, neurologue. Dans son rapport du 21 janvier 2003, il a diagnostiqué un syndrome subjectif post-traumatique, en rapport de causalité certain avec l'accident du 14 août 2002. L'examen clinique a mis en évidence un discret syndrome cervical avec essentiellement une palpation douloureuse des insertions musculaires sur la ligne occipitale surtout à gauche. L'examen neurologique s'est avéré totalement normal. Le pronostic de l'expert était bon, avec la perspective d'une guérison quasi-totale dans les six mois, le statu quo sine/ante n'étant pas encore atteint. Si l'accident du 14 août 2002 avait causé une aggravation passagère, il était peu probable qu'il en résultât une atteinte à l'intégrité. Cette question devait être néanmoins réexaminée dans les six mois. A son avis, l'assuré pouvait reprendre une activité totale dès fin janvier 2003.

10. Par courrier du 17 février 2003, l'assureur-accidents a informé l'assuré qu'il mettait un terme au versement des indemnités journalières dès le 2 février 2003, dans la mesure où il le considérait comme pleinement apte à travailler dès la fin janvier 2003. Il continuait cependant à prendre en charge les frais médicaux jusqu'au réexamen de la situation.

11. L'assuré a été licencié par son employeur avec effet au 28 février 2003, ce qui a marqué le début d'une période de chômage.

12. Dans un rapport du 12 avril 2003, faisant suite à sa consultation du 13 mars 2003, le Dr D_____ a estimé que l'assuré était guéri.

13. Le 19 janvier 2005, le Dr G_____, du Département des neurosciences cliniques des HUG, a diagnostiqué des mouvements anormaux de la nuque dans un contexte de traumatisme cervical, des céphalées de tension dans le cadre de migraines troubles et de discrets troubles anxieux.

14. Dans un rapport du 28 février 2005, le Dr H_____, neurologue, a diagnostiqué des cervicalgies post-traumatiques et des mouvements anormaux de la nuque (tics) avec un possible élément dystonique et a proposé une physiothérapie. L'examen neurologique était parfaitement normal.

15. Le 11 mai 2005, le Dr G_____ a constaté une nette diminution des mouvements anormaux de la nuque grâce à la physiothérapie, mais la persistance d'une discrète myogélose du trapèze droit. Il notait une recrudescence des mouvements de négation de la nuque lors de fatigue, de stress, de moments d'émotion ou de concentration intense.

16. L'assureur-accidents a diligenté une nouvelle expertise, confiée au Dr I_____, neurologue, lequel a rendu son rapport le 14 juin 2005. L'expert a diagnostiqué des contractures musculaires paravertébrales cervicales et des céphalées de tension. Il a estimé que les mouvements anormaux de la nuque étaient volontaires et ne relevaient pas d'une maladie dystonique. Il a exclu la présence d'une atteinte séquellaire, notamment une lésion de structure neurologique sous-jacente, en particulier dans les structures très profondes au niveau des noyaux gris de la base, par le fait qu'il n'y avait pas eu de commotion ou d'amnésie circonstancielle. Les plaintes du recourant (cervicalgies irradiant à la base du crâne dans les régions temporales) étaient, selon lui, engendrés par un stress considérable lié à une situation personnelle, familiale et professionnelle très difficile. Il a considéré que la relation de causalité naturelle avec l'accident devait être arrêtée à la date de la réception de son expertise. Il a nié que l'accident puisse entraîner une atteinte durable et importante à l'intégrité physique ou mentale de l'assuré.

17. Par décision du 29 juillet 2005, l'assureur-accidents a mis un terme à la prise en charge des frais médicaux dès le 18 juin 2005, au motif qu'il n'y avait pas de lien de causalité naturelle entre les contractures musculaires et les limitations de la mobilité de la colonne cervicale constatées par les médecins et l'accident du 14 août 2002. L'assureur-accidents a cependant accepté de prendre en charge ces frais jusqu'à la date de réception de l'expertise.

18. Par courrier du 6 septembre 2005, l'assuré a fait opposition à cette décision, estimant que les atteintes encore présentes à sa santé découlaient exclusivement de l'accident du 14 août 2002.

19. Il a complété son opposition en date du 9 novembre 2005, par l'intermédiaire de son conseil, regrettant que l'expert mandaté par l'assureur-accidents n'ait pas posé le diagnostic du "coup du lapin", lequel ressortait à l'évidence du dossier médical et ne permettait pas à sa partie adverse de mettre un terme à ses prestations. Il a proposé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

20. Par décision du 19 juin 2006, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition, constatant que les deux expertises qu'il avait diligentées les 21 janvier 2003 et 14 juin 2005 revêtaient pleine valeur probante. Il a exposé que le diagnostic de "coup du lapin" n'avait jamais été posé par les médecins, en particulier les médecins-traitants de l'assuré. En outre, le dossier médical ne mettait pas évidence que les cervicalgies ussent apparues dans les 72 heures après l'accident, exigence jurisprudentielle nécessaire pour admettre un lien de causalité naturelle avec ce dernier. Enfin, la réapparition de douleurs en cas d'atteinte à la santé stationnaire ne pouvait être considérée comme une rechute selon la jurisprudence et les soucis de l'assuré n'étaient nullement du ressort de l'assurance-accidents. L'assureur-accidents a ainsi refusé d'entrer en matière sur une nouvelle expertise pluridisciplinaire, en raison de

sa conviction que d'autres mesures probatoires ne seraient pas en mesure de modifier son appréciation.

21. Par acte adressé au Tribunal de céans en date du 19 septembre 2006, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à la condamnation de l'intimée à lui verser les prestations légales découlant de la loi sur l'assurance-accidents, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimée pour la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Le recourant considère en substance que l'expertise du 14 juin 2005 n'a pas valeur probante, dans la mesure où l'avis de l'expert, selon lequel des facteurs étrangers seraient à l'origine de ses plaintes, serait contredit par le dossier médical et relèverait d'un psychiatre et non d'un neurologue. Il estime que les atteintes à sa santé sont ainsi en lien de causalité naturelle avec l'accident de 2002.

22. Par réponse du 17 octobre 2006, l'intimée conclut au rejet du recours. Il estime que le recourant n'a pas apporté la preuve du lien de causalité naturelle entre la rechute alléguée en 2005 et l'accident. Il répète qu'une nouvelle expertise est inutile au vu du dossier, notamment une expertise psychiatrique, constatations des experts neurologues étant suffisantes en regard des problèmes à résoudre.

23. Dans sa réplique du 4 janvier 2007, le recourant s'est contenté de confirmer ses conclusions, sans argumentation supplémentaire.

24. 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 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 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (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 antérieures au 1er janvier 2007, portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA), dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2006.

   En outre, l'art. 89C de la loi cantonale genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA), applicable sans réserve à la procédure de recours formé devant le Tribunal de céans contre des décisions sur opposition portant sur des prestations de l'assurance-accidents (ATF 130 V 320 consid. 2.1), prévoit la suspension des délais fixés aussi bien en mois qu'en jours, notamment du 15 juillet au 15 août inclusivement.

   Interjeté dans la forme prescrite le 19 septembre 2006 contre la décision sur opposition du 19 juin 2006, soit dans le délai légal, le présent recours est recevable.

4. Est ligieuse la question du diagnostic, d'une part, et l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les atteintes à la santé invoquées par le recourant dès le 18 juin 2005 et l'accident du 14 août 2002, d'autre part.

5. Il n'est pas contesté en l'espèce que l'événement du 14 août 2002 est un accident non professionnel au sens de l'art. 4 LPGA, de sorte que l'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations (art. 6 al. 1 LAA), à condition qu'il y ait notamment un rapport de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé et l'accident.

6. L'exigence d'un tel rapport entre un accident assuré et une atteinte à la santé est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141).

Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. La plupart des éventualités assurées supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit des assurés à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches des médecins, par exemple lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage.

   Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées.

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Par ailleurs, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Enfin, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

8. En l'espèce, les expertises requises par l'intimée revêtent pleine valeur probante, dans la mesure où elles se fondent sur des examens complets, comportent une étude fouillée des points litigieux importants, prennent clairement en considération les plaintes exprimées, ont été établies en pleine connaissance du dossier et présentent des conclusions bien motivées.

9. En ce qui concerne les diagnostics des experts, aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé et de retenir celui de "coup du lapin", contrairement à ce que soutient le recourant. Non seulement ces diagnostics reposent sur des expertises ayant pleine valeur probante, mais ils concordent dans leur substance avec ceux posés par les différents praticiens consultés par le recourant, y compris son médecin-traitant.

   Les diagnostics couvrant la première période, jusqu'en mai 2003, mettent en évidence des céphalées post-traumatiques (rapport du Dr A_____ du 11 septembre 2002), un syndrome post-traumatique (Dr C_____ le 6 octobre 2002, Dr D_____ le 12 octobre 2002 et l'expert F_____ le 21 janvier 2003), une contusion faciale (Dr C_____ le 6 octobre 2002 et le 12 avril 2003) et une cervicalgie post-traumatique (Dr E_____ le 5 mai 2003).

Ceux se rapportant au second épisode des plaintes du recourant, dès janvier 2005, consistent en mouvements anormaux de la nuque et céphalées (Dr G_____ le 26 janvier 2005; Dr H_____ le 1er février 2005). Le Dr G_____ a précisé le caractère tensionnel des céphalées et a noté une nette amélioration des mouvements de la nuque dans son rapport du 11 mai 2005. L'expert J_____ a également retenu comme diagnostic des céphalées tensionnelles en sus de contractures musculaires paravertébrales cervicales, mais a écarté celui de mouvements anormaux de la nuque d'origine dystonique, constatant qu'il s'agissait de mouvements volontaires et non stéréotypés, que le recourant était capable de bloquer volontairement (expertise du 14 juin 2005).

Il apparaît certes des différents rapports médicaux pour la période d'août 2002 à avril 2003 que le recourant a ressenti des vertiges, des nausées et des céphalées, voire de la fatigue, également peu après l'impact du ballon. Cependant, même si de tels signes accompagnent également le diagnostic de "coup du lapin", ils ne sont pas suffisants en tant que tels pour admettre ce diagnostic, alors qu'aucun médecin consulté, expert ou non, ne l'a posé. A cet égard, il convient de relever que les médecins n'ont pas constaté de traumatisme crâno-cervical, de déficit neurologique secondaire, de perte de conscience ou d'amnésie circonstancielle. En présence de diagnostics concordants et en l'absence de toute nouvelle pièce médicale au dossier, il n'y a pas matière à écarter les diagnostics posés par les experts, en particulier celui du Dr J_____, en application des principes jurisprudentiels (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et ATF 119 V 337 ss consid. 1, 117 V 360 ss consid. 4b).

10. Il reste à examiner si c'est à juste titre que l'intimé, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr J_____, a dénié l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident d'août 2002 et les atteintes à la santé du recourant constatées dès janvier 2005.

    L'expert J_____ a estimé que tant les mouvements anormaux de la nuque, pour lesquels l'origine d'une maladie dystonique était exclue, que les céphalées de tension du recourant étaient la manifestation d'un stress considérable liés à des conditions de vie difficiles (avenir professionnel, intégration de son épouse au mode de vie suisse, éducation de son enfant notamment). Il n'y a pas, à son avis, d'évidence d'une atteinte séquellaire de l'accident de janvier 2002, compte tenu de l'absence de déficit radiculaire associés, de fractures visualisées par examens radiologiques ou IRM, ou de déficit neurologique secondaire. Il a également exclu toute possibilité de lésion de structures neurologiques sous jacentes, notamment très profondes au niveau des noyaux gris de la base, en raison du caractère bénin du traumatisme, de l'absence de commotion ou d'amnésie circonstancielle. Il s'est également référé au constat de guérison posé par le médecin-traitant du recourant en avril 2003 et à la période sans plaintes du recourant qui s'en est suivie jusqu'en janvier 2005 pour confirmer l'inexistence de lésions traumatiques persistantes au jour de l'expertise. Il a fixé à la date de la réception de son expertise l'interruption

d'un lien de causalité naturelle entre les atteintes constatées et le traumatisme crânien simple d'août 2002.

Cette expertise présente pleine valeur probante et n'entre pas en contradiction sur les points essentiels avec un quelconque autre avis médical produit dans la procédure. L'expert a mis en évidence avec clareté les différents éléments qui permettent de considérer que ces affections ne sont plus liées à l'accident d'août 2002. La simple émergence chez le recourant des mouvements anormaux de la nuque et des céphalées de tension en janvier 2005 postérieurement à l'accident ne suffit en effet pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident, en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le fait que l'expert ait retenu comme date du "statu quo sine" celle de l'expertise ne change rien à ce raisonnement. Cette date apparaît même favorable au recourant dans la mesure où son médecin-traitant avait constaté sa guérison en avril 2003 déjà.

11. En l'absence de causalité naturelle, il n'y a au surplus pas lieu d'examiner la question d'une rechute ou d'une séquelle.

12. Vu ce qui précède, et compte tenu du principe même de la causalité naturelle reposant sur la règle du degré de vraisemblance, la demande de renvoi formulée par le recourant en vue d'une expertise multidisciplinaire ne peut qu'être refusée.

13. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations au 18 juin 2005. Le recours, mal fondé, sera par conséquent 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 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 — La Présidente :

Claire CHAVANNES — Maya CRAMER

Sandrine TORNARE

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