

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3566/2025

ATAS/1030/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 18 décembre 2025**

**Chambre 5**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

représenté par Me Mevlon ALIU, avocat

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN  
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

---

**EN FAIT**

- A.**    **a.** A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en \_\_\_\_\_ 1996, plombier, est tombé d'une échelle pendant des travaux, le 18 décembre 2023 et a ressenti des douleurs au dos.
- b.** Son employeur a déclaré le sinistre à la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA), qui a accepté de prester.
- B.**    **a.** Par décision du 6 juin 2024, la SUVA a mis fin au paiement des indemnités journalières au motif qu'à compter du 23 juin 2024, une incapacité de travail pour les seules suites de l'accident du 18 décembre 2023 n'était plus justifiée.
- b.** Faute d'opposition, la décision du 6 juin 2024 est entrée en force.
- c.** En dépit de sa décision, la SUVA a continué à verser les indemnités journalières et ce n'est qu'au mois de mars 2025 qu'elle a constaté son erreur.
- C.**    **a.** Par décision du 13 mars 2025, la SUVA a demandé à l'assuré la restitution des indemnités journalières versées à tort, pour la période allant du 24 juin 2024 au 28 février 2025, à savoir CHF 18'388.50. La décision indiquait la possibilité de demander la remise si l'assuré était de bonne foi et se trouvait dans une situation financière difficile.
- b.** L'assuré a réagi en prenant contact téléphoniquement avec une collaboratrice de la SUVA le 17 mars 2025, en expliquant qu'il n'était pas d'accord de rembourser car la SUVA avait fait une erreur et que de toute façon il n'avait pas d'argent pour payer les factures de mars 2025 ; il a informé la SUVA qu'il allait consulter un avocat pour faire opposition.
- c.** Par courrier de son conseil du 11 avril 2025, l'assuré s'est opposé à la décision du 13 mars 2025 au motif qu'il percevait un revenu modeste et qu'une telle restitution compromettrait gravement son équilibre financier. De surcroît, il croyait de bonne foi que la SUVA avait continué à verser ses prestations car elle avait réévalué ou rectifié le cas. Il avait agi sans intention dolosive et s'était retrouvé dans une position d'ignorance excusable, qui était renforcée par le comportement de la SUVA ; au regard du principe de proportionnalité la demande de restitution était inopportune et devait être abandonnée.
- d.** Par complément d'opposition du 27 mai 2025, l'assuré a répété qu'il était de bonne foi et que la poursuite des paiements par la SUVA avait entretenu sa conviction que son dossier avait été réévalué. Il joignait, en annexe, la fiche de salaire du mois d'avril 2025 qui démontrait qu'il percevait un revenu mensuel modeste de CHF 3'899.85, avec des charges importantes et qu'un remboursement le placerait dans une situation de grande précarité. Il ajoutait avoir repris le travail dès le 1<sup>er</sup> avril 2025, raison pour laquelle il était toujours en incapacité de travail

durant le mois de mars 2025 et devait bénéficier, à ce titre, des indemnités journalières afférentes à cette période.

- D.**
- a.** Par décision du 23 juin 2025, la SUVA a refusé la demande de remise de l'obligation de rembourser, au motif que la condition de la bonne foi n'était pas remplie, dès lors que l'assuré n'avait pas spontanément réagi auprès de la SUVA pour s'informer des raisons pour lesquelles les indemnités journalières continuaient d'être versées.
  - b.** En date du 25 août 2025, le conseil de l'assuré a formé opposition contre la décision du 23 juin 2025, au motif qu'il n'avait adopté aucun comportement frauduleux mais uniquement une prétendue négligence, pensant de bonne foi qu'à la suite du certificat médical du 21 juin 2024, la SUVA avait réévalué son cas.
  - c.** Par décision sur opposition du 9 septembre 2025, la SUVA a rejeté l'opposition et confirmé sa précédente décision du 23 juin 2025 de refus d'accorder la remise.
- E.**
- a.** Par acte de son conseil, interjeté le 10 novembre 2025, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 9 septembre 2025, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il a conclu à l'annulation de la décision, pour les motifs déjà exposés dans sa précédente opposition.
  - b.** Par réponse du 10 novembre 2025, la SUVA a conclu au rejet du recours au motif que le certificat médical du 21 juin 2024 ne valait pas opposition à la décision du 23 juin 2025 mais continuait simplement à certifier une incapacité de travail, au même titre que les certificats médicaux d'incapacité de travail précédents et suivants.
  - c.** Par réplique du 4 décembre 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions, faisant notamment valoir que le comportement de la SUVA avait été objectivement de nature à conforter la conviction du recourant que sa situation avait été régularisée et que le dossier restait actif.
  - d.** Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.
  - e.** Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

**1.2** Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 23 juin 2025, par laquelle l'intimée a refusé d'accorder au recourant la remise de l'obligation de restituer un montant de CHF 18'388.50.- à titre d'indemnités journalières indûment versées entre le 24 juin 2024 et le 28 février 2025.
3. Selon l'art. 25 al. 1 1<sup>re</sup> phrase LPGA, en relation avec l'art. 2 al. 1 let. a de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA ; RS 830.11), les prestations indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire ou par ses héritiers.

L'art. 3 al. 1 OPGA prévoit que l'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision.

**3.1** L'obligation de restituer suppose que soient remplies les conditions d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) de la décision - formelle ou non - par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 142 V 259 consid. 3.2 et les références ; 138 V 426 consid. 5.2.1 ; 130 V 318 consid. 5.2).

À cet égard, la jurisprudence constante distingue la révision d'une décision entrée en force formelle, à laquelle l'administration est tenue de procéder lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 129 V 200 consid. 1.1 ; 127 V 466 consid. 2c et les références), de la reconsidération d'une décision formellement passée en force de chose décidée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à laquelle l'administration peut procéder pour autant que la décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Ainsi, par le biais d'une reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit (ATF 147 V 167 consid. 4.2 et la référence).

**3.2** Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est manifestement erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération. L'exigence du caractère manifestement erroné de la décision est en règle générale réalisée lorsque le droit à des prestations d'assurance a été admis en application des fausses bases légales ou que les normes déterminantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière

incorrecte (ATF 147 V 167 consid. 4.2 et les références). La condition de l'erreur est en outre réalisée lorsque la décision a été rendue sur la base d'un état de fait incomplet établi en violation de la maxime inquisitoire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_277/2020 du 17 août 2020 consid. 4.1). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies. Selon la jurisprudence, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné. Ces principes sont aussi applicables lorsque des prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle et que leur versement, néanmoins, a acquis force de chose décidée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_424/2019 du 3 juin 2020 consid. 5.1 et les références).

La reconsidération d'une décision entrée en force est possible en tout temps, même plus de dix ans après son prononcé (ATF 149 V 91 consid. 7.7 ; 140 V 514 consid. 3), de sorte que si les conditions d'une reconsidération sont remplies, seuls les délais de péremption prescrits par l'art. 25 al. 2 LPGA doivent être examinés (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_256/2024 du 14 octobre 2024 consid. 6.2).

**3.3** En vertu de l'art. 25 al. 2 1<sup>re</sup> phrase LPGA, le droit de demander la restitution s'éteint trois ans après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation.

Les délais de l'art. 25 al. 2 LPGA sont des délais (relatif et absolu) de péremption, qui doivent être examinés d'office (ATF 146 V 217 consid. 2.1 et les références ; 142 V 20 consid. 3.2.2 et les références). Contrairement à la prescription, la péremption prévue à l'art. 25 al. 2 LPGA ne peut être ni suspendue, ni interrompue et lorsque s'accomplit l'acte conservatoire que prescrit la loi, comme la prise d'une décision (ATF 119 V 431 consid. 3c), le délai se trouve sauvegardé une fois pour toutes (ATF 138 V 74 consid. 5.2 et les références). En tant qu'il s'agit de délais de péremption, l'administration est déchue de son droit si elle n'a pas agi dans les délais requis (ATF 134 V 353 consid. 3.1 et les références).

Le délai de péremption absolu de cinq ans commence à courir à la date du versement effectif de la prestation, et non à la date à laquelle elle aurait dû être fournie (ATF 112 V 180 consid. 4a et les références).

Le délai de péremption relatif commence à courir dès le moment où l'administration aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle (ATF 148 V 217 consid. 5.1.1 et les références ; 140 V 521 consid. 2.1 et les références ; 139 V 6 consid. 4.1 et les références). Cette jurisprudence vise un double but, à savoir obliger l'administration à faire preuve de diligence, d'une part, et protéger l'assuré au cas où celle-ci manquerait à ce devoir de diligence, d'autre part (ATF 124 V 380 consid. 1). L'administration doit disposer de tous les éléments qui sont décisifs dans le cas concret et dont la connaissance fonde - quant à son principe et à son étendue - la créance en restitution à l'encontre de la personne tenue à restitution (ATF 148 V 217 consid. 5.1.1 et 5.2.1 et les références ; 146 V 217 consid. 2.1 et les références ; 140 V 521 consid. 2.1 et les références). Si l'administration dispose d'indices laissant supposer l'existence d'une créance en restitution, mais que les éléments disponibles ne suffisent pas encore à en établir le bien-fondé, elle doit procéder, dans un délai raisonnable, aux investigations nécessaires (ATF 133 V 579 consid. 5.1 non publié). À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a considéré dans le cas de la modification des bases de calcul d'une rente par une caisse de compensation à la suite d'un divorce qu'un délai d'un mois pour rassembler les comptes individuels de l'épouse était largement suffisant (SVR 2004 IV n. 41, consid. 4.3). À défaut de mise en œuvre des investigations, le début du délai de péremption doit être fixé au moment où l'administration aurait été en mesure de rendre une décision de restitution si elle avait fait preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle (ATF 148 V 217 consid. 5.2.2 et les références). En revanche, lorsqu'il résulte d'ores et déjà des éléments au dossier que les prestations en question ont été versées indûment, le délai de péremption commence à courir sans qu'il y ait lieu d'accorder à l'administration du temps pour procéder à des investigations supplémentaires (ATF 148 V 217 consid. 5.2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_754/2020 du 11 juin 2021 consid. 5.2 et les références).

En l'espèce, l'intimée a réagi par décision du 13 mars 2025, soit moins d'une année après avoir continué, par erreur, à verser des indemnités journalières au-delà du 23 juin 2024, de sorte que le délai de péremption relatif ou absolu est sauvegardé.

4. Selon l'art. 25 al. 1 2<sup>e</sup> phrase LPGA, la restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile.

En vertu de l'art. 3 OPGA, l'assureur est tenu d'indiquer la possibilité d'une remise dans la décision de restitution (al. 2). L'assureur décide dans sa décision de renoncer à la restitution lorsqu'il est manifeste que les conditions d'une remise sont réunies (al. 3).

L'art. 4 OPGA précise que la restitution entière ou partielle des prestations allouées indûment, mais reçues de bonne foi, ne peut être exigée si l'intéressé se trouve dans une situation difficile (al. 1). Est déterminant, pour apprécier s'il y a

une situation difficile, le moment où la décision de restitution est exécutoire (al. 2). La demande de remise doit être présentée par écrit. Elle doit être motivée, accompagnée des pièces nécessaires et déposée au plus tard 30 jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution (al. 4). La remise fait l'objet d'une décision (al. 5).

Dans la mesure où la demande de remise ne peut être traitée sur le fond que si la décision de restitution est entrée en force, la remise et son étendue font l'objet d'une procédure distincte (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_118/2022 du 9 août 2022 consid. 4.3.2 et la référence). Intrinsèquement, une remise de l'obligation de restituer n'a de sens que pour la personne tenue à restitution (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_211/2009 du 26 février 2010 consid. 3.1).

5. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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. En l'espèce, le recourant invoque sa bonne foi et soutient qu'en raison de l'attitude de la SUVA, il était conforté dans l'idée qu'il avait droit aux prestations versées indûment par cette dernière.

L'intimée, de son côté, considère qu'en l'absence de décision révoquant celle du 23 juin 2024 qui mettait fin aux prestations, l'assuré ne pouvait pas prétendre, de bonne foi, qu'il ignorait ne plus avoir droit au paiement des indemnités journalières.

**6.1** Savoir si la condition de la bonne foi, présumée en règle générale (art. 3 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 - CC - RS 210) est réalisée, doit être examiné dans chaque cas à la lumière des circonstances concrètes (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_269/2009 du 13 novembre 2009 consid. 5.2.1). La condition de la bonne foi doit être remplie dans la période où l'assuré concerné a reçu les prestations indues dont la restitution est exigée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_766/2007 du 17 avril 2008 consid. 4.1 et les références).

La jurisprudence constante considère que l'ignorance, par le bénéficiaire, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations ne suffit pas pour admettre qu'il était de bonne foi. Il faut bien plutôt qu'il ne se soit rendu coupable, non seulement d'aucune intention malicieuse, mais aussi d'aucune négligence grave. Il s'ensuit que la bonne foi, en tant que condition de la remise, est exclue d'emblée lorsque les faits qui conduisent à l'obligation de restituer (violation du devoir d'annoncer

ou de renseigner) sont imputables à un comportement dolosif ou à une négligence grave. En revanche, l'assuré peut invoquer sa bonne foi lorsque l'acte ou l'omission fautifs ne constituent qu'une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner (ATF 138 V 218 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_640/2023 du 19 avril 2024 consid. 5.2).

On parlera de négligence grave lorsque l'ayant droit ne se conforme pas à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances (ATF 110 V 176 consid. 3d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_640/2023 du 19 avril 2024 consid. 5.2). La mesure de l'attention nécessaire qui peut être exigée doit être jugée selon des critères objectifs, où l'on ne peut occulter ce qui est possible et raisonnable dans la subjectivité de la personne concernée (faculté de jugement, état de santé, niveau de formation, etc. ; ATF 138 V 218 consid. 4). Il faut ainsi en particulier examiner si, en faisant preuve de la vigilance exigible, l'assuré aurait pu constater que les versements ne reposaient pas sur une base juridique. Il n'est pas demandé à un bénéficiaire de prestations de connaître dans leurs moindres détails les règles légales. En revanche, il est exigible de lui qu'il vérifie les éléments pris en compte par l'administration pour calculer son droit aux prestations. On peut attendre d'un assuré qu'il décèle des erreurs manifestes et qu'il en fasse l'annonce (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_498/2012 du 7 mars 2013 consid. 4.2). On ajoutera que la bonne foi doit être niée quand l'enrichi pouvait, au moment du versement, s'attendre à son obligation de restituer, parce qu'il savait ou devait savoir, en faisant preuve de l'attention requise, que la prestation était induue (art. 3 al. 2 CC ; ATF 130 V 414 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_319/2013 du 27 octobre 2013 consid. 2.2).

**6.2** Il ressort du courriel du 19 janvier 2024 adressé par l'employeur à la SUVA et de la note téléphonique entre l'employeur et la SUVA, du 22 mars 2024, que le recourant percevait directement les indemnités journalières sur son compte bancaire.

Le recourant invoque qu'il pensait, après avoir envoyé le certificat médical de son médecin traitant, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, daté du 21 juin 2024 indiquant l'état de santé « avec cervicalgie, [l'assuré] pourrait essayer une reprise de travail à 50% dès le lundi 24 juin 2024 » que ledit certificat valait opposition à la décision de fin de prestations, ce qui expliquerait, selon lui, qu'il n'a pas entrepris d'autres démarches.

Or, en l'absence de réaction de la SUVA, il pouvait difficilement postuler que le simple envoi d'un certificat d'incapacité de travail valait opposition, ce d'autant moins que, comme le relève l'intimée, le recourant avait déjà envoyé, à plusieurs reprises, des certificats médicaux d'incapacité de travail, signés par le même médecin.

Ce n'est qu'au mois de janvier 2025, alors qu'elle poursuivait, par erreur, le paiement des indemnités journalières, que la SUVA s'est adressée au Dr B\_\_\_\_\_ pour connaître l'évolution du patient. Le recourant allègue que cette demande de la SUVA confirmait qu'il avait droit aux prestations.

**6.3** Au vu du délai écoulé entre l'envoi du certificat médical du 21 juin 2024 et le courrier du 16 janvier 2025 adressé par la SUVA à son médecin traitant, soit six mois, le recourant peut difficilement justifier les raisons pour lesquelles il n'a pas réagi pendant ce laps de temps, alors qu'il percevait toujours les indemnités journalières et qu'aucune communication de la SUVA ne lui avait été adressée, qui l'aurait raisonnablement conforté dans l'idée qu'il avait droit aux prestations.

Au contraire, au vu du texte de la décision du 6 juin 2024, qui indique clairement qu'il est « mis fin au versement des indemnités journalières à compter du 23 juin 2024 au soir et à la prise en charge des frais de traitement » et que toute opposition doit être motivée, formulée par écrit et signée, le recourant ne pouvait pas ignorer qu'il n'avait plus droit aux indemnités journalières dès le mois de juillet 2024, pas plus qu'il ne pouvait prétendre que le simple envoi de la copie du certificat médical du 21 juin 2024 valait opposition à ladite décision.

La passivité du recourant, dès le mois de juillet 2024, contraste avec sa réaction du 13 mars 2025, dès après la réception de la décision de remboursement de l'indu du 13 mars 2025, puis son action du 17 mars 2025, lorsqu'il a téléphoné à la SUVA pour expliquer qu'il n'était pas d'accord de rembourser l'intimée en raison de l'erreur de cette dernière et que de toute façon il n'avait pas d'argent pour payer les factures de mars 2025 et allait consulter un avocat.

Si le recourant avait véritablement été dans l'ignorance non fautive du fait qu'il n'avait plus droit aux prestations, il se serait prioritairement enquis des raisons pour lesquelles l'intimée n'avait pas tenu compte de sa prétendue opposition ou des raisons médicales qui, selon lui, justifiaient la continuation du paiement des indemnités journalières. Au lieu de cela, le recourant a simplement indiqué à l'intimée qu'il refusait de la rembourser, en raison de l'erreur commise par cette dernière.

**6.4** Il résulte de ce qui précède que la bonne foi doit être niée, dès lors que le recourant pouvait, au moment du versement des indemnités journalières après le 23 juin 2024, s'attendre à son obligation de restituer, parce qu'il savait ou devait savoir, en faisant preuve de l'attention requise, que la prestation était indue (art. 3 al. 2 CC ; ATF 130 V 414 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_319/2013 du 27 octobre 2013 consid. 2.2).

## 7.

**7.1** A l'aune de ces éléments, le recours sera rejeté.

**7.2** Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À 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 - RS 173.110) ; 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

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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