RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3734/2020 **ATAS/532/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 mai 2021

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Mme B_____, _____, à GENEVE	recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, LUZERN	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges assesseures

EN FAIT

1. Le 23 octobre 2009, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) a été victime d'un accident. Une vitre qu'il déposait dans une benne s'est brisée et l'a heurté à la tête et à l'avant-bras. L'assuré a subi un traumatisme crânien, avec plaie temporale droite et paralysie de l'hémi-front droit, plaies au radium et à l'avant-bras droit.

2. Le 26 octobre 2009, l'assuré a subi une intervention chirurgicale aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : les HUG), soit une réparation de la branche frontale du nerf facial.

3. Le 27 janvier 2010, le docteur C_____, psychiatre-psychothérapeute, a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Selon l'avis de la doctoresse D_____, à Ferney-Voltaire (du 9 février 2010) l'assuré a présenté des céphalées, troubles de la concentration et insomnies.

4. Le 2 mars 2010, le docteur E_____, FMH chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu une appréciation après un examen de l'assuré. Celui-ci se plaignait de céphalées temporales dites péri-cicatricielles, de trouble de la mémoire et de la concentration, de tendance à s'isoler, d'irritabilité, de difficulté à supporter le regard des autres, d'aggravation de la diminution de l'ouïe à droite et d'acouphènes. Il a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive. Les troubles psychiatriques étaient peu importants. Un examen névralgique avec EMG était nécessaire.

5. A la demande de la SUVA, le docteur F_____, FMH neurologie, a rendu un rapport d'expertise le 12 avril 2010. L'évolution de l'atteinte de la branche supérieure du nerf frontal droit, avec actuellement plissement partiel du front, était favorable. L'assuré signalait en outre une hypoesthésie tactile et douloureuse frontale et hémicrânienne droite et l'on observait une surdité importante de l'oreille droite. Pour le reste, l'examen clinique était sans anomalie significative hormis une plaie temporale droite calme ainsi qu'une plaie dorsale calme au poignet droit sans lésion associée de la branche superficielle du nerf radial. L'examen clinique avait été complété par un ENMG qui confirmait l'impression clinique montrant des signes de réinnervation importants dans le frontal droit avec également une bonne réponse à la stimulation pré-auriculaire du nerf facial. En conclusion, il ne faisait bien entendu aucun doute que l'assuré avait été victime lors de l'accident du 23 octobre 2009 d'une atteinte de la branche supérieure du nerf facial droit, actuellement en bonne voie de récupération. L'assuré avait également été victime d'une plaie superficielle au niveau du poignet droit sans lésion neurologique associée et d'évolution également favorable. S'agissant des troubles de la mémoire et de la concentration dont se plaignait encore actuellement l'assuré, en l'absence de toute notion de traumatisme crânio-cérébral, il était peu probable qu'il s'agisse là d'un syndrome post-commotionnel ou d'une autre conséquence somatique du traumatisme du 23 octobre 2009. En ce qui concernait les troubles sensitifs constatés encore actuellement au niveau fronto-hémicrânien droit, compte tenu de

la localisation de la plaie (temporale), il était également peu probable qu'il s'agisse de troubles connaissant un substrat somatique étant donné que l'innervation de la région par le nerf trijumeau ne passait pas au niveau de la cicatrice. Sur le plan strictement neurologique, il n'y avait d'autres mesures à proposer que la poursuite du traitement actuellement en cours. L'évolution de l'atteinte motrice frontale droite devrait se poursuivre favorablement et ne représentait déjà actuellement pas une cause d'handicap fonctionnel et professionnel significatif. S'agissant de la surdité droite, là encore, il était extrêmement peu vraisemblable que l'accident du 23 octobre 2009 ait pu, sur un plan objectif, aggraver cette surdité. Néanmoins, l'avis d'un ORL pourrait être d'un certain apport. Les troubles de la mémoire et de la concentration étant vraisemblablement d'origine subjective et non somatique, le Dr F_____ ne pensait pas qu'il y ait lieu d'envisager un bilan neuropsychologique détaillé, du moins dans l'immédiat. La capacité de travail était totale.

6. Le 28 mai 2010, le docteur G_____, médecin adjoint à l'unité d'otoneurologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), a rendu un rapport d'expertise indiquant une surdité de transmission droite sévère ancienne, sans évidence qu'elle ait été aggravée par l'accident.

7. Le 10 août 2020, le Dr E_____ a rendu un rapport après examen de l'assuré. Celui-ci se plaignait de perte de mobilité de son front, avec sensibilité altérée et de maux de tête fréquents. Il présentait une angoisse diffuse et un trouble de la personnalité légèrement décompensé ; il se sentait victime et rejeté. Sa capacité de travail était totale dès le 1er septembre 2010.

8. Le 3 septembre 2010, la SUVA a mis fin au versement des prestations d'assurance.

9. En octobre 2010, l'assuré a annoncé une rechute à la SUVA, la Dresse D_____ a indiqué le 7 décembre 2010 la présence d'insomnies et de troubles de la concentration suite au traumatisme crânien.

10. A la demande de la SUVA, le Dr F_____ a rendu un rapport d'expertise le 14 décembre 2010. L'assuré se plaignait de céphalées, de vertiges, de points lumineux devant les yeux, de trouble de la mémoire et de la concentration, d'irritabilité, de nervosité, d'un manque de moral et de confiance en lui. L'évolution était favorable, avec un EEG normal ; les céphalées étaient tensionnelles ; les troubles de la mémoire et de la concentration, les modifications de l'humeur et du comportement relevaient des troubles anxiogènes liés à la personnalité de l'assuré. La capacité de travail était totale.

11. Par décision du 5 janvier 2011, la SUVA a considéré que l'évènement accidentel était tout au plus de gravité moyenne. Les suites de l'accident n'étaient plus en lien de causalité avec celui-ci. Le cas était clôturé au 31 août 2010 et aucune prestation n'était due concernant la rechute.

12. Le 24 janvier 2011, l'assuré a requis une expertise psychiatrique par la SUVA.

13. Le 2 février 2011, l'assuré a fait opposition à la décision de la SUVA du 5 janvier 2011. Il présentait d'importants maux de tête dus au traumatisme crânien ; l'arcade droite de son visage n'avait pas retrouvé de motricité et il avait aussi des séquelles psychologiques de l'accident.

14. Par décision du 21 février 2011, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Les maux de tête n'avaient pas de substrat organique et la surdité était d'origine maladive. Seule l'atteinte du nerf facial, qui ne justifiait aucun arrêt de travail, était en lien avec l'accident. Quant aux troubles psychiatriques, la causalité adéquate entre ceux-ci et l'accident devait être exclue.

15. Le 25 février 2011, le Dr E_____ a fixé une IPAI de 12,5 %, laquelle a été allouée à l'assuré par décision de la SUVA du 14 mars 2011.

16. Le 7 juillet 2020, l'assuré a annoncé à la SUVA une rechute.

17. Selon une note téléphonique de la SUVA avec l'assuré du 10 juillet 2020, celui-ci a indiqué qu'il avait toujours eu des maux de tête depuis l'accident, une vision qui baissait et une surdité de l'oreille droite. Il n'avait pas d'employeur ; il souhaitait reprendre les soins.

18. Par décision du 22 juillet 2020, la SUVA a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération.

19. Le 28 juillet 2020, l'assuré a fait opposition à cette décision, en faisant valoir que l'accident lui avait causé de grave séquelles, qu'il avait encore plus de migraines et craignait un AVC compte tenu de tous les anticoagulants qu'il avait dû prendre ; sa vue avait beaucoup baissé ; il avait de l'acouphène en plus de sa surdité à droite. La décision de la SUVA était injuste.

20. Une notice téléphonique de la SUVA du 30 juillet 2020 avec l'assuré mentionne que celui-ci est informé qu'un refus de prise en charge de la rechute pourrait lui être notifié car il n'avait amené aucune preuve d'un nouveau traitement de lésion. Il lui était conseillé, en l'absence de revenu et d'assurance, de s'adresser aux services sociaux de sa commune pour pouvoir se soigner ; il était convenu qu'aucune décision ne serait rendue en l'état.

21. Le 7 août 2020, l'assuré a requis par téléphone une décision formelle de la part de la SUVA.

22. Par décision du 11 août 2020, la SUVA a refusé de prendre en charge la rechute annoncée, en l'absence de causalité entre l'accident et les troubles évoqués.

23. Le 17 août 2020, l'assuré a fait opposition à cette décision, en faisant valoir que la vision de son œil droit avait baissé, son visage avait été modifié, l'opération du nerf facial ayant été un échec, et il avait des acouphènes ; il souhaitait une expertise ophtalmologique, neurologique et psychologique, neutre et objective.

24. Par décision du 22 octobre 2020, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, lequel ne produisait aucune pièce médicale susceptible de remettre en cause les

abondantes appréciations médicales qui figuraient au dossier, desquelles il ressortait qu'il n'existait aucun lien de causalité entre les troubles allégués par ce dernier et l'accident du 23 octobre 2009. Aussi, le grief visant la mise en œuvre d'une expertise ophtalmologique, neurologique et psychiatrique devait être rejeté.

25. Le 17 novembre 2020, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée ; ses problèmes de santé s'aggravaient depuis son accident (maux de tête, perte de mémoire, baisse importante de la vision) ; un décalage persistait au niveau de ses sourcils ; l'impact de l'accident sur sa vie était énorme.

26. Le 17 décembre 2020, la SUVA a conclu au rejet du recours.

27. Le 5 janvier 2021, l'assuré a répliqué en sollicitant une expertise médicale.

28. Le 8 février 2021, la chambre de céans a entendu le recourant en audience. Il a notamment déclaré : « A l'époque les médecins de la SUVA m'ont dit que si j'avais à nouveau des douleurs et des problèmes je pourrais faire valoir mes droits auprès de la SUVA. C'est pour ça que je n'ai pas recouru sur la décision sur opposition de 2011. Actuellement je ne vais pas très bien car depuis cet hiver 2020 j'ai des nouvelles douleurs qui irradient du devant de la tête jusqu'à l'arrière. J'ai également un handicap visuel et une asymétrie entre les deux sourcils. J'ai l'impression d'avoir une mauvaise irrigation du cerveau. J'ai une très mauvaise vision, plus de l'œil droit. Cela n'était pas le cas au moment de mon évaluation par le médecin de la SUVA, c'est arrivé progressivement après l'accident. J'ai seulement fait un test chez un opticien, il m'a dit que je devais porter des lunettes mais je n'ai pas les moyens. Je suis assuré en France. Je ne sais pas comment ça se passe pour le remboursement de lunettes. Je ne me suis pas renseigné. Je n'ai pas vraiment de suivi médical en France. En particulier je n'ai pas été examiné en raison de mes problèmes liés à l'accident. Ce qui me handicape le plus c'est les douleurs permanentes au niveau de la tête. J'avais développé des douleurs à la tête déjà lors du premier hiver après l'accident mais celles-ci ont augmenté lors de l'hiver 2020. J'ai également des douleurs aux yeux car je force pour bien voir. J'ai également parfois des malaises et des vertiges. Après l'accident je n'ai pas vraiment retravaillé, j'ai aidé des amis pour, par exemple, un travail de jardin, j'ai essayé de faire des démarches pour retrouver un emploi. Je n'ai pas de domicile fixe, je suis hébergé par ma famille ou des amis. Je me rends utile en faisant le ménage chez ceux qui m'hébergent.

    J'ai un enfant qui vit à Genève. La famille de sa mère avait insisté pour que je reprenne un travail le plus vite possible et c'est pour cela que j'ai fait des démarches qui n'ont toutefois pas abouties. La proposition d'intervention à l'oreille droite du Dr G_____ n'a pas été suivie. C'était au moment où les médecins de la SUVA m'ont proposé de retravailler et il n'y a pas eu de suivi de la SUVA. A ce moment-là, avec la chaleur de l'été 2010, mon état de santé allait mieux et j'ai cru que j'étais en mesure de retravailler. Je n'avais pas de migraine ni de problèmes de

vision. Je me sentais donc mieux et j'étais d'accord de tenter une reprise de travail. J'estime avoir des séquelles qui sont survenues postérieurement à l'accident et qui n'étaient pas présentes juste après celui-ci.

Je me rappelle de l'examen avec le Dr F_____. J'ai ressenti que celui-ci était du côté des médecins de la SUVA, il a constaté des anomalies mais a estimé que je pouvais reprendre le travail. Je me rappelle qu'il me regardait méchamment, me parlait sèchement. Il avait un regard froid. C'était un examen militaire. Je suis prêt à me soumettre à une expertise médicale plutôt neurologique et également ophtalmologique. Je relève que j'ai vraiment une différence de vision entre les deux yeux. J'ai l'impression que la Dresse D_____ n'ose pas prendre parti. Elle a refusé de me faire un rapport pour la SUVA. Elle m'a conseillé de me soumettre à une expertise et de la solliciter de la part de la SUVA. J'ai constaté que si je prends des antidouleurs, la douleur diminue mais elle revient en plus intense. »

29. Le 12 février 2021, la chambre de céans a demandé des renseignements médicaux à la Dresse D_____, à Ferney-Voltaire, le 8 mars 2021.

30. Le 8 mars 2021, le recourant a informé par téléphone la chambre de céans que la Dresse D_____ ne souhaitait pas répondre aux questions posées.

31. Le 9 mars 2021, la chambre de céans a requis du recourant qu'il indique le nom d'un médecin traitant à même de répondre à la demande de renseignements.

32. Le recourant n'a pas donné suite à cette demande.

33. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions

transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

5. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

6. Le litige porte sur le refus de l'intimée de prendre en charge la rechute annoncée par le recourant le 7 juillet 2020.

7. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

   La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

   Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

8. a. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

   Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les

références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

b. Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

9. a. 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).

b. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières 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). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé

entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

c. L'art. 28 al. LPGA prévoit que quiconque fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit, fixer les prestations dues et faire valoir les prétentions récursoires.

10. En l'occurrence, le recourant fait valoir une rechute, voire des séquelles tardives à la suite de son accident du 23 octobre 2009. Il se plaint, principalement depuis l'année 2020, de maux de tête aggravés, de baisse de la vision survenue progressivement, d'acouphène, de perte de mémoire, de malaises et de vertiges.

    Au regard des exigences précitées d'apport de preuve, dans le cadre de l'allégation d'une rechute ou de séquelles tardives, il incombe au recourant d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre les nouveaux symptômes et l'accident. Or, le recourant n'a pas apporté cette preuve, dès lors qu'aucun rapport médical constatant les affections alléguées n'a été versé au dossier. La chambre de céans a requis, en vain, de la Dresse D_____ des renseignements médicaux. Par la suite, elle a sollicité du recourant qu'il transmette le nom d'un médecin traitant à même de répondre à la demande de renseignement ; le recourant n'y a pas donné suite.

    Dans ces conditions, la chambre de céans ne peut que constater que le recourant n'a pas répondu aux exigences de collaboration et de preuve précitées, de sorte que son recours ne peut qu'être rejeté. Au surplus, la situation financière et sociale difficile du recourant qui est sans domicile fixe, sans emploi et au seul bénéfice du revenu minimum RSA français ne permet pas de déroger aux exigences de collaboration.

    Le recourant pourra, avec l'avis d'un médecin, solliciter à nouveau l'intimé.

11. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

    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. 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	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