

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4296/2015

ATAS/768/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 septembre 2016

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Monsieur B_____, à ONEX

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1957, a été victime d'un accident d'avion de plaisance, le 2 août 1984, qui a provoqué des lésions dentaires nécessitant, d'une part, la pose d'un pont sur les dents 13 à 23, étant précisé que les dents 11 et 21 étaient manquantes, ainsi que d'une couronne dentaire céramo-métal (CCM) sur les dents 15, 45 et 46. Le cas a été pris en charge par la Winterthur assurances (ci-après : la Winterthur), son assurance-accidents de l'époque régie par la loi sur le contrat d'assurance (LCA).
2. Le 14 août 1987, l'assuré est tombé d'une échelle dans le cadre de son travail, accident qui a entraîné notamment une rechute des lésions dentaires causées par l'accident du 2 août 1984, prise en charge par la Winterthur.
3. Le 3 septembre 1999, l'assuré a fait une chute dans les escaliers, lors de laquelle il a notamment heurté le pont reliant les dents 13 à 23. A cette époque, il était couvert contre les accidents professionnels et non-professionnels par la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée). Selon les devis des 11 février et 23 mai 2000 établis par le docteur C_____, médecin-dentiste, le dommage dû à l'accident consistait en une contusion des dents 13 à 23, une fracture des couronnes 26 et 36 ainsi qu'en une ébréchure de la céramique vestibulaire sur 21 du pont 13 à 23, qui était légèrement mobile. Les dents 22, 26 et 27 ainsi que 48 et 47 étaient atteintes de parodontose. La dent 22 avait dû être extraite en raison d'une infection parodontale provoquée par la mobilité. Le Dr C_____ a proposé une ablation du pont 13 à 23, la pose d'un pont provisoire, puis d'un pont définitif sur les dents 13 à 23.
4. Dans son avis du 14 juin 2000, le docteur D_____, médecin-dentiste conseil de la SUVA, a indiqué que les problèmes parodontaux à la dent 22 n'étaient pas post-traumatiques. La mobilité du pont était plutôt due au déchaussement des dents 12 et 22 ainsi qu'à la mauvaise assise (éventuellement descellement) des couronnes 13 et 23 sur leur moignon. Il a proposé la prise en charge d'une prothèse partielle squelettée pour trois dents (11, 21 et 22) en coupant le pont initial aux couronnes 12 et 23.
5. A la suite de l'opposition du Dr C_____ considérant qu'il fallait éviter une prothèse amovible, le Dr D_____ a observé, dans son avis du 14 novembre 2000, que la denture de l'assuré présentait un parodonte malade au vu du tartre généralisé et de l'ostéolyse horizontale. Il a admis que la mobilité du pont avait été augmentée par les chocs, mais que les dommages parodontaux (ostéolyse horizontale généralisée, poche osseuse distale 22 avec tartre sous-gingival 22/23) n'étaient pas post-traumatiques et ne pouvaient pas l'être. De plus, la perte parodontale de la dent 22 n'était pas post-traumatique mais avait son origine dans un manque de soins (tartre). La prise en charge d'un pont 13, 12, 23 avec révision des traitements radiculaires était acceptable pour autant que l'assuré fût assainir sa denture parodontalement à ses frais. A l'échéance des traitements, le pont pourrait être

entrepris si les piliers 13, 12, 23 étaient toujours assez solides. Sans cela, la prise en charge serait limitée à un partiel squeletté pour trois dents.

6. Dans son rapport du 20 décembre 2002, le Dr C_____ a mentionné une nette amélioration du parodonte au niveau du pont antérieur supérieur. Il envisageait un traitement radiculaire des trois dents pilier (13, 12 et 23), l'alternative proposée par la SUVA, à savoir l'extraction et le remplacement par un stellite, ayant été refusée par l'assuré. Le 31 janvier 2003, la SUVA a accepté la prise en charge du traitement préconisé.
7. Dans son rapport du 8 février 2013 faisant suite à son examen du même jour, le docteur E_____, médecin-dentiste au centre médico-dentaire de Balexert, a fait état de l'apparition d'une symptomatologie sur la dent 23 qu'il avait tenté de sauvegarder par apicectomie en vain, cette dent étant entourée d'un grand granulome sur fissure constatée lors de la chirurgie. Il a proposé la section du pont au niveau de la dent 12, la pose d'un implant et l'augmentation simultanée du pont en 11 à 23. Il a indiqué que les dents 17, 16 et 15 ainsi que 37 étaient manquantes et n'avaient pas été remplacées. Le parodonte avait été assaini.
8. Par courriel du 6 février 2013, l'assuré a demandé à la Winterthur de prendre en charge l'intervention chirurgicale nécessaire et ses suites. Le même jour, la Winterthur lui a répondu que son dossier faisait partie d'un portefeuille d'assurances individuelles cédé à la caisse-maladie Wincare, elle-même reprise par la caisse-maladie Sanitas (ci-après : Sanitas). Il appartenait à cet assureur de poursuivre l'instruction de la rechute du sinistre de 1984 qui avait fait l'objet d'une indemnisation par la Winterthur jusqu'en 2005.
9. Le 11 février 2013, le Dr E_____ a adressé à Sanitas une demande de prise en charge du traitement estimé à CHF 10'441.70 selon son devis du même jour. Il a précisé qu'à la suite de l'accident de 1984, le maxillaire supérieur de l'assuré avait été reconstruit grâce à un pont céramo-métallique de 13 à 23. L'assuré présentait une complication tardive de ce traumatisme sur la dent 23, à savoir une fissure radiculaire due au tenon avec perte complète osseuse péri-radicaire. Sa proposition thérapeutique permettait de préserver les piliers 13-12 qui donnaient pleine satisfaction après assainissement parodontal et d'offrir à l'assuré un confort fonctionnel.
10. Par courrier du 19 février 2013, Sanitas a répondu au Dr E_____ que les documents anciens en sa possession ne lui permettaient pas de constater que l'assuré avait subi un accident dentaire en 1984. Les conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) en vigueur au moment de l'accident prévoyaient la prise en charge des coûts escomptés pour des traitements intermédiaires ainsi que pour une unique remise en état définitive des dents endommagées. Etant donné que le pont céramo-métallique de 13 à 23 constituait le traitement définitif, elle ne pouvait plus allouer de prestations pour les séquelles tardives apparues récemment.

L'assuré pouvait néanmoins faire une demande de prise en charge auprès de son assurance obligatoire des soins.

11. Le 21 février 2013, le Dr E_____ s'est étonné auprès de Sanitas qu'il n'y ait aucune trace de l'accident de 1984 dans ses archives. L'assuré souffrait d'une complication de ce traumatisme, soit d'une fissure radiculaire due à un tenon dans une racine pilier du pont. Le traitement réalisé à l'époque avait tenu de nombreuses années grâce notamment à des soins d'hygiène réguliers effectués à la charge de l'assuré. La position de Sanitas de ne pas allouer de prestations pour des séquelles tardives lui semblait incorrecte et il lui demandait de revoir sa position.
12. Sanitas ayant maintenu sa position, le Dr E_____ a réitéré sa demande le 22 mars 2013. Il a précisé qu'un pont prothétique ne pouvait pas avoir une espérance de vie infinie et ne pouvait par conséquent pas être considéré comme un traitement définitif. Le pont actuel encore en bouche tenait grâce à des appuis sur les dents voisines. Le maintien de cette situation risquait également de compromettre les dents voisines. Il était important que le dossier fût soumis à son médecin-dentiste conseil. Il a joint une attestation du docteur F_____, médecin-dentiste au centre médico-dentaire de Balexert et professeur honoraire à l'université de Genève, certifiant qu'un travail prothétique fixe conventionnel, tel qu'un pont, ne pouvait pas durer toute une vie s'il avait été effectué sur un patient jeune. Lorsqu'il était réalisé après un accident, son remplacement devait être considéré comme une suite de l'accident. En France, dans un tel cas, les assurances proposaient au patient une somme couvrant approximativement les différents soins qu'il devrait effectuer au cours de sa vie.
13. Par courriers du 12 avril 2013 adressés respectivement à l'assuré et au Dr E_____, Sanitas a confirmé son refus. Elle a rappelé que les coûts liés à l'accident dentaire de septembre 1999 avaient été pris en charge par la SUVA. Si le traitement était en lien de causalité avec cet accident, il appartenait à cette dernière de prendre également les (nouveaux) coûts en charge. L'assurance-maladie et accidents pour les particuliers était une assurance complémentaire selon la LCA. Elle a transmis à l'assuré une copie de ses CGA en précisant qu'il avait la possibilité de déposer une « plainte » auprès des tribunaux compétents de son domicile ou de Zurich.
14. Selon la facture du centre médico-dentaire de Balexert du 20 décembre 2013, un pont provisoire a été exécuté le 28 mai 2013 et des implants (dents 11 et 23) ont été posés le 4 juin 2013.
15. L'assuré ayant demandé à la SUVA le 21 mai 2013, la transmission d'une copie de son dossier, cette assurance lui a répondu le 26 juin 2013, que son dossier avait été détruit. Elle lui a communiqué les quelques pièces encore disponibles dans son système informatique.
16. Le 1^{er} novembre 2013, l'assuré a annoncé le cas à Moove Sympany SA (ci-après : Sympany), son assurance-maladie et accidents actuelle. Le 14 novembre 2013, cette dernière l'a informé que le contrat d'assurance-accidents qui les liait ne couvrait

que les accidents récents et non les accidents antérieurs. Pour les accidents ayant eu lieu en 1984 et 1987, il lui appartenait de s'adresser à la Winterthur, son assureur de l'époque qui devait intervenir.

17. A la suite de la requête du 13 janvier 2014 par laquelle l'assuré a demandé à la chambre des assurances sociales de désigner l'assureur tenu de prendre en charge les frais du traitement dentaire exécuté par le Dr E_____ et a formé un recours pour déni de justice contre Sympany, la chambre de céans a déclaré la requête irrecevable et a rejeté le recours pour déni de justice par arrêt du 9 juillet 2014 (ATAS/855/2014). Elle a invité l'assuré à requérir des diverses assurances concernées une décision formelle portant sur la prise en charge de l'intervention dentaire de 2013.
18. Le 22 juillet 2014, l'assuré a requis une décision formelle concernant les suites de l'accident du 3 septembre 1999 auprès de la SUVA, de la Winterthur et de Sympany, en joignant une copie de l'arrêt du 9 juillet 2014.
19. Par courrier du 29 juillet 2014, la Winterthur a répondu qu'elle intervenait en tant qu'assureur privé régi par la LCA, de sorte qu'il ne lui était pas possible de rendre une décision formelle. Elle ne trouvait aucune trace d'un dossier de sinistre datant de 1984, son obligation légale de conservation des archives étant de dix ans. De plus, selon les CGA de l'époque, si le traitement définitif n'était pas possible, elle payait les frais présumés du traitement provisoire et le coût d'une unique remise en état définitive des dents endommagées. Ayant pris en charge, à l'époque, la remise en état définitive des dents, plus aucune prestation ne pouvait lui être accordée. Il appartenait à Sanitas et à la SUVA de se prononcer sur une éventuelle aggravation suite aux accidents de 1987, respectivement de 1999.
20. Dans un rapport du 24 septembre 2014 adressé à la SUVA, le Dr E_____ a résumé les complications dentaires rencontrées par l'assuré à la suite de ses accidents de 1984 et 1999. La fissure radiculaire sur la dent 23 due au tenon avait nécessité l'extraction de ladite dent et le remplacement du pont céramo-métallique par un pont sur implants en position 11 et 23. Le pronostic de la reconstruction actuelle sur implant était bon et nécessitait un entretien bisannuel chez l'hygiéniste dentaire ainsi qu'un contrôle annuel chez un médecin-dentiste. Le reste de la dentition supérieure présentait une perte osseuse horizontale généralisée actuellement stabilisée par l'hygiène personnelle de l'assuré et de fréquents rendez-vous chez l'hygiéniste dentaire. Si malgré tout, l'assuré devait perdre une dent naturelle, il faudrait envisager son remplacement au cas par cas.
21. Selon les informations données par le Dr E_____ au gestionnaire de la SUVA par téléphone du 31 octobre 2014, l'assuré l'avait consulté en 2010 pour un foyer sur la dent 23 dû à une fissure du tenon. Au vu tant de l'absence de réponse favorable malgré plusieurs demandes de prises en charge adressées à la Winterthur et Sanitas que de la péjoration de la situation buccale, il avait réalisé le traitement avec pose d'implants sans accord (préalable).

22. Le 9 février 2015, le docteur G_____, médecin-dentiste conseil de la SUVA, a observé que la radiographie panoramique révélait un état de santé très dégradé avec perte osseuse horizontale généralisée au maxillaire et au quadrant 4 ainsi qu'une édentation molaire au quadrant 1. Déjà en 2000, le précédent médecin-dentiste conseil de la SUVA avait conclu qu'au vu de l'état parodontal, un remplacement par une solution fixe n'entraînait pas en considération. L'assainissement parodontal avait amélioré la situation, mais il existait toujours une édentation au quadrant 1 depuis la dent 14. La solution choisie par l'assuré était plus favorable esthétiquement mais défavorisait la fonction et l'occlusion. Au regard de cette situation, il y avait lieu de prendre en charge un stellite pro forma et de verser à l'assuré un montant forfaitaire de CHF 3'500.-.
23. Par courrier du 20 février 2015, la SUVA a informé l'assuré que, sur la base du rapport de son médecin-dentiste conseil, elle ne pouvait en aucun cas accepter un traitement par implants. En revanche, elle prenait en charge un stellite supérieur en remplacement du pont 13 à 23, en solution pro forma. Elle a précisé que vu l'état parodontal, un remplacement par une solution fixe n'entraînait pas en considération. Elle a également demandé au médecin-dentiste de lui faire parvenir une estimation pour le stellite.
24. L'assuré a recouru le 11 mars 2015 invoquant une décision tardive et inacceptable de la SUVA ainsi qu'un déni de justice de Sympany qui n'avait pas répondu à sa demande de décision formelle (procédure A/860/2015). La SUVA ayant confirmé sa position par décision du 13 avril 2015, l'assuré a également recouru le 27 avril 2015 contre ladite décision (procédure A/1392/2015). Par arrêt du 6 mai 2015 (ATAS/334/2015) la chambre de céans a déclaré le recours irrecevable et a transmis d'office l'affaire à la SUVA comme objet de sa compétence (A/1392/2015). Dans un deuxième arrêt du 23 septembre 2015 (ATAS/711/2015), la chambre de céans a déclaré le recours irrecevable en tant qu'il était interjeté contre la « décision » du 20 février 2015, tout en invitant la SUVA à rendre une décision sur opposition et a admis le recours pour déni de justice concernant Sympany (A/860/2015).
25. Par décision du 10 novembre 2015, la SUVA a rejeté l'opposition et a supprimé tout effet suspensif à un éventuel recours. Elle a considéré que l'assuré n'apportait pas d'éléments médico-dentaires propres à mettre en cause l'appréciation du Dr G_____. Elle a rappelé que le traitement à la charge de l'assureur-accidents se limitait aux mesures médicales qui, par des moyens adéquats, étaient nécessaires à la guérison de l'atteinte à la santé.
26. Par acte du 8 décembre 2015, l'assuré a recouru contre ladite décision. Il a conclu à ce que, après instruction, la chambre de céans se prononce sur l'obligation de l'intimée de prendre en charge les frais dentaires en considérant le retard de la prise en charge par les assureurs LAA, voire la responsabilité de ceux-ci qui ne s'étaient pas prononcés avant la réalisation des travaux dentaires et l'avaient induit en erreur. Il a exposé que la dent 23 avait été extraite en urgence le 10 décembre 2012, que les implants avaient été posés le 4 juin 2013, respectivement le pont définitif le

9 décembre 2013. La chronologie des faits ne correspondait pas à celle mentionnée dans la décision litigieuse. Le recourant a contesté l'appréciation du Dr G_____ qui, en tant que médecin-conseil de l'assureur, avait un parti pris et n'avait pris aucun contact avec lui-même ou son médecin-dentiste. Il ne comprenait pas comment ce médecin pouvait prétendre qu'une solution amovible était préférable à un montage fixe sur implants. La différence entre les deux systèmes était très nette surtout lorsqu'il s'agissait de croquer dans une pomme. Il avait porté une prothèse amovible telle que celle préconisée par l'intimée dans l'attente de la pose du pont définitif. Il lui avait été impossible de manger ainsi que de dormir avec une telle prothèse et il n'avait pas réussi à parler correctement malgré son port pendant plusieurs mois. En vol, lors de fortes turbulences, il avait failli l'avalier et s'étouffer. Par conséquent, il demandait à la chambre de céans de nommer un expert. Si l'intimée et les autres assureurs l'avaient informé avant l'exécution des travaux des prestations qu'ils verseraient, ceux-ci auraient été accomplis éventuellement selon leur convenance. Maintenant, il n'était plus possible de revenir en arrière. Il a soutenu que l'intimée avait violé le secret médical, le secret de l'instruction et ses données personnelles en transmettant son dossier sans son autorisation à Sympany dans le but de l'inciter à aller dans le même sens qu'elle, ce qui constituait un déni de justice. Seul le Tribunal avait une telle compétence.

27. Le 2 janvier 2016, le recourant a produit dans la procédure un rapport du 22 décembre 2015 établi par les Drs E_____ et F_____. Selon ces derniers, les fissures radiculaires sur présence de tenon étaient des complications tardives fréquentes et classiques. Le pont 13 à 23 ne pouvait en aucun cas être considéré comme un traitement définitif. Les constatations du Dr G_____ n'étaient que partiellement pertinentes. Dans la mesure où l'assainissement parodontal avait été effectué dans les règles de l'art, il n'y avait plus aucune contre-indication à un traitement implantaire. Le recourant encourrait le même risque de complication (péri-implantite) que le patient sans pathologie parodontale. L'analyse complète de la situation bucco-dentaire du recourant introduisait la confusion. L'accident ne concernait que le secteur supéro-antérieur et il n'y avait aucune relation avec le reste de l'état bucco-dentaire. Le but de l'assurance-accidents était de restituer au mieux l'état antérieur et n'avait pas pour vocation d'être simple, économique et adéquat comme une assurance sociale. L'analyse du Dr G_____ préconisant un remplacement dentaire par un appareil amovible de type stellite mélangeait le but de la prise en charge. Le remplacement dentaire du secteur antérieur restait le traitement de choix dans le cas du recourant.
28. Dans sa réponse du 7 janvier 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité. Elle a exposé que nombre des griefs du recourant ne concernaient pas l'objet du litige - qui se limitait exclusivement à l'étendue de la prise en charge du traitement médical en lien avec l'accident du 3 septembre 1999 - et n'étaient pas constitutifs d'un déni de justice. Si l'avis du Dr G_____ du 9 février 2015 était succinct, il procédait toutefois à une appréciation claire et

précise des éléments médicaux déterminants. Les prises de position du Dr E_____ n'effectuaient aucune comparaison du traitement effectivement réalisé avec celui qu'elle avait admis. La pose d'un implant - plus onéreuse - semblait avoir été justifiée par des motifs d'ordre esthétique qui ne sauraient l'emporter sur les avantages pratiques liés au traitement préconisé par le Dr G_____.

29. Dans ses observations complémentaires du 24 février 2016, l'intimée a considéré que les pièces produites par le recourant ne comportaient pas de faits dont elle ignorait l'existence. Ces pièces ne fondaient pas une obligation de prendre en charge la totalité des frais de l'opération litigieuse qui n'avait pas été ordonnée par l'assureur-accidents. Elle a confirmé ses conclusions précédentes.
30. Le 25 février 2015, la chambre de céans a transmis cette écriture au recourant et, sur quoi, a gardé la cause 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 1^{er} 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. A 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA.
4. L'objet du litige porte sur la question de savoir si l'intimée est fondée à limiter sa prise en charge du traitement dentaire à un stellite supérieur, en remplacement du pont 13 à 23 pris en charge à l'époque par la Winterthur dans le cadre de l'accident du 2 août 1984. Il n'est pas contesté que la fissure radiculaire de la dent 23 est due à un tenon du pont, respectivement est une séquelle tardive de l'accident du 3 septembre 1999.

5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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).

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).

6. a) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment, le traitement ambulatoire dispensé par le dentiste (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b) ainsi qu'aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

En vertu de l'art. 48 al. 1 LAA, l'assureur peut prendre les mesures qu'exige le traitement approprié de l'assuré en tenant compte équitablement des intérêts de celui-ci et de ses proches.

Aux termes de l'art. 54 LAA, lorsqu'ils soignent des assurés, leur prescrivent ou leur fournissent des médicaments, prescrivent ou appliquent un traitement ou font des analyses, ceux qui pratiquent aux frais de l'assurance-accidents doivent se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement.

L'art. 54a LAA prévoit que le fournisseur de prestations remet à l'assureur une facture détaillée et compréhensible. Il lui transmet également toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse se prononcer sur le droit aux prestations et vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation.

b) Le droit au traitement s'étend à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il s'agit d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes à la santé physique ou psychique. La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 consid. 2 et les références citées). Les mesures médicales doivent se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement (ATF 116 V 44 consid. 2c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 262/98 du 9 mai 2000 consid. 2a).

Lorsque l'assureur arrive à la conclusion qu'il n'y a plus lieu d'attendre du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, ou s'il estime que le traitement proposé par l'assuré ou son médecin est inapproprié, il est en droit de refuser la continuation du traitement en se fondant sur l'art. 48 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 154/02 du 17 mars 2003 consid. 3.2).

Selon l'art. 54 LAA, l'assureur-accidents a le droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques qui sont inutiles ou qui peuvent être remplacées par d'autres traitements moins coûteux (Alexandra RUMO-JUNGO, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3^{ème} éd. 2003, pp. 272-273 et les références). Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre assureur et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 281 consid. 5b et la jurisprudence citée). Le traitement doit être non seulement approprié, c'est-à-dire adéquat, mais également économique. Le prestataire de soins se limitera aux mesures exigées par le but du traitement (caractère économique selon l'art. 54 LAA). Compte tenu du contrôle exercé par l'assureur-accidents, l'économie du traitement ne prête que rarement à contestation. Enfin, le traitement doit être scientifiquement reconnu (Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., p. 892 ch. 142).

L'assurance-accidents est fondée sur le principe des prestations de soins en nature. L'assureur exerce un contrôle sur le traitement qu'il garantit à l'assuré à titre de prestation en nature. Ce contrôle ne s'exerce pas directement à l'endroit du patient, mais à l'égard du médecin traitant (ATF 134 V 189 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.2). Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assureur-accidents. C'est donc ce dernier qui est débiteur des frais de traitement vis-à-vis du prestataire de soins (système du tiers payant). En outre, l'assureur exerce un contrôle sur le traitement dentaire envisagé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 345/03 du 13 octobre 2004 consid. 5.2). La conséquence du droit de l'assureur-accidents d'ordonner des mesures de traitement est notamment qu'il est en droit de refuser des prestations

pour une mesure thérapeutique à laquelle il n'a pas consenti et les suites qui en découlent (ATF 128 V 169 consid. 1b et les arrêts cités).

c) L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3 consid. 4.4.2; ATF 125 V 95 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 279).

La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 95 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 279; arrêt du Tribunal fédéral 9C_912/2010 du 31 octobre 2011 consid. 3.2).

Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3; ATF 124 V 196 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 29/96 du 16 septembre 1997 consid. 3c, in RAMA 1998 p. 1).

7. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

b) 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 LPG), 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

8. 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).

9. En l'espèce, à la suite de l'accident du 2 août 1984, le recourant a subi des lésions dentaires nécessitant la pose d'un pont reliant les dents 13 à 23, pris en charge par la Winterthur, son assurance-accidents de l'époque régie par la LCA. A la suite d'un nouvel accident du 3 septembre 1999 ayant provoqué une contusion des dents pilier 13, 12 et 23, l'intimée a pris en charge un traitement radiculaire de ces trois dents pilier.

Dans son résultat d'examen/devis du 8 février 2013 et son rapport du 11 février 2013, le Dr E_____ fait état d'une fissure radiculaire de la dent 23 due à un tenon avec perte complète osseuse péri-radriculaire constatée lors de la chirurgie. Il préconise la section du pont au niveau de la dent 12, la pose d'un implant aux dents 11 et 23 ainsi que l'augmentation simultanée du pont des dents 11 à 23. Quant au Dr G_____, dans son rapport du 9 février 2015, il considère que la solution choisie par le recourant est plus favorable esthétiquement mais défavorise la fonction et l'occlusion. Au vu de l'état parodontal avec édentation au quadrant 1 depuis la dent 14, il préconise la prise en charge d'un stellite pro forma, respectivement le versement d'un montant forfaitaire de CHF 3'500.-.

Le recourant conteste l'appréciation du Dr G_____ au motif qu'on ne peut pas tenir compte des dires d'un médecin-conseil de l'assureur car celui-ci a un parti pris et n'a eu aucun contact avec lui ou son médecin-dentiste traitant. De plus, ses dires sont fantaisistes en tant qu'il prétend qu'une solution sur implants dentaires défavorise la fonction et l'occlusion.

Contrairement à ce que soutient le recourant, un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.2 et 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2).

Or, le seul rapport médical qui conteste l'appréciation du Dr G_____ est celui des Drs E_____ et F_____ du 22 décembre 2015. Ces derniers considèrent qu'il n'y a plus aucune contre-indication à un traitement implantaire dès lors que l'assainissement parodontal a été exécuté selon les règles de l'art et que le

remplacement dentaire du secteur antérieur reste le traitement de choix dans le cas du recourant. Selon eux, le but de l'assurance-accidents est de restituer au mieux l'état antérieur et n'a pas pour vocation d'être simple, économique et adéquat comme une assurance sociale.

Ce rapport ne se prononce pas sur les réserves émises par le Dr G _____ quant à la solution choisie par le recourant, à savoir qu'elle défavorise la fonction et l'occlusion. Si de telles réserves étaient fantaisistes ainsi que l'allègue le recourant, l'on ne comprend pas que le médecin-dentiste traitant ne les ait pas contestées. De plus, la raison pour laquelle ce dernier conclut que le pont sur les dents 11 à 23 avec implants aux dents 11 et 23 est le traitement de choix repose sur une prémisse erronée selon laquelle le traitement pris en charge par l'assurance-accidents n'a pour vocation d'être simple, économique et adéquat. Or, l'intimée applique les mêmes règles que l'assurance-maladie obligatoire quant à la prise en charge d'un traitement, à savoir qu'il doit être adéquat et économique conformément aux art. 10 al. 1 et 54 LAA. Par conséquent, il n'existe aucun indice concret permettant de mettre en doute le bien-fondé de l'appréciation du Dr G _____ sur ce point.

En revanche, le Dr G _____ ne précise pas quelles dents font l'objet du stellite préconisé, n'explique pas en quoi le traitement est inapproprié et ne motive pas le critère de l'économicité du traitement. Plus particulièrement, il ne procède pas à une balance détaillée entre coûts et bénéfices de chacune des deux alternatives thérapeutiques permettant à la chambre de céans de vérifier que deux traitements efficaces et appropriés entrent en ligne de compte pour garantir le rétablissement de la fonction dentaire lésée par l'accident de 1999 et que le traitement le plus économique est proposé. En outre, il n'explique pas pourquoi il retient qu'une solution fixe n'entre pas en considération et pourquoi il s'écarte de l'appréciation du 14 novembre 2000 émanant du précédent médecin-dentiste conseil de l'intimée qui admet la prise en charge d'un pont 13- 12 à 23 avec révision des traitements radiculaires à condition que le recourant fasse assainir sa denture parodontalement à ses frais.

Par conséquent, son rapport est insuffisamment étayé pour que la chambre de céans puisse statuer en pleine connaissance de cause sur le droit du recourant à la prise en charge du traitement proposé par le Dr E _____.

10. a) L'administration doit éclaircir l'état de fait déterminant avant de rendre sa décision et ne peut pas renvoyer cette tâche à la procédure d'opposition. Sont réservées les mesures d'instruction complémentaires qui découlent des objections contenues dans l'opposition. Il y a lieu de distinguer l'éclaircissement de l'état de fait et le respect du droit d'être entendu. L'audition des parties, qui est un aspect du droit d'être entendu, n'est pas nécessaire dans la procédure d'instruction avant les décisions susceptibles d'être attaquées par la voie de l'opposition. La LPGA contient à ce sujet une réglementation exhaustive (ATF 132 V 368 consid. 6).

b) Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assureur ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

En l'espèce, force est de constater que faute pour le Dr G_____ de préciser quelles dents font l'objet du stellite préconisé, d'expliquer en quoi le traitement est inapproprié et pourquoi précisément une solution fixe n'entre pas en considération ainsi que de motiver le critère de l'économicité du traitement préconisé, la chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires pour statuer. Aussi, convient-il de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sur ces questions afin qu'elle requière un rapport détaillé de son médecin-dentiste conseil, voire si nécessaire qu'elle mette en œuvre une expertise dentaire.

11. Dans un deuxième grief, le recourant reproche à l'intimée de pas l'avoir fait examiner par son médecin-dentiste conseil avant l'exécution des travaux requis.

A cet égard, le recourant méconnaît le fait qu'en assurance-accidents, le traitement n'est pas remboursé par l'assureur, mais est pris en charge selon le système du tiers payant par ce dernier qui exerce un contrôle sur le traitement qu'il garantit à l'assuré à titre de prestations en nature. C'est auprès de l'assureur, en principe tout au moins, que le fournisseur de prestations doit demander l'autorisation de prendre les mesures qui lui paraissent indiquées pour le traitement de l'assuré (cf. ATF 136 V 141 consid. 4.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 345/03 du 13 octobre 2004 consid. 5.2). Si le fournisseur de prestations omet d'informer l'assureur LAA des éventuelles mesures prises en urgence ou des mesures qu'il entend mettre en œuvre, une telle omission peut éventuellement conduire à la réduction, voire à la perte de la créance d'honoraires vis-à-vis de l'assureur (ATF 136 V 141 consid. 4.5).

En l'espèce, le recourant a consulté le Dr E_____ en 2010 pour un foyer sur la dent 23, dent qui selon les dires du recourant a été extraite en urgence le 10 décembre 2012. Selon le résultat d'examen/devis du Dr E_____ du 8 février 2013, lors de cette extraction il a constaté une fissure du tenon, respectivement un lien de causalité avec l'accident antérieur. Le 6 février 2013, le recourant a annoncé son sinistre à la Winterthur, puis le Dr E_____ a requis de Sanitas le 11 février 2013 l'autorisation d'effectuer le traitement. Le 21 mai 2013, le recourant a demandé à l'intimée une copie de son dossier et le 1^{er} novembre 2013, il a également annoncé son sinistre à Sympany. Enfin, à la suite de l'arrêt de la chambre de céans du 9 juillet 2014 déclarant sa requête irrecevable et rejetant son recours pour déni de justice, le recourant a demandé à l'intimée le 22 juillet 2014, de prendre en charge le sinistre et lui a transmis le 18 septembre 2014, le résultat d'examen/devis du Dr E_____.

Force est de constater que le 22 juillet 2014, lors de la demande de prise en charge du sinistre, tout le traitement préconisé par le Dr E_____ avait déjà été exécuté puisque le pont définitif a été posé le 9 décembre 2013 selon les dires du recourant. Par conséquent, l'intimée n'a pas pu examiner l'économicité dudit traitement conformément à l'art. 54a LAA, respectivement soumettre le dossier à son médecin-dentiste conseil avant son exécution, de sorte que le grief du recourant ne peut être que rejeté.

12. Dans un dernier grief, le recourant invoque un déni de justice au motif qu'en transmettant une copie de son dossier à Sympany, l'intimée aurait violé le secret médical, le secret de l'instruction et ses données personnelles. Il se réfère à la décision litigieuse dont l'intimée a envoyé une copie à Sympany.

Selon l'art. 32 LPGA, les autorités administratives et judiciaires de la Confédération, des cantons, des districts, des circonscriptions et des communes fournissent gratuitement aux organes des assurances sociales, dans des cas particuliers et sur demande écrite et motivée, les données qui leur sont nécessaires pour notamment fixer ou modifier des prestations, ou encore en réclamer la restitution (al. 1 let. a). Les organes des assurances sociales se prêtent mutuellement assistance aux mêmes conditions (al. 2).

En vertu de l'art. 33 LPGA, les personnes qui participent à l'application des lois sur les assurances sociales ainsi qu'à son contrôle ou à sa surveillance sont tenues de garder le secret à l'égard des tiers.

L'art. 97 al. 1 let. a LAA dispose que dans la mesure où aucun intérêt privé prépondérant ne s'y oppose, les organes chargés d'appliquer la présente loi ou d'en contrôler ou surveiller l'application peuvent communiquer des données, en dérogation à l'art. 33 LPGA, à d'autres organes chargés d'appliquer la présente loi ou d'en contrôler ou surveiller l'exécution, lorsqu'elles sont nécessaires à l'accomplissement des tâches que leur assigne la présente loi.

En l'espèce, à la suite de la décision formelle que le recourant a requise le 22 juillet 2014 de Sympany, son assurance-maladie et accidents actuelle, celle-ci a réclamé à l'intimée le 19 août 2014, puis le 13 octobre 2014, toutes les pièces en sa possession en rapport avec les divers accidents dentaires, à savoir correspondances, décisions et tous autres documents pertinents depuis 1984 pour pouvoir déterminer son obligation de prise en charge du sinistre. Par conséquent, en adressant les documents requis à Sympany, l'intimée s'est conformée aux art. 97 al. 1 let. a LAA et 32 al. 2 LPGA puisqu'elle a transmis à cette assurance sociale, à réception de sa demande écrite et motivée, les données qui lui étaient nécessaires pour statuer sur son obligation de prester. Dans un tel cas, l'art 97 al. 1 let. a LAA prévoit expressément une exception à l'obligation de garder le secret, de sorte que le grief du recourant est infondé.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis au sens des considérants et la décision de l'intimée du 10 novembre 2015 sera annulée.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet au sens des considérants et annule la décision du 10 novembre 2015.
3. Renvoie le dossier à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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