

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4462/2009

ATAS/870/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 26 août 2010

En la cause

Madame T_____, domiciliée à Thônex, représentée par Association suisse des assurés (ASSUAS) **recourante**

contre

AXA WINTERTHUR, Secteur Suisse Romande, chemin de Primerose 11, 1002 Lausanne **intimée**

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATTO et Violaine LANDRY
ORSAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame T_____ (ci-après l'assurée) travaille en qualité d'aide-soignante auprès des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). A ce titre, elle est assurée contre le risque d'accidents et celui de maladie professionnelle de AXA WINTERTHUR ASSURANCES SA (ci-après l'assureur).
2. Le 4 août 2008, alors qu'elle travaillait de nuit, l'assurée a subi un événement qui a été décrit comme suit dans la déclaration d'accident du 22 août 2008 adressée par l'employeur de l'assurée à l'assureur: *"En marchant, Mme T_____ s'est tordu le genou droit. Le 7.8 en se réveillant, elle n'arrivait pas à poser le pied par terre et avait mal au genou droit."*
3. Le 7 août 2008, l'assurée a consulté le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne. Celui-ci a attesté d'une incapacité de travail complète du 7 au 11 août 2008, puis à nouveau dès le 18 août 2008.
4. Sur demande de son assureur, l'assurée a précisé en date du 5 septembre 2008 les circonstances de l'évènement comme suit: *"En marchant au travail pour répondre à une sonnette le 4.8.2008 à 3 heures du matin je me suis tordu le genou - ça me faisait mal mais sans plus - le 7.8 en me réveillant je n'arrivais pas à poser le pied droit par terre."*
5. Dans son rapport du 23 septembre 2008, le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic d'entorse du genou droit en précisant que cette lésion était due uniquement à l'accident, que l'incapacité de travail de l'assurée était totale dès le 18 août 2008 et que la reprise du travail serait possible à temps plein dès le 6 octobre 2008. Le médecin a en outre spécifié que le traitement ne serait probablement pas terminé avant six mois.
6. Par la suite, le Dr B_____ a mentionné dans un rapport du 22 janvier 2009 les diagnostics de lésion ménisco-synoviale interne droite et de déchirure d'un repli synovial para-patellaire interne droit, et précisé que la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le 15 décembre 2008.
7. Le 17 avril 2009, le Dr B_____ a indiqué que la reprise du travail à 100 % s'étant soldée par une recrudescence des douleurs, l'assurée n'avait finalement repris son activité qu'à 50 % le 14 avril 2009; la reprise à 100 % était prévue pour le 11 mai 2009.
8. Le 14 mai 2009, le Dr C_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une IRM du genou droit de l'assurée, qui se plaignait de douleurs persistantes. Ce spécialiste a posé les diagnostics suivants : épanchement intra-articulaire et kyste

poplité de faible épaisseur, foyer nodulaire sous la surface condylienne antérieure et paramédiane externe avec œdème de voisinage évoquant le diagnostic d'une nécrose aseptique, synovite autour des ligaments croisés et comblant partiellement la graisse de Hoffa; dégénérescence mucoïde de la corne postérieure du ménisque interne, tendinopathie rotulienne proximale, signe d'arthrose fémoro-patellaire. Le médecin n'a en revanche pas constaté de lésion des ligaments collatéraux et croisés.

9. Le 6 août 2009, la Dresse D _____, spécialiste FMH en endocrinologie et diabétologie, a posé le diagnostic de contusion sévère du genou avec nécrose du plateau tibial, et indiqué que l'évolution de l'assurée était très lentement favorable.
10. Le 15 septembre 2009, le Dr B _____ a relevé que l'évolution de l'assurée était marquée par la persistance de douleurs antérieures du genou et de douleurs musculaires généralisées, que le genou ne présentait pas d'épanchement au 15 juin 2009, que des séances de physiothérapie avaient été proposées et qu'il conviendrait qu'un médecin spécialiste en rhumatologie recherche un éventuel syndrome inflammatoire sous-jacent qui pourrait compliquer l'évolution.
11. Le 16 septembre 2009, l'assurée a eu un entretien avec un inspecteur des sinistres. Il ressort du rapport établi par ce dernier que l'assurée a déclaré qu'il ne s'était rien produit de particulier, qu'elle marchait normalement, sans précipitation, et n'avait fait ni chute ni glissade.
12. Le 5 octobre 2009, l'assureur a adressé à l'assurée une décision, dans laquelle il reconsidérerait la prise en charge initiale du cas et refusait toute prestation, motif pris que l'évènement invoqué ne constituait ni un accident au sens de la loi, ni une lésion assimilée.
13. Par opposition du 29 octobre 2009, l'assurée contesté la décision de l'assureur. Elle a souligné qu'en répondant à la sonnette d'un patient, elle s'était tordu la cheville, ce qui avait entraîné une torsion du genou.
14. Le 10 novembre 2009, l'assureur a rendu une décision sur opposition confirmant sa décision de refus de prester du 5 octobre 2009. L'assureur a relevé qu'à aucun moment, dans ses déclarations antérieures, l'assurée n'avait mentionné s'être tordu la cheville, ce qui aurait occasionné par contrecoup une torsion du genou. Il a souligné par ailleurs qu'aucun des médecins traitants de l'assurée n'avait évoqué cet élément, de sorte qu'il convenait de retenir que le genou de l'assurée avait lâché alors qu'elle marchait pour se rendre auprès d'un patient. L'assureur en a tiré la conclusion qu'il n'y avait en l'espèce eu aucune cause extérieure extraordinaire permettant de qualifier l'évènement d'accident.

15. Par courrier du 8 décembre 2009, la Dresse D _____ a précisé que l'IRM pratiquée après l'événement de juillet (*recte*: août 2008) parlait en faveur d'une atteinte complexe ligamentaire et osseuse au niveau du genou gauche (*recte*: droit). La Dresse D _____ a indiqué qu'elle ne pouvait ce prononcer avec certitude quant à la relation de cause à effet entre l'atteinte sévère observée à l'IRM et l'événement de juillet (*recte*: août) 2008, mais que force était de constater que le genou gauche (*recte*: droit) de l'assurée était asymptomatique avant cet événement.
16. Par écriture du 11 décembre 2009, l'assurée (ci-après la recourante) a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 10 novembre 2009 de l'assureur (ci-après l'intimé) et à ce que son droit aux prestations de l'assurance-accident soit reconnu.

La recourante allègue que ce n'est pas elle qui a rempli la déclaration d'accident qui a été adressée initialement à l'assureur et qu'elle n'était pas d'accord avec l'interprétation des faits qu'a donnée l'inspecteur des sinistres le 16 septembre 2009 - dont elle souligne qu'il a d'ailleurs refusé de lui montrer son rapport. Elle précise que lors de l'événement, elle avait 32 patients sous sa supervision et que c'est dans ce contexte de précipitation qu'elle s'est tordu la cheville et le genou en marchant. La recourante fait de plus valoir que les différents rapports médicaux versés au dossier démontrent qu'elle a subi une atteinte aux ligaments et ménisques, laquelle fait partie de la liste des lésions assimilées à un accident au sens de la loi.

17. Dans un rapport du 13 janvier 2010, le Dr E _____, médecin-conseil de l'assureur et spécialiste en chirurgie orthopédique, a relevé que l'IRM pratiquée le 11 août 2008 avait permis d'exclure une lésion anatomique traumatique et mis en évidence toute une série de lésions manifestement dégénératives. Ce médecin en a conclu qu'une entorse significative du genou pouvait être exclue et que cette articulation présentait un état précaire préexistant dont les premiers symptômes auraient pu survenir à l'occasion de n'importe quel autre événement bénin de la vie courante.
18. Dans sa réponse du 15 janvier 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il relève que la recourante a signé le double de la déclaration d'accident remplie par son employeur en date du 22 août 2008 et qu'elle n'a jamais fait état d'entorse de la cheville dans ses déclarations subséquentes avant son opposition. L'intimé allègue que le rapport de l'IRM du 11 août 2008 ne fait pas état de lésion récente pouvant être mise en relation avec l'événement du 4 août 2008 et qu'à l'exception de l'épanchement, les autres éléments physiologiques constatés correspondent très clairement à des atteintes de nature dégénérative. Au vu des résultats de l'IRM, l'intimé considère que le diagnostic initial d'entorse posé par le Dr B _____ dans son rapport du 23 septembre 2008, qui n'a plus été évoqué par la suite, ne peut être admis ou ne doit l'être tout au plus que comme une conséquence d'un lâchage du genou entraîné par l'état dégénératif de celui-ci. L'intimé en déduit que la

recourante n'a pas subi de lésion assimilée à un accident au sens de la loi et que l'absence d'événement extérieur significatif exclut la prise en charge du cas à titre d'accident. L'intimé relève par ailleurs que sa position n'est pas contestée par l'employeur et la caisse-maladie de la recourante, qui ont admis le remboursement des prestations indûment versées par l'intimé

19. Le 18 février 2010, la recourante a produit deux nouveaux documents, soit une attestation d'hospitalisation du 15 au 16 décembre 2008 à la suite d'un accident et un rapport du Dr B_____ daté du 5 janvier 2010, dont il ressort que la recourante a subi un choc violent sur son genou gauche en août 2008 et qu'elle développe depuis lors un épanchement intra-articulaire suivi de douleurs antéro-externes d'allure mécanique. Ce rapport indique que la symptomatologie et l'examen clinique en août 2008 sont compatibles avec une lésion méniscale interne du genou droit et que la recourante a subi une intervention chirurgicale le 15 décembre 2008, consistant en une toilette articulaire et une stimulation de la guérison d'une lésion ménisco-synoviale interne droite lors de laquelle de nombreux débris cartilagineux ont été retirés.
20. Dans son écriture du 5 mars 2010, l'intimé fait valoir que le rapport du 5 janvier 2010 du Dr B_____ est peu crédible puisqu'il fait état d'un choc violent qui n'a jamais été invoqué par la recourante. L'intimé rappelle par ailleurs que les rapports des médecins traitants doivent être appréciés avec une certaine circonspection.

L'intimé produit le compte-rendu opératoire du 19 décembre 2008 du Dr B_____. Sous la rubrique "Diagnostics", ce rapport fait état de déchirure ménisco-synoviale interne droite, lésion chondrale stade II à III fémoro-patellaire droite, hypertrophie de la plica médio-patellaris droite, et indique dans l'anamnèse que la recourante a été victime d'une entorse du genou en août 2008. S'agissant de ce compte-rendu opératoire, l'intimé se réfère à l'avis du Dr E_____ du 3 mars 2010, qu'il produit également, et qui relève que les chondropathies de stades I à III atteignent de façon diffuse les trois compartiments du genou et sont par conséquent très vraisemblablement de nature dégénérative, ce qui est compatible avec l'âge de la recourante.

21. Le 6 mai 2010, une audience de comparution personnelle a eu lieu. La recourante a expliqué s'être tordu la cheville en se rendant au chevet d'un patient et avoir alors entendu un craquement au niveau du genou mais n'y avoir pas prêté attention. Elle était de repos le jour suivant. Ce n'est que le surlendemain, lorsqu'elle a dû reprendre le travail, qu'elle a constaté qu'elle ne pouvait plus poser le pied par terre. La recourante a allégué qu'en indiquant s'être tordu "le pied", elle n'avait en réalité pas fait de distinction entre le pied, la cheville et le genou. La recourante a enfin ajouté qu'aujourd'hui encore, elle est handicapée dans son travail et ne peut que difficilement s'agenouiller ou monter les escaliers.

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

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Toutefois, ces modifications 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 345, consid. 3).

L'événement étant survenu le 4 août 2008, la LPGA s'applique au cas d'espèce.

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le point de savoir si l'événement du 4 août 2008 peut être qualifié d'accident ou de lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 novembre 1982 (OLAA; RS 832.202).
5. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid, 5b).

Selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales (ATF du 1^{er} février 2010, 9C_663/2009, consid. 3.2), en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45, consid. 2a).

6. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident 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).

Le facteur extérieur peut être qualifié d'extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou habituels (ATF 129 V 402, consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1; RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b).

7. a) L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents de lésions assimilables à un accident. Sur cette base, le Conseil fédéral a adopté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui contient la liste exhaustive de toutes les lésions corporelles pouvant être assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire.

Il en va ainsi des fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h).

La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de cette disposition, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43, consid. 2b).

Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466, ATF 123 V 43 consid. 2b p. 44, ATF 116 V 145 consid. 2c p. 147, ATF 114 V 298 consid. 3c p. 301). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt 8C_357/2007 du 31 janvier 2008).

b) La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, en l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions

corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b).

Pour retenir l'existence d'une cause extérieure, la jurisprudence exige un événement qui présente un risque accru. Il y a notamment lieu d'admettre l'existence d'une cause extérieure lorsque le geste du quotidien qui a conduit à la douleur sollicite le corps, en particulier ses membres, dans une mesure supérieure à ce qui est normal d'un point de vue physiologique et maîtrisé d'un point de vue psychologique (ATF du 29 avril 2008, 8C_496/2007, consid. 2). Ainsi, l'existence d'un facteur extérieur dommageable est donnée lors de modifications de la position du corps qui conduisent fréquemment à des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents, telles que le fait de se redresser brusquement alors qu'on était accroupi, les mouvements brusques ou effectués alors qu'on est lourdement chargé, ou encore le changement de position du corps de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF du 23 novembre 2004, U 315/03). La cause extérieure peut être discrète et courante (ATF du 4 juillet 2007 U 362/06, consid. 3; ATF 116 V 145, consid. 2 c). Le Tribunal fédéral a ainsi admis l'existence d'une cause extérieure lors de mouvements relativement anodins, tels que le fait de se retourner en se levant dans un autocar (ATF du 2 décembre 2004, U 185/04), une brusque rotation du corps en se levant de sa chaise de bureau (ATF du 2 décembre 2004, U 60/04), le fait de se lever soudainement de sa chaise (ATF du 29 août 2006, U 159/06), le fait de se relever brusquement en pivotant alors qu'on était accroupi (ATF du 2 mai 2007, U 45/07) le fait de sauter par-dessus une branche lors d'une promenade (ATF du 19 novembre 2007, 8C_228/2007).

c) En revanche, la cause extérieure au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA ne se confond pas avec la première apparition de douleurs et il ne suffit pas que celles-ci surviennent à la suite d'un geste du quotidien sans facteur extérieur particulier. Ainsi, celui qui ressent une vive douleur, symptôme d'une des lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, lorsqu'il se lève, s'assied, se couche, marche dans une pièce, etc. ne saurait se prévaloir d'une lésion assimilée à un accident. La sollicitation physiologique du squelette, des articulations, des muscles, tendons et des ligaments ne représente pas un facteur extérieur, lequel, sans être de caractère extraordinaire, doit en effet représenter un risque plus élevé que lors d'une utilisation normale des parties du corps (ATF 129 V 466 consid. 4.2).

8. En l'espèce, le Tribunal de céans retient ce qui suit.

a) S'agissant du déroulement de l'événement du 4 août 2008, la recourante n'a jamais fait état d'un événement particulier ayant causé l'atteinte à son genou avant le 29 octobre 2009, soit plus d'une année après les faits. Ce n'est en effet qu'au stade de l'opposition que la recourante a indiqué pour la première fois s'être d'abord tordu la cheville, ce qui aurait entraîné une torsion du genou. On ne peut nier qu'il s'agit

là d'une version très différente de la première narration de l'événement du 4 août 2008. La recourante tire argument du fait que la première déclaration d'accident n'a pas été remplie par ses soins, mais par son employeur. Cet élément n'est cependant pas pertinent en l'espèce. En effet, son employeur s'est fondé sur les indications fournies par la recourante pour relater l'incident du 4 août 2008. On en veut notamment pour preuve que la description de l'événement par la recourante elle-même dans le questionnaire du 5 septembre 2008 correspond presque mot à mot à la version figurant dans la déclaration d'accident remplie par son employeur, dont la recourante a au demeurant obtenu copie. De plus, on peut raisonnablement supposer que si la description par l'employeur de l'événement ne correspondait pas à la réalité, la recourante aurait au plus tard dans sa propre description amené les corrections nécessaires sur le déroulement des événements. Or, elle n'en a rien fait, pas plus que lors de l'entretien avec l'inspecteur de l'intimé. En audience, pour expliquer les divergences entre les versions données, la recourante a allégué qu'elle ne faisait pas de distinction entre "pied, cheville et genou" dans sa description de l'incident du 4 août 2008. Cette explication est peu convaincante. La recourante travaille dans le milieu médical et a une bonne maîtrise du français. Elle ne peut donc ignorer l'importance de décrire avec précision les atteintes qu'elle subit. De plus, le pied, la cheville et le genou désignent des parties de la jambe suffisamment distinctes pour qu'on prenne la peine de les différencier et il ne s'agit pas là de termes techniques qui pourraient être utilisés de manière erronée par un profane. Dans ces conditions, il n'est guère vraisemblable d'admettre qu'en relatant l'événement du 4 août 2008 dans des déclarations officielles, la recourante ne se soit jamais donné la peine de préciser s'être dans un premier temps tordu la cheville et que les divergences entre les différentes versions qu'elle a données soient imputables à de simples imprécisions de vocabulaire.

Il convient donc de s'en tenir à la première version donnée par la recourante, selon laquelle elle s'est tordu le genou en marchant simplement dans un couloir.

Aucun facteur extérieur extraordinaire ne ressort donc de la description de l'événement du 4 août 2008 par la recourante, de sorte qu'on ne peut conclure à la survenance d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA.

b) Quant à la question de savoir si la recourante a subi une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, il faut également y répondre par la négative.

A cet égard, le Tribunal de céans souligne tout d'abord que l'existence même d'une lésion figurant dans la liste contenue dans la disposition précitée peut être mise en doute en l'espèce. En effet, le rapport d'IRM du 14 mai 2008 ne fait pas état d'une telle lésion, même s'il est vrai que le Dr B _____ évoque bien une lésion ménisco-synoviale interne droite dans ses rapports du 22 janvier et du 18 décembre 2009. Cette question peut cependant rester ouverte ici. En effet, même s'il fallait admettre l'existence d'une lésion figurant dans la liste de l'art. 9 al. 2 OLAA, force

est de constater qu'il n'y a pas eu de facteur dommageable extérieur. En effet, l'incident du 4 août 2008 est survenu alors que la recourante se déplaçait normalement dans un couloir. Même si la recourante marchait d'un bon pas, cela ne suffit pas à retenir l'existence d'un risque accru, conformément à la jurisprudence rappelée plus haut.

9. Eu égard aux considérations qui précèdent, il n'y a pas lieu d'admettre que la recourante n'a pas subi d'accident ou de lésion assimilée à un accident le 4 août 2008, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'octroyer des prestations.

Le recours doit en conséquence être rejeté. La recourante succombant, elle n'a pas droit à des dépens.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; 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

Yaël BENZ

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Christine PITTELOUD

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le