



POUVOIR JUDICIAIRE

A/908/2020

ATAS/1158/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} décembre 2020

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié _____, à ANIÈRES

recourant

contre

ASSURA-BASIS SA, sise Z.i. En Budron A1, MONT-SUR-LAUSANNE

intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. En date du 9 novembre 2016, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), de nationalité ivoirienne, né en 1975, a signé une proposition d'assurance selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) auprès d'ASSURA-Basis SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).

Le contrat rédigé par l'assurance prévoyait une entrée en vigueur de la couverture LAMal au 1^{er} novembre 2016. Il ressort de l'exemplaire figurant au dossier que la date précitée a été biffée à la main et remplacée par le 1^{er} janvier 2017.

2. Le 14 décembre 2016, l'assurance a émis une police d'assurance, laquelle indiquait comme date d'entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2016.
3. Par courrier du 28 décembre 2016, l'assuré a indiqué à l'assurance qu'il résiliait sa police d'assurance.

Il s'était vu facturer les mois de novembre et décembre 2016, en violation de l'entrée en vigueur du contrat, qui devait débiter le 1^{er} janvier 2017. Il invitait l'assurance à accuser réception de son courrier et lui confirmer la date effective de la résiliation.

4. Le 11 janvier 2017, l'assurance a accusé réception du courrier de l'assuré et précisé qu'elle y répondrait dans les meilleurs délais, l'analyse du dossier nécessitant des recherches approfondies.
5. Par courrier du 9 février 2017, l'assurance a relevé que la police d'assurance était bien entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2016.

Il ressortait de son autorisation de séjour qu'il était arrivé en Suisse le 26 janvier 2016. Il n'avait dès lors pas respecté le délai de trois mois qui lui était imparti pour s'assurer auprès d'un assureur agréé par l'office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP), sa demande d'affiliation ne lui étant parvenue que le 1^{er} décembre 2016.

Selon les dispositions légales applicables, un supplément de prime était facturé en cas d'affiliation tardive ; il était prélevé pour le double de la durée du retard d'affiliation et se situait entre 30 % et 50 % de la prime mensuelle.

En l'espèce, aucun motif ne pouvait être retenu pour excuser le retard. L'assurance était donc contrainte de facturer un supplément de prime pour affiliation tardive en tenant compte de la période écoulée depuis la prise de domicile en Suisse jusqu'à la date d'entrée en vigueur de la police au 1^{er} novembre 2016. Partant, un montant équivalent à 30 % de la prime courante devait être ajouté au décompte de primes usuelles durant vingt mois. Le droit aux prestations commençait quant à lui le 1^{er} décembre 2016, soit à la réception de la demande d'affiliation.

À la suite de sa réclamation, l'assuré était invité à justifier son retard d'affiliation en lui transmettant une éventuelle dispense d'affiliation valable jusqu'au 31 décembre 2016.

Dans l'hypothèse où ses conditions d'affiliation ne lui convenaient pas, l'assuré avait la faculté de renoncer à son affiliation auprès d'elle, en transmettant la preuve de son affiliation au sens de la LAMal auprès d'un autre assureur reconnu, avec effet au 1^{er} novembre 2016. Sans nouvelles de sa part dans les dix jours, son affiliation au sens de la LAMal serait effective au 1^{er} novembre 2016 et la décision d'affiliation tardive entrerait en force selon les conditions précitées.

6. Le dossier ne contient pas de réponse de l'assuré au courrier précité.
7. Par acte du 20 février 2020, l'assuré a adressé une « protestation, demande de résiliation de contrat pour abus de position dominante » auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS).

Il s'était marié le 16 janvier 2016 avec une résidente genevoise et ils avaient décidé de s'établir à Genève, en ignorant la législation en vigueur relative à l'obligation de s'assurer auprès d'une assurance-maladie. Il avait obtenu un permis de séjour en août 2016. Il travaillait encore en France dans le domaine de la sécurité, et cherchait un emploi sur Genève, mais les employeurs genevois dans ce domaine exigeaient deux ans de présence administrative en Suisse aux personnes non-ressortissantes de l'Union européenne, comme lui. Il était donc resté résident en France, où il avait entrepris des études dans le domaine de la santé, qui avaient pris fin au mois de juillet 2018. Il avait par la suite trouvé un emploi sur Genève, où il vivait et travaillait depuis le mois d'août 2018.

Il avait expliqué cette situation lors de la signature du contrat, soit que sa recherche d'emploi conditionnait sa venue sur Genève, raison pour laquelle il proposait de faire démarrer le contrat en janvier 2017. Le contrat avait ainsi été signé comme tel, alors que l'assurance aurait dû lui faire part des dispositions légales applicables afin qu'il puisse prendre les dispositions nécessaires.

Il avait ainsi été surpris de recevoir de la part de son épouse un courrier de l'assurance lui réclamant des impayés pour les mois où il n'était pas client de celle-là, à savoir la période courant du jour de son mariage au moment où il prenait contact avec l'assurance. Il avait ainsi demandé l'annulation du contrat avant sa date d'entrée en vigueur. L'assurance avait indiqué ne pas pouvoir le laisser sans assurance, de sorte qu'il devait lui communiquer le nom de sa nouvelle assurance. Or, pour changer d'assurance il devait s'acquitter de ses impayés auprès d'Assura et rester une année auprès d'elle car il ne pouvait changer en cours d'année.

Il se sentait victime d'une « arnaque », l'assurance ayant délibérément retenu des informations lors de la signature du contrat. Il demandait donc « l'annulation pure et simple » de son contrat avec cette assurance qui avait fait preuve de mauvaise foi. Par sa faute il se retrouvait aux poursuites, avec des saisies sur salaire, dans l'incapacité de pouvoir se projeter dans la vie.

Le recourant joignait à son acte un décompte global au 10 février 2020, faisant état de neuf actes de défaut de biens à hauteur de CHF 12'777.- au total, et de trois poursuites de CHF 3'379.75 au total, avec pour créancier l'assurance.

8. Par courrier du 28 février 2020, la chambre de céans a invité le recourant à lui transmettre la décision contre laquelle il entendait recourir.

9. Le 11 mars 2020, le recourant a fait parvenir à la chambre de céans « les différentes décisions sur opposition sur lesquelles il avait pu mettre la main ».

Il a joint différents commandements de payer émis à la suite de poursuites engagées par l'assurance à son encontre, relatives à des primes LAMal portant sur divers mois des années 2017 à 2020.

10. L'assurance a répondu au recours le 7 avril 2020, concluant principalement à son irrecevabilité, et subsidiairement à son rejet.

Le recourant n'avait pas répondu au courrier du 9 février 2017. Son affiliation avait ainsi débuté le 1^{er} novembre 2016 et un supplément de prime pour affiliation tardive lui avait été facturé.

À l'appui de son recours, le recourant produisait des commandements de payer relatifs à des primes LAMal non payées, des participations aux coûts ou encore au supplément de prime pour affiliation tardive.

À la demande de la chambre de céans de produire la décision qu'il contestait, le recourant n'avait apporté aucune explication et avait simplement remis lesdits commandements de payer. L'intimée n'était ainsi pas en mesure de déterminer l'objet de la contestation du recourant. Aucune décision sur opposition n'avait été rendue par l'intimée. Partant, la contestation était dépourvue d'objet et le recours devait donc être déclaré irrecevable.

11. Le 8 avril 2020, le recourant a transmis diverses pièces à la chambre de céans :

- Un contrat de mission temporaire en tant qu'agent de sécurité dans une entreprise française durant les mois d'octobre et novembre 2017 ;
- Deux avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu émis par le fisc français relatifs aux années 2017 et 2018, faisant état d'un montant d'impôt de EUR 0.- et envoyés au recourant à une adresse à Annemasse (France) ;
- Son autorisation de séjour suisse (permis B) octroyée pour regroupement familial avec activité, établie le 25 août 2016, précisant sa date d'entrée au 16 janvier 2016 et valable jusqu'au 15 janvier 2017 ;
- Une attestation de scolarité émise le 5 septembre 2017 par l'institut de formation en soins infirmiers, certifiant que le recourant, dont l'adresse était à Annemasse, était admis dans la formation d'aide-soignant à Ambilly durant l'année scolaire 2017-2018 ;
- Un diplôme d'Etat d'aide-soignant délivré au recourant le 6 juillet 2018.

12. Le 28 mai 2020, le recourant a transmis à la chambre de céans ses observations sur la réponse de l'intimée.

L'intimée avait démarché son épouse en 2016, et il avait pour sa part signé une proposition d'assurance en novembre 2016 sans recevoir les informations indispensables de l'intimée. Il avait l'impression de s'être fait duper.

De par son courrier du 28 décembre 2016, il avait valablement fait valoir son droit de révocation en matière de démarchage conformément aux art. 40a à 40e de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations - RS 220), trois jours avant l'entrée en vigueur de la police qu'il avait signée. Il avait tenté de contracter une autre assurance afin de se défaire de l'intimée, mais les concurrents de cette dernière lui avaient fait remarquer qu'il était tombé dans le piège, qu'il était contraint de payer les factures antérieures et de rester un an supplémentaire auprès d'elle, la période de changement d'assurance étant échue.

Toutefois, le contrat ayant été conclu grâce à un démarchage à domicile, par le biais de rétention d'informations, il convenait de le déclarer nul. S'il avait obtenu les informations pertinentes, il n'aurait jamais signé ce contrat sans avoir préalablement entrepris certaines actions auprès des structures administratives compétentes afin de clarifier sa situation et se mettre en règle vis-à-vis de la Suisse, son pays d'accueil.

13. L'intimée a dupliqué le 23 juin 2020, persistant dans ses conclusions.

Le recourant avait signé la proposition d'assurance en annexant son titre de séjour, à teneur duquel il était arrivé en Suisse en janvier 2016. Or, selon les dispositions légales applicables, il devait s'assurer dans les trois mois suivant sa prise de domicile en Suisse. Ne l'ayant pas fait et n'ayant pas transmis à l'assurance une dispense d'affiliation, il devait verser le supplément de prime prévu par la loi.

S'agissant du droit de révocation invoqué, l'art. 40a al. 2 CO prévoyait expressément que le contrat d'assurance était exclu du champ d'application, quel que soit son objet ou le régime juridique auquel il était soumis. Cette disposition ne trouvait dès lors pas application dans le présent litige.

14. Le 2 août 2020, le recourant a transmis ses observations sur la duplique de l'intimée.

Selon l'art. 2 let. b de la loi genevoise sur le séjour et l'établissement des confédéré du 28 août 2008 (LSEC - F 2 05), les salariés domiciliés dans un autre canton ou à l'étranger étaient dispensés de l'obligation de s'annoncer. Cela était bien la situation dans laquelle il se trouvait. Il ne pouvait être considéré comme résident le 16 janvier 2016, car il avait dû faire une démarche de regroupement familial, qui avait pris un certain temps. Sa date de mariage n'était que le facteur déclencheur d'un processus administratif lui permettant de s'établir en Suisse, et non la date effective de son installation dans le pays.

Dans l'attente de sa décision, il convenait que la chambre de céans stoppe les prélèvements sur son salaire, et ce de façon immédiate.

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

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la LAMal.

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

2. L'un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. En effet, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal).

Selon l'art. 7 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur (al. 2). En dérogation à l'art. 7 LAMal, l'art. 64a al. 6 LAMal limite le droit de l'assuré de changer d'assurance lorsqu'il est en retard de payer intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. En d'autres termes, tant qu'un assuré n'est pas à jour avec ses paiements à l'égard de son assurance-maladie, il ne peut changer d'assureur.

3. En ce qui concerne la recevabilité du recours, la chambre de céans relève ce qui suit.

a. Selon l'art. 49 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2).

La décision n'est pas définie dans la LPGA. Elle correspond cependant à la notion de décision au sens de l'art. 5 de la loi sur la procédure administrative (PA - RS 172.021) (ATF 131 V 42 consid. 2.4). Selon cette disposition, sont considérées comme décisions les mesures prises par les autorités dans des cas d'espèce, fondées sur le droit public fédéral et ayant pour objet : de créer, de modifier ou d'annuler des droits ou des obligations (let. a) ; de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits ou d'obligations (let. b) ; de rejeter ou de déclarer irrecevables des demandes tendant à créer, modifier, annuler ou constater des droits ou obligations (let. c). Cette définition correspond presque exactement à celle prévue

en droit cantonal, contenue à l'art. 4 al. 1 de la loi sur la procédure administrative (LPA - E 5 10), dont la teneur est la suivante : sont considérées comme des décisions au sens de l'article 1, les mesures individuelles et concrètes prises par l'autorité dans les cas d'espèce fondées sur le droit public fédéral, cantonal, communal et ayant pour objet : de créer, de modifier ou d'annuler des droits ou des obligations (let. a) ; de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits, d'obligations ou de faits (let. b) ; de rejeter ou de déclarer irrecevables des demandes tendant à créer, modifier, annuler ou constater des droits ou obligations (let. c).

b. Sur le plan formel, l'art. 49 al. 3 LPGA prévoit que les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. En outre, l'art. 46 al. 1 LPA précise que les décisions doivent être désignées comme telles, motivées et signées, et indiquer les voies et délais de recours.

La décision qui présente un vice de forme (absence d'indication des voies de droit ou de motivation, par exemple) ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. Cela étant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification d'une décision ; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. En d'autres termes, il convient d'examiner, selon les circonstances du cas concret, si l'intéressé a été effectivement induit en erreur et désavantagé de la sorte. Pour répondre à cette question, il convient de se référer au principe de la bonne foi qui sert à arbitrer entre le besoin de protection juridique de l'assuré, d'une part, et la sécurité juridique d'autre part (ATF 111 V 149 consid. 4c ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_646/2017 du 9 mars 2018 consid. 4.2, 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 4.3 et 9C_791/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2.2 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3ème éd. 2015, n. 61 ad art. 49 LPGA; Valérie DÉFAGO GAUDIN, in Dupont/Moser-Szeless (éd.), Commentaire romand de la LPGA, p. 598).

L'irrégularité de la notification peut concerner, notamment, la motivation de la décision, l'indication des moyens de droit ou la communication de la décision. La conséquence de l'irrégularité dépend des circonstances. La décision dont la notification est irrégulière n'est en principe pas nulle. Le plus souvent, la décision est annulable, de sorte que c'est par la voie de l'opposition ou du recours que l'irrégularité de la notification doit être soulevée ; cas échéant, la computation du délai à cet effet doit tenir compte de l'information donnée dans la décision attaquée et le terme de celui-ci peut être prolongé d'autant. Une décision qui n'est pas communiquée à une partie ne déploie pas d'effet juridique à l'égard de celle-ci (ATF

111 V 149 consid. 4c ; ATF 134 V 412 consid. 3.2 ; ATF 122 V 189 consid. 2 ; DÉFAGO GAUDIN, *ibidem*).

Le principe de la bonne foi (art. 5 al. 3 Cst.) oblige celui qui constate un prétendu vice de procédure à le signaler immédiatement, à un moment où il pourrait encore être corrigé, et lui interdit d'attendre, en restant passif, afin de pouvoir s'en prévaloir ultérieurement devant l'autorité de recours (ATF 132 II 485 consid. 4.3 ; ATF 121 I 30 consid. 5f et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_836/2017 du 20 avril 2018 consid. 2). Ainsi, si la recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, l'assuré est toutefois tenu de les formuler dès que possible, conformément au principe de la bonne foi.

c. Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA).

En d'autres termes, dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision (en principe sur opposition). Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 12/01 du 9 juillet 2001 consid. 1). Lorsqu'aucune décision n'a été rendue, le recours est irrecevable (ATF 131 V 202 consid. 2.1).

d. À teneur de l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Le droit de recours en vertu de cette disposition sert à mettre en oeuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 de la Constitution (Cst - RS 101) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_687/2008 du 12 mars 2009 consid. 3.1). Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1).

4. En l'espèce, le recourant semble vouloir contester son affiliation auprès de l'intimée. Dans son acte, intitulé « protestation, demande de résiliation de contrat pour abus de position dominante », il allègue avoir été trompé et ne pas comprendre pourquoi l'assurance a fait débiter la police en novembre 2016 déjà et lui a facturé des suppléments de prime pour les mois précédents son affiliation.

Après avoir reçu la police d'assurance émise par l'intimée en décembre 2016, le recourant a contesté la date d'entrée en vigueur de celle-ci et indiqué à l'assurance qu'il la résiliait.

Dans son courrier du 9 février 2017, l'intimée lui a expliqué pourquoi elle l'avait affilié à compter du 1^{er} novembre 2016 et elle lui avait facturé un supplément de prime pour les mois suivant son arrivée en Suisse et précédant sa demande d'affiliation auprès d'elle. Elle lui a également indiqué qu'il devait prouver être affilié à un autre assureur s'il souhaitait renoncer à son affiliation auprès d'elle et que, sans nouvelles de sa part dans les dix jours, son affiliation serait effective au 1^{er} novembre 2016.

Ledit courrier est resté sans réponse de la part du recourant. Celui-ci semble être depuis lors resté affilié à l'intimée, ayant produit dans le cadre de la présente procédure plusieurs commandements de payer relatifs à des arriérés de primes le concernant, portant sur divers mois des années 2017 à 2019. Ce n'est qu'aujourd'hui, soit trois ans après avoir reçu ce courrier confirmant son affiliation, que le recourant porte le litige par-devant la chambre de céans.

La question se pose de savoir si le courrier du 9 février 2017 doit ou non être considéré comme une décision formelle, ce courrier ne mentionnant aucune voie de droit. Dans la mesure où, dans ledit courrier, l'intimée a imparti au recourant un délai de dix jours pour apporter la preuve qu'il était affilié à un autre assureur, à défaut de quoi son affiliation serait effective au 1^{er} novembre 2016, l'intimée a statué sur les droits et obligations du recourant. Il s'agit donc bien d'une décision. Il aurait ainsi été bienvenu que ce courrier revête la forme d'une décision formelle en bonne et due forme. Le recourant aurait ainsi été informé de ce que s'il souhaitait en contester la teneur, il pouvait former opposition à son encontre.

Le recourant ne s'étant jamais opposé à cette décision auprès de l'intimée, le recours porté par-devant la chambre de céans sera assimilé à une opposition. Cela étant, par économie de procédure, le dossier ne sera pas renvoyé à l'intimée pour qu'elle statue sur l'opposition, et celle-ci sera déclarée manifestement irrecevable pour cause de tardiveté. En effet, au vu de son absence de réaction pendant plus de trois ans, le recourant ne saurait de bonne foi se prévaloir d'un vice de forme à cette décision pour pouvoir la contester aujourd'hui encore. L'on peine à comprendre pourquoi le recourant a attendu trois ans pour réagir au courrier de l'intimée du 9 février 2017, ce d'autant plus qu'il ne fait valoir aucun motif qui l'aurait empêché d'agir dans un délai raisonnable.

Partant, ladite décision du 9 février 2017 doit être considérée comme définitive, et l'opposition du recourant manifestement tardive.

5. Au vu des considérants qui précèdent, le recours est irrecevable.
6. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. g LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours irrecevable.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie CARDINAUX

Blaise PAGAN

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