

## **GE\_GERICHTE A/311/2012 vom 29. Mai 2012**

GE Cour de justice, 2012-05-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_311\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_311_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/311/2012 du 29 mai 2012

IT: GE\_GERICHTE A/311/2012 del 29 maggio 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

ème Chambre En la cause Monsieur C \_\_\_\_\_, domicilié à Onex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GIROD Philippe recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 LUCERNE intimée EN FAIT M. C \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1960 est employé par X \_\_\_\_\_ SA et assuré à ce titre auprès de la SUVA -CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA) selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). Le 22 novembre 2010, l'assuré a trébuché sur un seuil à domicile et a chuté sur un canapé. Son thorax a heurté l'accoudoir du canapé (trauma thoracique). L'accident a été déclaré à la SUVA. Le 23 novembre 2010, l'assuré a consulté le centre médical d'Onex puis a été transféré en ambulance aux Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG). Le 23 novembre 2010, le service des urgences a rendu un rapport attestant d'un séjour de l'assuré le même jour pour un diagnostic principal de péricardite aiguë de probable origine virale 130.9 et, secondaire, de malaise vagal R55.XX-002. Un traitement de AAS 1g 3x/j a été ordonné pendant deux semaines avec un contrôle par le médecin-traitant. L'assuré a été en incapacité de travail totale du 13 au 28 décembre 2010. Le 16 décembre 2010, l'assuré a consulté les Drs L \_\_\_\_\_, FMH médecine interne, et M \_\_\_\_\_, FMH cardiologie, du centre médical d'Onex. Un examen tomodensitométrique cervico-thoraco-abdominal supérieur du 17 décembre 2010 a conclu à des données tomodensitométriques cervico-thoraco-abdominales supérieures en faveur d'une pleuropéricardite avec présence d'un discret épanchement péricardique et d'un épanchement pleural gauche modéré associé à une atélectasie passive du segment postéro-basal gauche. Une éventuelle consultation de cardiologie était préconisée afin de réaliser une écho cardiaque. En cas de suspicion de myocardite, une éventuelle IRM cardiaque pouvait être effectuée si elle s'avérait cliniquement nécessaire. Par ailleurs, présence d'un goitre plongeant du côté gauche. Les autres données tomodensitométriques étaient sans anomalie notable, en particulier absence d'effet de masse du creux sus-claviculaire gauche ou d'adénopathie significative mise en évidence. La Dresse N \_\_\_\_\_, centre médical d'Onex, a rempli le 4 mars 2011 un rapport médical LAA selon lequel l'assuré avait souffert huit heures après la chute de douleurs à l'épaule. Il avait subi une chute avec un trauma thoracique suivi de péricardite et avait été transféré aux urgences des HUG. Elle avait constaté un patient transpirant, subfébrile, discrètement hypotendu avec douleurs irradiant dans les épaules. A la question, les lésions sont-elles dues uniquement à l'accident, la Dresse N \_\_\_\_\_ a indiqué "?". Le 12 mai 2011, la SUVA a informé l'assuré qu'au vu des pièces médicales les troubles au thorax n'étaient pas en lien de causalité probable avec l'accident, de sorte que le cas n'était pas pris en charge. Par courriel du 7 juin 2011, l'assuré a requis que son dossier soit à nouveau transmis à la

SUVA avec un dossier conforme à la réalité, le rapport des HUG n'ayant à tort pas pris acte de l'accident ni de celui, antérieur, où il s'était fissuré une côte en faisant référence à une cause virale dont il n'avait aucun symptôme. Le 8 juillet 2011, M. D\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, a rédigé un "certificat" dans lequel il a déclaré que le 23 novembre 2010, l'assuré l'avait appelé très tôt pour l'informer d'un accident survenu dans la nuit (il avait trébuché sur un seuil de porte et avait chuté sur un accoudoir de canapé) et présentait une difficulté respiratoire, des douleurs thoraciques aiguës, ne pouvait supporter la position allongée et une insomnie malgré un long bain chaud. Il avait revu l'assuré le 3 décembre 2010 à son cabinet et constaté que plusieurs segments costo-vertébraux étaient particulièrement raides et devaient être mobilisés de manière spécifique (D4-5 D7-8 D11-12) et les cartilages costo-vertébraux (côtes 7 et 8 gauches) étaient algiques. Par courriel du 11 juillet 2011, l'assuré a requis de la SUVA qu'elle reconsidère sa position et règle les factures médicales relatives à son accident. Le 13 juillet 2011, le Dr O\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu une appréciation médicale selon laquelle il ne décelait aucun motif d'origine accidentelle justifiant le traitement. L'ensemble du tableau clinique correspondait à une maladie infectieuse et non pas à une contusion thoracique. On ne voyait pas comment un traumatisme aurait pu provoquer une atélectasie de la partie postérieure des poumons et une péricardite localisée antérieurement. De plus, l'IRM du 17 décembre 2010 ne montrait aucune suite d'accident. Le 8 août 2011, l'assuré s'est entretenu avec un inspecteur de la SUVA. L'assuré a relevé que suite à son accident de ski ayant entraîné des lésions au genou et au thorax, des douleurs épisodiques et une gêne au niveau du thorax avaient persisté. Lors de son accident du 22 novembre 2010, il n'avait pas subi de malaise mais bien des douleurs au thorax suite à sa chute. Les HUG avaient posé un diagnostic fantaisiste. Actuellement, il allait bien et le traitement médical était terminé. Par courriel du 13 septembre 2011, l'assuré a requis de la SUVA qu'elle règle son affaire d'ici fin septembre 2011. Le 14 septembre 2011, le Dr O\_\_\_\_\_, a indiqué que même si l'assuré avait été victime d'une chute, celle-ci ne pouvait provoquer la péricardite et l'atélectasie postéro-basal gauche. Par décision du 27 septembre 2011, la SUVA a contesté tout droit au versement de prestations d'assurance au motif qu'il n'existait aucun lien de causalité vraisemblable entre l'événement du 22 novembre 2010 et les douleurs au thorax annoncées. Le 27 novembre 2011, l'assuré, représenté par un avocat, a fait opposition à la décision du 27 septembre 2011 en faisant valoir que les HUG avaient commis une erreur en faisant référence sur leur facture à une maladie, que M. D\_\_\_\_\_ avait confirmé la cohérence des plaintes avec un traumatisme thoracique, qu'il s'agissait bien d'un accident et que la SUVA avait d'ailleurs pris en charge les factures du groupe médical d'Onex. Par décision du 15 décembre 2011, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré en relevant que le Dr O\_\_\_\_\_ avait exclu tout lien de causalité entre les troubles de l'assuré et l'accident du 22 novembre 2011, lequel ne pouvait provoquer une pleuro-péricardite ni une atélectasie au niveau du poumon postéro-basal gauche, que l'IRM du 17 décembre 2010 n'avait pas montré de lésion post-traumatique, que les symptômes décrits par le Dr N\_\_\_\_\_ correspondaient à une maladie virale et non pas à une contusion du thorax, que les déclarations de M. D\_\_\_\_\_ qui n'avait pas vu l'assuré, ne pouvaient remettre en cause l'analyse du médecin d'arrondissement et que la prise en charge des factures du groupe médical d'Onex ne fondait pas un droit au remboursement de factures suivantes. Le 31 janvier 2012, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA en concluant à son annulation et à la reconnaissance du droit aux prestations de la SUVA en relation avec

l'accident du 22/23 novembre 2010. Il fait valoir que le rapport des ambulanciers ne figurait à tort pas au dossier, que le résumé du séjour aux HUG ne faisait pas référence aux circonstances l'ayant amené à se rendre au centre médical d'Onex, qu'il avait été suivi quelque jour après l'accident en raison de la réapparition des symptômes par les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ que des causes traumatiques existaient pour une péricardite. Le 5 mars 2012, la SUVA a conclu au rejet du recours en se référant aux avis du Dr O\_\_\_\_\_ des 15 juillet et 14 septembre 2011. Le 26 mars 2012, la Cour de céans a convoqué les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré : "Le 22 novembre 2010 vers 23 heures j'ai trébuché sur un seuil et je suis tombé sur l'accoudoir de mon canapé sur la poitrine. J'ai ressenti une douleur d'abord au centre de la poitrine qui s'est ensuite déplacée au niveau du cœur et qui s'est intensifiée au cours de la nuit de sorte que je n'ai pas dormi du tout et que j'ai dû rester en position assise car la position couchée était très douloureuse. Le matin j'ai téléphoné à M. D\_\_\_\_\_ qui est physio-ostéopathe et homéopathe qui me suivait et qui m'a vivement conseillé d'aller consulter le groupe médical d'Onex (GMO). Je me suis rendu au GMO, je me suis annoncé au guichet et je me suis ensuite évanoui. Un médecin dont je ne sais plus le nom m'a pris en charge et j'ai ensuite rapidement été transféré en ambulance aux HUG. Aux HUG j'ai dit que j'avais chuté ce qui n'a toutefois pas été mentionné dans le rapport des médecins. L'un deux parlait mal le français et n'a pas correctement résumé ce que j'avais expliqué. J'ai également dit aux ambulanciers que j'avais chuté et je leur ai demandé leur rapport mais je n'en ai pas reçu de copie. Ce rapport ne mentionnait toutefois pas mon accident. On m'a donné un anticoagulant et je suis ressorti des HUG. J'ai travaillé le lendemain et pendant une durée de six jours sans ressentir de douleurs. Le septième jour les douleurs sont réapparues. J'ai appelé les HUG qui m'ont dit d'augmenter les doses d'anticoagulant ce que j'ai fait et j'ai ensuite été consulter le GMO où j'ai été traité par le Dr L\_\_\_\_\_ et la Dresse M\_\_\_\_\_, cardiologue, qui m'a fait des échographies. Le Dr L\_\_\_\_\_ m'a prescrit de continuer le traitement d'anticoagulants. Les douleurs ont ensuite disparu et ne sont plus jamais réapparues. Le diagnostic de péricardite a été confirmé par le Dr L\_\_\_\_\_ en revanche les médecins des HUG ont confirmé que l'origine était certainement virale alors que je ne présentais aucuns des symptômes liés à une péricardite tels que des problèmes digestifs. Ma caisse-maladie a, après mes explications, retourné les factures aux HUG. Quelques mois plus tard les HUG ont retransmis les mêmes factures qu'elle a finalement payé. Les factures du GMO ont été payées par la SUVA. Le Dr L\_\_\_\_\_ m'a mis en incapacité de travail pendant deux semaines dès le jour où je l'ai consulté. Je n'avais jamais eu de problème cardiaque avant cet accident ni ressenti de telles douleurs. Il y a environ dix ans (2003) j'ai subi un accident de ski au cours duquel je me suis fissuré cinq cotes. J'ai été étonné que les HUG m'aient laissé sortir sans arrêt de travail. J'ai d'ailleurs subi une rechute quelques jours plus tard. Actuellement je n'ai plus jamais eu de symptômes similaires. L'échographie a été pratiquée après l'accident soit environ 10 jours après. Je ne me rappelle pas des noms des médecins qui m'ont soigné aux HUG. Le Dr N\_\_\_\_\_ qui a signé le rapport LAA travaille au GMO. Il s'agit peut-être du médecin qui m'a pris en charge le matin de l'accident au GMO. Le représentant de la SUVA a déclaré : Je ne sais pas pourquoi les factures du GMO ont été payées, en principe ça ne devrait pas être le cas. L'accident n'est pas contesté par la SUVA mais la causalité entre celui-ci et la péricardite n'est pas admise, même l'échographie qui a été pratiquée n'a pas révélé de lésion traumatique. 24. A la demande de la Cour de céans, les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ ont donné des renseignements : - Le 3 avril 2012, le Dr L\_\_\_\_\_ a

indiqué qu'il avait suivi l'assuré du 16 au 22 décembre 2010, posé un diagnostic de péricardite et d'épanchements pleural gauche, qu'il n'avait pas d'élément qui permettait de distinguer entre une origine malade ou traumatique de la péricardite et que le diagnostic évoqué le 23 novembre 2010 lors de la consultation en urgence avait imposé un transfert immédiat aux HUG. - Le 4 avril 2012, La Dresse M\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle avait vu l'assuré une seule fois le 16 décembre 2010 pour un épanchement pleural gauche, une absence d'épanchement péricardique et une possible péricardite d'origine virale, qu'elle confirmait le diagnostic des HUG avec une probable origine virale, qu'une origine traumatique impliquerait l'apparition d'un épanchement péricardique et qu'une simple chute sur le thorax sans choc violent n'entraînait pas de péricardite. Le 7 mai 2012, elle a précisé, à la demande de la Cour de céans, que l'examen tomodensitométrique du 17 décembre 2010 faisait état d'un épanchement péricardique discret ne modifiant pas son appréciation globale car cet épanchement était compatible avec une pleuropéricardite de probable origine virale comme diagnostiqué aux HUG et qu'une simple chute n'entraînait selon toute vraisemblance pas de péricardite. 25. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA). 3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée pour les frais médicaux encourus en raisons des atteintes à la santé qu'il a présentées postérieurement au 22 novembre 2010, singulièrement sur la question de savoir si ces atteintes ont une origine accidentelle. 4. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 2 al. 2 LAMal; art. 9 al. 1 OLAA, dans leur teneur en vigueur au moment de l'événement du 2 septembre 2000; cf. ATF 127 V 466 , consid. 1 p. 467). b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [Meyer, édit.], 2ème éd., Bâle, Genève, Munich 2007, no 79 p. 865). A cet égard, la constatation que l'assuré était asymptomatique avant l'accident repose sur le principe "post hoc, ergo propter hoc", lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341 ). c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le

fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATFA non publié du 7 juillet 2004 en la cause U 179/03 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2). d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*; cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, no 80 p. 865). 5. Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 352 consid. 3a). L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4ème édition, Berne 1984, p. 136 ; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2 ème éd., p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). 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 (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b ; ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01). Si les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le litige, la mise en œuvre d'une expertise est superflue et le juge peut s'en

dispenser par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 428/429), dans le respect du droit d'être entendu de l'assuré. En l'espèce, il ressort des pièces médicales au dossier et des déclarations du recourant, non contestées par l'intimé, que le recourant a été victime d'une chute le 22 novembre 2010, (après avoir trébuché sur un seuil, son thorax a heurté l'accoudoir du canapé), qu'il a présenté le 23 novembre 2010 une péricardite (rapport de la Dresse N \_\_\_\_\_ du 4 mars 2011), que, transféré aux HUG, un diagnostic de péricardite de probable origine virale (I30.9) a été posé (rapport des HUG du 23 novembre 2010), que le diagnostic de péricardite avec épanchement pleural gauche a été confirmé par les Drs L \_\_\_\_\_ (rapport du 3 avril 2012) et M \_\_\_\_\_ (rapports des 4 avril et 7 mai 2012), que le recourant a également présenté le 3 décembre 2010 des segments costo-vertébraux raides et des cartilages costo-vertébraux algiques (rapport du Dr D \_\_\_\_\_ du 8 juillet 2011). L'assuré estime que la péricardite est d'origine traumatique alors que l'intimé le conteste. A cet égard, la Dresse M \_\_\_\_\_, laquelle est une spécialiste en cardiologie, a clairement écarté la possibilité, en particulier au vu de la chute décrite par l'assuré et de l'absence d'un épanchement péricardique autre que discret, d'une origine traumatique de la péricardite présentée par l'assuré (rapport du 4 avril 2012). Elle a précisé que l'épanchement péricardique discret révélé par l'examen tomodensitométrique du 17 décembre 2010 ne modifiait pas son appréciation (rapport du 7 mai 2012). Cet avis rejoint celui du médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr O \_\_\_\_\_ (rapports des 13 juillet et 14 septembre 2011). Par ailleurs, aucun autre avis médical au dossier ne met en doute les conclusions des Drs M \_\_\_\_\_ et O \_\_\_\_\_; en particulier le Dr L \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la vraisemblance d'une origine traumatique de la péricardite (rapport du 3 avril 2012); quant à M. D \_\_\_\_\_, si son avis atteste d'atteintes costo-vertébrales il ne permet pas encore de conclure à une origine traumatique de la péricardite en cause. Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimé refusant toute prestation, au motif que l'affection en cause n'a pas d'origine accidentelle, ne peut qu'être confirmée et le recours rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.