

GE_GERICHTE A/3884/2010 vom 20. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3884_2010

FR: GE_GERICHTE A/3884/2010 du 20 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE A/3884/2010 del 20 ottobre 2011

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur R_____, domicilié à CONFIGNON demandeur contre CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENTS SA, sise Bundesplatz 15, 6002 LUCERNE défenderesse EN FAIT Monsieur R_____ (ci-après l'assuré), né en 1942, est affilié auprès de CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENTS SA (ci-après l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident mais aussi pour deux assurances complémentaires (DIVERSA et NATURA) dont les polices se réfèrent aux conditions générales d'assurance (CGA) dans leur version 2007 et aux conditions complémentaires d'assurance (CCA) dans leur version 1997 (pièces 1 à 3 défenderesse et la police d'assurance du 3 décembre 2009 valable dès le 1^{er} janvier 2010 produite par le demandeur). L'assuré souffrant de dorsolombalgies sévères sur une scoliose et d'ostéoporose, son médecin traitant - le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie - lui a prescrit en date du 25 mai 2010 une cure de trois semaines à Loèche-les-Bains. Le médecin a attesté de l'échec de la physiothérapie à sec (pièce 4 défenderesse). Interrogé par l'assurance, le Dr A_____ a précisé en date du 7 juin 2010, que l'assuré souffrait d'une ostéoporose et d'une scoliose (sévère) et que ces dernières avaient pour conséquence des dorsolombalgies. Plusieurs traitements avaient déjà été tentés : kinésithérapie à sec, Fosamax et anti-inflammatoires. La physiothérapie à sec n'ayant pas été suivie d'effet, le médecin préconisait une cure thermique ayant pour objectifs une mobilisation et une tonification dans l'eau. Le Dr A_____ a affirmé avoir ordonné cette cure de sa propre initiative et non à la requête de l'assuré (pièce 5 défenderesse). Le 18 juin 2010, le Dr B_____, médecin-conseil de l'assurance, a émis l'avis qu'une physiothérapie en piscine, en ambulatoire, aurait pu être tentée (pièce 6 défenderesse). Le 23 juin 2010, l'assurance, se référant à l'avis de son médecin-conseil, a encouragé son assuré à se soumettre à une physiothérapie en ambulatoire, dans un institut de physiothérapie reconnu ou dans un hôpital. L'assurance a estimé que puisqu'une telle possibilité subsistait, les conditions requises pour la prise en charge d'une cure balnéaire n'étaient pas réalisées, raison pour laquelle elle s'est refusée à participer aux frais de cure (pièce 7 défenderesse). Par courrier du 2 juillet 2010, l'assuré a contesté cette prise de position, alléguant que, selon son médecin, il était impératif qu'il se rende en cure chaque année (pièce 8 défenderesse). Le 7 juillet 2010, l'assurance a réclamé à l'assuré des informations concernant les séances de physiothérapie ambulatoires pratiquées en 2009 et 2010 ainsi que le nom du physiothérapeute l'ayant suivi. Relevant que la prise en charge de cures relevait non de l'assurance obligatoire des soins, mais des assurances complémentaires, l'assurance a expliqué qu'elle ne pouvait rendre de décision susceptible d'opposition sur ce point (pièce 9 défenderesse). Le 30 juillet 2010, l'assuré a répondu qu'après s'être soumis à des séances de physiothérapie durant plusieurs années sans résultat, il y avait renoncé, limitant ainsi les

dépenses à charge de l'assurance. Il a rappelé que le Dr A_____ avait souligné la nécessité de se soumettre chaque année à un traitement à Loèche-les-Bains. Enfin, l'assuré a demandé à être examiné par le médecin-conseil de l'assurance (pièce 10 défenderesse). Par courrier du 5 août 2010, l'assurance a campé sur sa position, informant tout de même l'assuré que s'il persistait à vouloir faire une cure, l'assurance obligatoire des soins ne prendrait en charge qu'un montant de 10 fr. par jour durant trois semaines ; la physiothérapie serait quant à elle prise en charge selon les tarifs conventionnels en vigueur (pièce 11 défenderesse). Le 30 septembre 2010, l'assuré a contesté à nouveau la position de l'assurance et requis une décision formelle sujette à recours (pièce 12 défenderesse). Par courrier du 8 octobre 2010, l'assurance a confirmé la teneur de ses courriers précédents et réexpliqué à l'assuré que le litige relevait des assurances complémentaires (pièce 12 défenderesse). L'assuré s'est finalement rendu en cure thermique du 11 au 28 octobre 2010, à Loèche-les-Bains. Le 11 novembre 2010, l'assuré (ci-après le demandeur) a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - d'une demande en paiement. Le demandeur conclut à ce que l'assurance (ci-après la défenderesse) soit condamnée à lui rembourser la totalité des frais de sa cure. Il allègue que son état de santé rend une telle cure indispensable une fois par an. Le demandeur produit notamment une facture d'un montant de 952 fr. 50 pour la location d'un appartement (studio) du 11 au 28 octobre 2010 à Loèche-les-Bains. Invitée à se déterminer, la défenderesse, dans sa réponse du 11 janvier 2011, a conclu au rejet de la demande. La défenderesse explique avoir pris en charge, par le biais de l'assurance obligatoire des soins, une facture de physiothérapie de 943 fr. 30 (traitement du 11 au 27 octobre 2010), ainsi qu'un montant de 153 fr. (équivalant à une participation de 10 fr. par jour, déduction faite de la participation du demandeur de 10% [17 fr.]). La défenderesse fait remarquer que seule la contribution de 30 fr. par jour, au titre de l'assurance complémentaire DIVERSA, a ainsi été refusée. A cet égard, elle se réfère aux CCA DIVERSA dont elle soutient qu'elles excluent la prise en charge d'une cure balnéaire telle que sollicitée par le demandeur puisque ce dernier n'a plus effectué de physiothérapie à sec depuis 2004 au moins, ni même de physiothérapie en piscine, préalables indispensables à la prise en charge d'une cure balnéaire. Pour le reste, la défenderesse fait valoir qu'une expertise est inutile. En définitive, elle constate que le demandeur a pris le risque de devoir assumer lui-même les frais de location facturés par l'établissement de Loèche-les-Bains. Le 27 janvier 2011, le demandeur a répliqué en produisant un certificat établi le 21 janvier 2011 par le Dr A_____. Il résulte dudit certificat que le demandeur souffre d'une scoliose sévère et d'une ostéoporose et que pour éviter la décompensation de sa scoliose, il est obligé d'effectuer régulièrement des séries de physiothérapie, ce qui doit pouvoir être fait en partie dans l'eau. Le médecin ajoute qu'un traitement de balnéothérapie permet d'augmenter la masse musculaire, d'effectuer des exercices difficiles à entreprendre lors d'une physiothérapie à sec, de diminuer la prise d'antalgiques et d'espacer les séries de kinésithérapie à sec. Enfin, il fait remarquer que cette prise en charge à Loèche-les-Bains donne d'excellents résultats chez l'assuré. Le 16 février 2011, la défenderesse a dupliqué. Elle relève une fois encore que le demandeur n'a plus suivi de physiothérapie ambulatoire depuis de nombreuses années et rappelle que les CCA DIVERSA ne permettent de prendre en charge une cure thermique ou balnéaire que dans l'hypothèse où celle-ci a été précédée d'un traitement ambulatoire intensif, ce qui n'est pas le cas du demandeur. Interrogé par la Cour de céans, le Dr A_____ a confirmé par courrier du 16 août 2011, que l'assuré souffre d'une sévère scoliose et que le seul traitement possible consiste en une prise en charge chronique et régulière en kinésithérapie sans

laquelle la situation risque de se décompenser avec un risque élevé de morbidité, étant précisé qu'une scoliose non traitée peut entraîner de graves troubles respiratoires, sans parler des douleurs. Le médecin explique que la kinésithérapie consiste dans l'ensemble des techniques manuelles à sec et dans l'eau. La cure thermique est, d'après lui, essentielle, car elle permet une prise en charge quotidienne durant trois semaines. Les mouvements effectués dans l'eau sont plus faciles et remusclent le dos ; cette remusculation est nécessaire pour éviter une péjoration de l'état de santé du demandeur. Le médecin ajoute qu'il prescrit à l'assuré 2 à 3 séries de 9 séances de physiothérapie à sec par année et des séances de physiothérapie en piscine, en ambulatoire, une fois par année. Selon lui, les séances de physiothérapie en piscine, en ambulatoire, ne peuvent remplacer une cure thermique, laquelle permet une prise en charge quotidienne (plusieurs fois par jour) dans une eau de la qualité adéquate (eau de source non traitée et non chauffée), ce qui conduit à des résultats plus rapides en termes de diminution de la douleur et d'augmentation de la masse musculaire. Le 22 septembre 2011, la défenderesse a persisté à soutenir que des séances de physiothérapie en piscine, en ambulatoire, feraient tout aussi bien l'affaire ; il suffirait pour cela de prescrire plus souvent ; une prise en charge régulière, voire quotidienne, serait ainsi susceptible d'être organisée sans problème au lieu de domicile de l'intéressé. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT L'assurance en cause est soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1 ; cf. art. 1.3 CGA). Conformément à l'art. 37.2 CGA, en cas de contestations découlant du contrat, l'assuré a le choix entre le for de Lucerne et celui de son domicile suisse. Partant, il existe un for à Genève, canton où le demandeur a son domicile. Jusqu'en décembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal relevant de la LCA (cf. art. 56 V al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 [aLOJ; RS E 2 05]). Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle a repris la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA; RS 961.01) ne contenant pas de règles spécifiques concernant les délais relatifs aux contestations de droit privé entre assurances et assurés, la demande est recevable à la forme. Le litige porte sur la question de savoir si l'assurance complémentaire DIVERSA doit ou non prendre en charge la totalité des frais de la cure thermique effectuée par le demandeur à Loèche-les-Bains du 11 au 28 octobre 2010. Le demandeur n'a pas chiffré précisément ses conclusions. Il a néanmoins produit une facture de 952 fr. 50, correspondant à ses frais de logement durant la période du 11 au 28 octobre 2010, de sorte qu'on peut en déduire que telle est la valeur litigieuse. Quoiqu'il en soit, celle-ci est manifestement inférieure à 30'000 fr. a) En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires (ATAS/1104/2006). Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance. En effet, l'art. 100 LCA renvoie au droit des obligations, et partant, au code des obligations (CO; RS 220). Lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit donc, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la

"réelle et commune intention des parties", le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO). S'il ne parvient pas à établir avec certitude cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance; ATF 122 III 118 , consid. 2a; ATF 118 II 342 , consid. 1a). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (ATF 5C.134/2002 du 17 septembre 2002, consid. 3.1). Selon la jurisprudence, il convient de ne pas attacher une importance décisive au sens des mots, même clairs, utilisés par les parties (abandon de la "Eindeutigkeitsregel"). Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO qu'on ne peut ériger en principe qu'en présence d'un texte clair, on doit exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation; même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire et indiscutable à première vue, il peut résulter du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que la lettre ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (arrêt 5C.305/2001 du 28 février 2002, consid. 4b; ATF 127 III 444 , consid. 1b). Finalement, et de façon subsidiaire, lorsqu'il subsiste un doute sur leur sens, les dispositions exclusivement rédigées par l'assureur, ainsi les conditions générales pré-formulées, sont à interpréter en défaveur de leur auteur, conformément à la règle des clauses ambiguës ("in dubio contra stipulatorem"; "Unklarheitsregel") (ATF 4C.208/2006 du 8 janvier 2007, consid. 3.1; ATF 122 III 118 consid. 2a). Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons ("zweideutig") et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATF B 56/03 du 2 décembre 2003, consid. 3.6; ATF 122 III 124 , consid. 2d). Aux termes de l'art. 33 LCA, l'assureur répond - sauf dispositions contraires - de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Cette disposition est une concrétisation de l'adage in dubio contra stipulatorem (ATF 115 II 264 , consid. 5a). Ainsi, une disposition qui limite le risque assuré n'est valable que si elle exclut de l'assurance certains événements de manière précise et non équivoque. Savoir si une telle condition est remplie dans le cas concret se détermine d'après le sens généralement donné dans le langage courant aux termes utilisés (ATF 116 II 189 , consid. 2a). Il ne s'agit pas de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré. Il est vrai néanmoins qu'une clause d'exclusion doit être interprétée restrictivement (ATF 5C.26/2004 du 14 avril 2004, consid. 3.1). En outre, il est exclu d'interpréter de manière isolée les divers éléments du contrat; chaque clause contractuelle doit être interprétée à partir du contrat dans son ensemble (ATF 5C.44/2004 du 21 mai 2004, consid. 2.1). Partant, lorsque les parties ont convenu de la définition à donner à un terme dans le contrat d'assurance ou dans les CGA, qui en font partie intégrante, c'est cette définition conventionnelle qui fait foi (Stephan FUHRER, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, N° 106, ad art. 33 LCA). b) En l'espèce, d'après l'art. 4 CGA, sont assurables les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et des accidents en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'assurance-accidents selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Les prestations seront accordées en complément à celles de ces assurances obligatoires (art. 4.1). Les détails concernant les différentes assurances sont réglés dans les Conditions complémentaires d'assurance (CCA ;

art. 4.2). Lorsqu'une maladie ou un accident donne probablement droit à des prestations, il y aura lieu de veiller aussi rapidement que possible à ce que des soins médicaux adéquats soient prodigués. L'assuré est tenu de se conformer aux prescriptions du médecin ou des autres fournisseurs de prestations (art. 26.1 CGA). L'art. 29 CGA prévoit que l'ordonnance médicale de cure doit être remise à l'assureur à temps avant le début de la cure avec indication de l'établissement de cure ou de la station thermale et de la date du début de la cure. D'après l'art. 5 CCA DIVERSA, pour les cures balnéaires stationnaires, effectuées sur prescription médicale dans une station thermale suisse dirigée par un médecin et correspondant à l'art. 40 LAMal, les prestations suivantes seront versées en sus des frais couverts par l'assurance obligatoire des soins durant 21 jours au maximum par année civile : 30 fr. par jour pour DIVERSA et 50 fr. par jour pour DIVERSA plus (art. 5.1 premier paragraphe). Ces prestations ne sont accordées que si la cure a été précédée d'un traitement intensif approprié et reconnu scientifiquement ou si un tel traitement ambulatoire ne peut être appliqué. De plus, un examen médical d'entrée doit avoir lieu au début de la cure et des mesures balnéologiques / physiothérapeutiques reconnues scientifiquement en Suisse doivent être effectuées selon le plan de cure (art. 5.2). Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, les cantons prévoient une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 LSA). En introduisant cet allègement de procédure, le législateur s'est inspiré des dispositions de droit fédéral motivées par des buts de politique sociale en matière de baux à loyer (art. 274d CO), de baux à ferme (art. 301 CO) et de contrats de travail (art. 343 CO; ATF 127 III 421 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence rendue en matière de contrat de travail et de bail, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a p. 238). Comme l'a précisé le Tribunal fédéral des assurances dans sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves dans le domaine médical, le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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 (ATF non publié 4A_253/2007 du 13 novembre 2007, consid. 4.2). En présence 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 125 V 351 ss consid. 3, ATF non publié 4A_45/2007 du 12 juin 2007, consid. 5.1). 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 est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). a) En l'espèce, la défenderesse a refusé de prendre en charge de la totalité des frais de la cure thermale du 11 au 28 octobre 2010 (hormis les frais de physiothérapie de 943 fr. 30 et un montant de 153 fr., remboursés par le biais de l'assurance obligatoire des soins). La défenderesse estime que le demandeur aurait dû préalablement, conformément à l'art. 5.2 CCA DIVERSA, entreprendre un traitement intensif approprié et reconnu scientifiquement, sous la forme de séances de physiothérapie en piscine, en ambulatoire. Le demandeur conteste ce point de vue, alléguant qu'il a pratiqué durant plusieurs années sans succès de la physiothérapie à sec contrairement à la cure thermale, qui donne chez lui d'excellents résultats. b) Il convient de constater que les parties concordent sur l'interprétation de l'art. 5.2 CCA DIVERSA, lequel prescrit la subsidiarité d'une cure thermale par rapport à un traitement intensif approprié et reconnu scientifiquement. c) Le médecin de l'assureur s'est contenté de relever que le demandeur avait la possibilité de pratiquer de la physiothérapie en piscine, sans se prononcer sur la nécessité d'une cure thermale telle que pratiquée à Loèche-les-Bains. Le rhumatologue du demandeur a quant à lui défendu la nécessité d'une telle cure, expliquant qu'elle permet une prise en charge quotidienne à raison de plusieurs fois par jour et ce, durant trois semaines, ce qui, ajouté à la qualité de l'eau (eau de source non traitée et non chauffée), permettait d'obtenir plus rapidement des résultats en termes de diminution de la douleur et d'augmentation de la masse musculaire. L'échec de la physiothérapie à sec a par ailleurs été confirmé par le médecin traitant. Ce dernier a toutefois précisé qu'une prise en charge chronique et régulière en kinésithérapie était nécessaire, raison pour laquelle il préconise notamment deux à trois séries de neuf séances de physiothérapie à sec par année ainsi que des séances de physiothérapie en piscine, en ambulatoire, une fois par année. Or, le demandeur a déclaré n'avoir pas pratiqué de physiothérapie à sec depuis quelques années, notamment pas durant l'année 2010, et il ne prétend pas avoir effectué des séances de physiothérapie en piscine de manière intensive durant cette année-là. Partant, force est de constater que la cure thermale d'octobre 2010, même si elle semble être essentielle au maintien de l'état de santé du demandeur, n'a pas été précédée d'un traitement intensif approprié. Il n'apparaît pas non plus, au vu des déclarations du Dr A_____, qu'un traitement intensif, comprenant des séances de physiothérapie à sec et en piscine, ne pouvait pas être appliqué, au sens de l'art. 5.2 CCA DIVERSA. Les conditions de prise en charge par l'assurance complémentaire DIVERSA ne sont dès lors, à l'évidence, pas réalisées, de sorte que le demandeur ne peut prétendre au remboursement des frais de sa cure thermale du 11 au 28 octobre 2010. C'est ainsi à bon droit que la défenderesse a refusé de prendre en charge les frais de la cure thermale du demandeur par le biais de l'assurance complémentaire DIVERSA. Mal fondée, la demande sera donc rejetée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89h al. 1 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare la demande recevable. Au fond : Rejette la demande. Dit que la procédure est gratuite. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par

la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14). Lorsque la valeur litigieuse minimale de 30'000 francs n'est pas atteinte, le recours n'est recevable que si la contestation soulève une question juridique de principe (art. 74 al. 2 let. a LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du demandeur 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 demandeur, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La valeur litigieuse des conclusions pécuniaires est en l'espèce, au sens de la LTF, inférieure à 30'000 fr. La greffière Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK 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

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