

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2640/2023

ATAS/147/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 mars 2024

Chambre 4

En la cause

A _____

recourant

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Antonio Massimo DI TULLIO et
Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur•e•s**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1961, célibataire, a été engagé en tant qu'ouvrier du bâtiment par une société active dans le placement de personnel le 1^{er} novembre 2021. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).
- b.** Selon la déclaration de sinistre du 11 novembre 2021, le prénommé est tombé en descendant les escaliers de chantier le 8 novembre 2021. Il s'est rattrapé sur ses mains et plus particulièrement sur son doigt. Il a interrompu son activité professionnelle depuis cet événement.
- c.** Dans un rapport du 7 mars 2022 relatif à une consultation du 22 novembre 2021, le docteur B_____, spécialiste en chirurgie orthopédique en France, a diagnostiqué une fracture articulaire de l'interphalangienne proximale de l'annulaire de la main gauche avec une fracture au dépend de la 2^e phalange. Ce jour, le doigt était très œdématié, l'extension était complète, la flexion incomplète. L'assuré présentait également une maladie de Dupuytren du 4^e et du majeur de cette même main à la paume.
- d.** Dans un rapport du 9 mars 2022 relatif à une consultation du 10 février 2022, le Dr B_____ a indiqué que l'examen radiologique témoignait d'une consolidation, mais que cliniquement il n'y avait que peu de progrès.
- e.** Dans un compte-rendu opératoire du 21 juin 2022, le Dr B_____ a posé le diagnostic de maladie de Dupuytren forme digito-palmaire 3^e, 4^e et 5^e rayon de la main gauche pour laquelle l'assuré a subi une aponévrectomie sélective.
- f.** Dans un rapport du 3 août 2022, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que l'intervention chirurgicale du 21 juin 2022 sur une pathologie préexistante, n'était pas en relation de causalité avec l'accident. Cet événement avait certes entraîné une fracture de la base de la 2^e phalange, qui était toutefois consolidée au moment de l'opération, sans que le chirurgien ne fasse état d'une complication de la fracture ni d'une raideur sur celle-ci. Il en a tiré la conclusion que le sinistre avait cessé de déployer ses effets sur le doigt au 21 juin 2022.
- B.** **a.** Par décision du 12 août 2022, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme au versement des prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) le 20 juin 2022. Les troubles persistants à la main gauche, qui avaient nécessité une prise en charge chirurgicale le 21 juin 2022, n'étaient plus en lien avec l'accident, car l'état de santé tel qu'il aurait été sans cet événement pouvait être considéré comme atteint le 20 juin 2022 au plus tard.

b. Par courriel du 18 août 2022, Madame D_____, une connaissance de l'assuré, a adressé à la SUVA un certificat du Dr B_____ du même jour attestant d'un arrêt de travail total jusqu'au 18 septembre 2022 inclus.

c. Par courriel du 26 août 2022, Mme D_____ a transmis à la SUVA un rapport du Dr B_____ de la veille mentionnant que le traumatisme de la main gauche avait aggravé la maladie de Dupuytren.

d. Par pli du 13 avril 2023, l'assuré, par l'intermédiaire du syndicat Syna, a invité la SUVA à réexaminer son dossier. À l'appui de sa requête, il a joint un certificat du Dr B_____ du 2 mars 2023 attestant d'un arrêt de travail total jusqu'au 21 avril 2023 inclus, ainsi qu'un rapport de ce spécialiste du même jour relevant une raideur et une déviation de l'annulaire gauche pour laquelle celui-ci préconisait une ostéotomie de la 1^{re} phalange.

e. Par lettre du 21 avril 2023, la SUVA a émis des réserves quant à l'éventuel droit aux prestations d'assurance, sollicité des pièces médicales et des renseignements de l'assuré pour pouvoir se déterminer, et ajouté que la décision du 12 août 2022 était entrée en force.

f. Par courrier du 5 juin 2023, l'assuré, sous la plume d'une avocate, a demandé à la SUVA d'examiner l'opposition qu'il avait formée à temps à l'encontre de la décision du 12 août 2022. Il a rappelé lui avoir communiqué un certificat d'incapacité de travail daté du 18 août 2022 par lequel il lui faisait savoir qu'il s'opposait à l'interruption des indemnités journalières au 30 (recte : 20) juin 2022, ainsi qu'un rapport de son médecin traitant du 25 août 2022 par lequel il lui annonçait qu'il s'opposait à la fixation du *statu quo sine vel ante* au 30 (recte : 20) juin 2022.

g. Le 19 juin 2023, l'assuré a bénéficié d'une ostéotomie corrective P1 D4 gauche, pratiquée par la docteure E_____, médecin cheffe de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG).

h. Par décision sur opposition du 30 juin 2023, la SUVA a déclaré l'opposition du 5 juin 2023 irrecevable, pour cause de tardiveté. Elle a indiqué que selon le relevé « track and trace » de la Poste, la décision du 12 août 2022 avait été notifiée à l'assuré le 19 août 2022, si bien que le délai d'opposition était arrivé à échéance le 19 septembre 2022. Le courriel du 18 août 2022 ne pouvait pas constituer une opposition à une décision qui n'avait pas encore été reçue, d'autant moins qu'une opposition par courrier électronique n'était pas acceptable. Il en allait de même s'agissant de l'e-mail du 26 août 2022. Du reste, la volonté de s'opposer à la décision du 12 août 2022 n'était exprimée ni dans ce courriel ni dans le rapport joint du médecin traitant, qui n'était d'ailleurs pas autorisé à représenter l'assuré.

C. a. Par courrier du 1^{er} août 2023 posté le 16 août suivant adressé à la SUVA et en copie à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, l'assuré, représenté par Monsieur F_____, né en 1950, a sollicité la reconsidération de

son dossier et la fixation d'un rendez-vous pour clarifier sa situation. Il était surpris que l'intimée, par décision du 30 juin 2023, lui ait « coupé les vivres » alors qu'il suivait encore des séances de rééducation à la suite de la dernière opération et qu'il était toujours en arrêt de travail total consécutif à son accident professionnel. En raison de sa situation financière précaire, il avait dû s'endetter et rentrer au Portugal. Il avait le sentiment que l'intimée tentait de se soustraire à ses obligations. Or, il s'attendait à ce que celle-ci, au lieu de se prévaloir de délais non observés, le dédommage. Il était inadmissible de traiter de la sorte un être humain, faible, ne parlant pas français.

b. Dans sa réponse du 23 octobre 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, en maintenant que sa décision du 12 août 2023 était entrée en force, faute d'une opposition valablement déposée dans le délai légal. Elle était ainsi fondée à déclarer irrecevable l'opposition du 5 juin 2023. Elle a pour le surplus signalé avoir versé des indemnités journalières au recourant pour la période du 2 mars au 20 août 2023 en lien avec la dernière intervention chirurgicale.

c. Dans sa réplique du 4 décembre 2023, le recourant a expliqué avoir été mal pris en charge par le Dr B_____ qui lui avait simplement prescrit une attelle pour le doigt accidenté et des antidouleurs, puis l'avait opéré de la main, mais pas du doigt, alors qu'il ne se plaignait pas de la maladie de Dupuytren. En l'absence d'une amélioration de son doigt, il avait consulté la Dre E_____ qui, à la suite de son intervention chirurgicale sur ce doigt, l'avait mis en arrêt de travail, en dernier lieu, jusqu'au 13 décembre 2023. Il a répété vivre dans une situation précaire, qui l'affectait psychologiquement.

d. Dans sa duplique du 9 février 2024, l'intimée a relevé que les considérations formulées dans la réplique sortaient de l'objet du litige, limité à la question de l'irrecevabilité de l'opposition pour laquelle elle renvoyait à ses précédentes écritures. Elle a ajouté qu'elle se prononcerait sur la prise en charge de l'intervention de la Dre E_____ une fois la documentation médicale obtenue concernant le suivi, et qu'entre-temps, elle avait repris le paiement des indemnités journalières.

e. Par écriture du 19 février 2024, le recourant a exposé avoir consulté le 9 février écoulé la Dre E_____ qui lui avait confirmé la nécessité d'une seconde opération, programmée pour le mois de mars 2024. L'intimée avait interrompu le versement des indemnités journalières du 22 (recte : 21) juin 2022 au 1^{er} mars 2023 puis depuis le 21 août 2023. Celles qu'il avait perçues du 2 mars au 20 août 2023 lui avaient permis de rembourser ses dettes et d'assurer ses dépenses. Il s'inquiétait de sa situation financière difficile, en particulier au vu des soins médicaux dont il avait prochainement besoin.

f. Par écriture du 25 février 2024, le recourant s'est à nouveau inquiété de sa situation financière, en précisant qu'il avait un rendez-vous avec l'anesthésiste des

HUG le 28 février suivant et qu'il s'était endetté pour son séjour dans un hôtel sis en France dont il a joint la facture.

g. Par écriture du 28 février 2024, le recourant a indiqué, document à l'appui, que son intervention chirurgicale aurait lieu le 13 mars prochain aux HUG, et qu'il attendait que ses droits soient reconnus par l'intimée.

h. Copie de cette écriture et de son annexe a été transmise à l'intimée pour information.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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).

1.2 Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

1.3 L'ancien employeur du recourant, lequel était domicilié en France (avant son départ au Portugal), est situé dans le canton de Genève. Partant, la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (posté le 16 août 2023) a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

4.

4.1 Le recours a été interjeté dans le délai de trente jours prévu par la loi (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), compte tenu de la suspension des délais pour

la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA).

4.2 Selon l'art. 9 al. 1 LPA, les parties, à moins qu'elles ne doivent agir personnellement ou que l'urgence ne le permette pas, peuvent se faire représenter par un conjoint, un partenaire enregistré, un ascendant ou un descendant majeur, respectivement par un avocat ou par un autre mandataire professionnellement qualifié pour la cause dont il s'agit.

La question de savoir si M. GOMES a le droit de représenter le recourant au sens de l'art. 9 al. 1 LPA peut demeurer ouverte, car le recours doit de toute manière être rejeté comme on le verra plus loin.

5.

5.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés 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. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

5.2 Dans son acte du 1^{er} août 2023, le recourant conteste la décision du 30 juin 2023 en tant qu'elle met, selon lui, un terme au paiement de ses indemnités journalières, et sollicite la reconsidération de son dossier.

5.3 La décision du 30 juin 2023 confirme l'irrecevabilité de l'opposition du 5 juin 2023, tout en soulignant que les courriels des 18 et 26 août 2022 ne constituent pas des oppositions valablement formées à la décision du 12 août 2022 qui a mis fin aux prestations d'assurance, dont le versement des indemnités journalières, au 20 juin 2022.

Dans l'hypothèse où la chambre de céans parvient à la conclusion que l'assuré s'est valablement opposé à temps à la décision du 12 août 2022, l'intimée devra entrer en matière sur le fond et déterminer si le recourant peut prétendre aux prestations d'assurance au-delà du 20 juin 2022. Dans ce cas de figure, la reconsidération du dossier n'a pas lieu d'être.

Dans l'éventualité où la décision du 12 août 2022 est effectivement entrée en force, faute d'une opposition valable dans le délai légal, il n'appartient pas à ce stade à la chambre de céans d'examiner si le recourant a pu se prévaloir d'un titre de révocation (révision procédurale [art. 53 al. 1 LPGA] ou reconsidération [art. 53 al. 2 LPGA]), puisque l'intimée, qui a la compétence pour réviser et la faculté de reconsidérer sa décision du 12 août 2022, ne s'est pas exprimée à ce sujet dans la décision dont est recours.

On ajoutera, à toutes fins utiles, que l'objet de la contestation ne porte pas sur les prestations octroyées au recourant dans le cadre de la deuxième intervention

chirurgicale, qui feront l'objet d'une décision séparée (comme l'a indiqué l'intimée dans sa duplique) sujette à opposition, puis à recours.

En définitive, l'objet du litige se limite à la question de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 30 juin 2023, à déclarer irrecevable l'opposition formée par le recourant à la décision du 12 août 2022.

6.

6.1 Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnement de la procédure. Se fondant sur la délégation de compétence prévue à l'art. 81 LPGA, le Conseil fédéral a édicté les art. 10 à 12 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11) relatifs à la forme et au contenu de l'opposition ainsi qu'à la procédure d'opposition. L'art. 10 al. 1 OPGA prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. L'opposition écrite doit être signée par l'opposant ou par son représentant légal (art. 10 al. 4 1^{re} phrase OPGA). En cas d'opposition orale, l'assureur consigne l'opposition dans un procès-verbal signé par l'opposant ou son représentant légal (art. 10 al. 4 2^e phrase OPGA). Si l'opposition ne satisfait pas aux exigences de l'al. 1 ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (art. 10 al. 5 OPGA). Lorsque les conditions de recevabilité ne sont pas remplies, la procédure d'opposition prend fin avec une décision d'irrecevabilité (ATF 142 V 152 consid. 2.2 et les références).

6.2 La LPGA ne prévoit pas directement que les écrits puissent être transmis à l'autorité par voie électronique. Le Tribunal fédéral a jugé à cet égard qu'une opposition contre une décision d'un assureur social formée par e-mail n'était pas recevable car l'art. 10 al. 4 1^{re} phrase OPGA exige que l'opposition écrite soit signée par l'opposant ou son mandataire. Or, si l'art. 14 al. 2^{bis} de la loi fédérale complétant le Code civil suisse du 30 mars 1911 (CO - RS 220) assimile certes la signature électronique qualifiée (avec horodatage électronique qualifié au sens de la loi du 18 mars 2016 sur la signature électronique) à la signature manuscrite, il n'existe pas de base légale relative à la communication électronique des administrés avec les autorités applicable dans le cadre de la procédure administrative régie par la LPGA. L'art. 55 al. 1^{bis} LPGA prévoit uniquement une délégation de compétence en faveur du Conseil fédéral, qui peut déclarer applicables à la procédure en matière d'assurances sociales les dispositions de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021) relatives à la communication électronique avec les autorités. Parmi les dispositions de la PA visées par l'art. 55 al. 1^{bis} LPGA, figure notamment l'art. 21a PA relatif à la transmission des écrits par voie électronique. À ce jour, le Conseil fédéral n'a pas fait usage de la compétence qui lui est donnée par l'art. 55 al. 1^{bis} LPGA. Il n'est pas non plus admissible de se fonder sur l'art. 55 al. 1 LPGA

qui permet l'application à titre subsidiaire de la PA car la LPGA ne contient pas de disposition qui serait susceptible d'être complétée par la PA. Par conséquent, la communication électronique des administrés avec les autorités d'assurances sociales n'est pas possible (ATF 145 V 90 consid. 6.2.1 et les références).

6.3 Selon la jurisprudence relative à l'art. 61 let. b 2^e phrase LPGA - qui concerne la procédure judiciaire de première instance -, un délai permettant à l'intéressé de rectifier son mémoire de recours doit être fixé non seulement si les conclusions ou les motifs manquent de clarté, mais, d'une manière générale, dans tous les cas où le recours ne répond pas aux exigences légales. Il s'agit là d'une prescription formelle, qui oblige le juge de première instance - excepté dans les cas d'abus de droit manifeste - de fixer un délai pour corriger les imperfections du mémoire de recours. Compte tenu de l'identité grammaticale entre l'art. 61 let. b 2^e phrase LPGA et l'art. 10 al. 5 OPGA, ces principes s'appliquent également à la procédure d'opposition (ATF 142 V 152 consid. 2.3 et les références).

6.4 Les exigences posées à la forme et au contenu d'une opposition ne sont pas élevées. Il suffit que la volonté du destinataire d'une décision de ne pas accepter celle-ci ressorte clairement de son écriture ou de ses déclarations (arrêt du Tribunal fédéral 8C_775/2016 du 1^{er} février 2017 consid. 2.4 et les références). En l'absence d'une telle volonté clairement exprimée de contester la décision, aucune procédure d'opposition n'est engagée et il n'y a aucune obligation de fixer un délai de grâce (arrêt du Tribunal fédéral 8C_475/2007 du 23 avril 2008 consid. 4.2 ; ATF 134 V 162 consid. 5.1 ; 116 V 353 consid. 2b et les références).

7.

7.1 En l'espèce, la décision du 12 août 2022 qui a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 20 juin 2022, au motif que les troubles persistants à la main gauche n'étaient plus imputables à l'accident, a été notifiée au recourant le 19 août 2022. L'opposition formée le 5 juin 2023 n'est ainsi pas intervenue dans le délai légal, qui était échu le 19 septembre 2022, étant relevé que le recourant n'a invoqué aucun motif de restitution du délai au sens de l'art. 41 LPGA.

Comme le souligne l'intimée, le courriel du 18 août 2022 par lequel une connaissance du recourant a transmis à l'intimée le certificat d'arrêt de travail du même jour établi par l'orthopédiste traitant ne peut en pas être interprété comme une opposition à la décision du 12 août 2022, non encore reçue.

Quant au courriel du 26 août 2022, auquel était annexé le rapport de l'orthopédiste traitant de la veille, la connaissance du recourant s'est contentée de mentionner : « Bonjour, concerne sinistre n° 27 07223 21 1 ». Dans ce rapport, le médecin faisait état de la prise en charge du recourant dans le cadre d'une fracture de l'annulaire de la main gauche avec une maladie de Dupuytren très débutante de stade 1 qui avait été aggravée de façon exponentielle par le traumatisme de la main.

Or, il ne ressort ni dudit courriel ni du rapport médical précité, lesquels ne font du reste pas référence à la décision du 12 août 2022, que le recourant y formait opposition, au motif qu'il n'était pas d'accord avec la clôture du cas au 20 juin 2022. Ils ne contiennent par ailleurs aucune mention laissant supposer que le recourant a mandaté son médecin pour le représenter. Celui-ci s'est borné à indiquer que la péjoration de la maladie de Dupuytren était due à l'accident sans expliquer en quoi, à la date de la suppression des prestations, l'état de santé était encore imputable à l'événement accidentel. L'orthopédiste traitant n'a donc fait valoir aucun grief à l'encontre de la fin des prestations (indemnités journalières et frais de traitement) au 20 juin 2022.

Il sera précisé que dans ses rapports antérieurs, ce médecin n'abordait que la fracture dont souffrait le recourant à la suite de l'accident, sans décrire l'état ou l'évolution de la maladie de Dupuytren (dossier intimée pièces 32 et 42). Dans son écriture du 4 décembre 2023, le recourant relevait au demeurant qu'il ne se plaignait pas de la maladie de Dupuytren « qui n'avait rien avoir avec son doigt accidenté ».

Le courriel du 26 août 2022 (en soi irrecevable) et son annexe n'étant manifestement pas suffisants pour être considérés comme une opposition valable, il n'incombait pas à l'intimée d'accorder un délai au recourant pour qu'il répare le vice de forme (en particulier qu'il ou son mandataire transmette un écrit signé).

À titre de comparaison, dans un arrêt du 3 juillet 2020 (8C_657/2019), le Tribunal fédéral a considéré que le courrier adressé à l'assureur-accident par le psychiatre traitant de l'assurée, dans lequel il se prononçait uniquement sur l'évolution de l'état de santé de celle-ci et sur sa capacité de travail, ne saurait être assimilé à une déclaration de volonté de contester une décision de refus ou de suppression de prestations pour sa patiente. Le fait que la lettre du médecin traitant ait été envoyée à l'assureur durant le délai d'opposition n'y changeait rien. En effet, il était courant que durant le délai d'opposition, l'assuré produise lui-même un ou plusieurs rapports médicaux à l'appui de son opposition formelle ou demande à un ou plusieurs médecins d'envoyer leur rapport directement à l'assureur, sans que ces rapports soient pour autant assimilés à une opposition (consid. 5.1).

Au passage, on ajoutera que dans la mesure où la décision du 12 août 2022 soulignait qu'elle passerait en force si elle n'était pas attaquée par voie d'opposition dans les 30 jours à compter de sa notification, que ce délai légal ne pouvait pas être prolongé, et que toute opposition devait être motivée et formée soit par écrit soit dans le cadre d'un entretien personnel aux adresses mentionnées, l'intimée a satisfait à son obligation de renseigner. Ainsi, on ne peut pas lui reprocher d'avoir contrevenu au principe de la bonne foi en n'interpellant pas le recourant ou son médecin, à réception du courriel du 26 août 2023 et de son annexe (cf. arrêt 8C_657/2019 précité consid. 5.2).

7.2 En conséquence, en l'absence d'intention exprimée par le recourant de contester la décision du 12 août 2022 dans le délai légal, l'intimée était fondée à ne pas lui impartir un délai de grâce et à déclarer l'opposition du 5 juin 2023 irrecevable, car tardive.

- 8.** Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté, sans qu'il ne soit nécessaire d'entendre oralement le recourant, qui s'est déjà exprimé par écrit.
- 9.** Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

1. Rejette le recours dans la mesure où il est recevable.
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 auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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