RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1940/2022 **ATAS/78/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 février 2023

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame B_____, à LES AVANCHETS	recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	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 ou le recourant) est né le _____ 1974, marié et père de trois enfants. Il a été employé du 9 au 18 juin 2021 par C_____SA (ci-après : l'employeuse) comme ouvrier échafaudage.

b. À teneur d'une déclaration de sinistre à la Suva caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) du 17 juin 2021, alors que l'assuré travaillait sur un chantier le 14 juin 2021, il est tombé en descendant des escaliers avec des fers sur les épaules et des fers sont venus taper dans sa nuque.

c. L'assuré a été en arrêt de travail à 100% du 16 au 20 juin 2021 et a repris le travail à 100% le jour suivant.

d. Le 21 juin 2021, la SUVA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les prestations d'assurance pour les suites de son accident professionnel du 14 juin 2021 et qu'il avait droit à une indemnité journalière dès le 17 juin 2021.

e. Le docteur D_____, médecin interne du service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) a indiqué, dans un rapport du 21 juin 2021, que l'assuré avait été admis aux urgences le 16 juin 2021 pour une évaluation d'un vertige aigu installé à 4h du matin. Deux jours auparavant, il aurait eu sur son lieu de travail un traumatisme au niveau cervical et une chute avec réception sur le genou droit. Ce dernier était douloureux à la mobilisation et à la palpation. Une antalgie simple était recommandée pour la douleur au genou, sans argument pour une fracture ou une lésion ligamentaire.

f. Le 5 août 2021, l'assuré a indiqué dans un questionnaire de la SUVA que lorsqu'il avait glissé de l'échelle et était tombé, son pied s'était coincé dans un amas de gravats et de matériaux. Depuis, il avait mal au genou et des difficultés pour marcher. Passé la première douleur suite au choc, il avait à nouveau senti une douleur le lendemain. Il n'était pas encore capable de travailler.

g. Le gestionnaire du dossier a soumis le cas à la médecine des assurances de la SUVA sur la question de la causalité des troubles du genou de l'assuré, avec incapacité de travail.

h. Dans un bref rapport du 16 août 2021, le docteur E_____, médecin d'arrondissement et spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué que les troubles du genou de l'assuré étaient dégénératifs et sans rapport avec l'événement. Il demandait toutefois à pouvoir consulter le « CR » de l'IRM. Quant aux troubles neurologiques de l'assuré suite à la percussion, la vraisemblance prépondérante de l'événement ne collait pas avec les troubles allégués, compte tenu des antécédents maladifs de l'assuré.

i. Le 17 juin 2021, l'employeuse de l'assuré a résilié le contrat de mission de l'assuré pour le 18 juin 2021.

j. Dans un rapport établi le 3 juillet 2021, deux médecins de l'unité d'urgences ambulatoires des HUG ont indiqué que l'assuré avait été reçu le 1er juillet 2021, en raison de la persistance d'une douleur au genou droit, suite à une chute avec genou en valgus le 16 juin 2021. Le bilan radio fait aux urgences n'avait pas montré de fracture. L'assuré était connu pour un AVC subi en février 2021 et n'avait pas de domicile fixe. Le problème pris en charge était une douleur du genou post-traumatique, soit une chute avec faux mouvement du genou en valgus le 16 juin 2021, avec persistance depuis lors des douleurs au niveau du compartiment externe. « À l'examen signe pour ménisque latéral+, discrète laxité sur le plan frontal ». Lésion ligamentaire ou méniscale. Demande de l'IRM en ambulatoire. Le patient serait convoqué par l'équipe genou des HUG.

k. Selon un rapport établi le 7 juillet 2021 par deux médecins du département diagnostique des HUG, une IRM du genou avait été faite le 7 juillet 2021 avec comme indication un trauma du genou droit deux semaines auparavant et des douleurs du compartiment externe. Après examen de l'assuré, il était conclu que le ménisque externe était multi fissuré avec une fissuration complexe de la corne postérieure et languette méniscale déplacée supérieurement de 7 mm, associée à une extrusion méniscale de 3 mm. Il avait une lésion complexe en forme de bec de perroquet de la corne antérieure du ménisque interne et une infiltration de la graisse de HOFFA avec une image kystique multiloculée latéralisée en externe mesurant 4 cm de grand axe semblant communiquer avec le corps du ménisque externe pour un kyste para-méniscal.

l. Le 12 juillet 2021, la doctoresse F_____, médecin interne, du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a prescrit neuf séances de physiothérapie pour un kyste para-méniscal du ménisque externe du genou droit de l'assuré.

m. L'assuré a bénéficié le 15 juillet 2021 d'une infiltration du genou droit en raison d'une lésion méniscale externe.

n. Le 29 juillet 2021, le docteur G_____ et la Dresse F_____ ont posé le diagnostic principal de lésion horizontale du ménisque externe corne postérieure et corps du ménisque externe avec kyste para-méniscal multilobulaires au genou droit. Le 16 juin 2021, le patient avait glissé dans les escaliers alors qu'il portait des planches métalliques. Il s'était occasionné une hyperflexion de son genou qui avait tapé contre l'escalier et la planche. Depuis, il présentait une douleur à la face antérolatérale de son genou droit et avait consulté aux urgences. En raison de l'épanchement et de l'impotence fonctionnelle trouvés à l'examen clinique aux urgences, il avait bénéficié d'une IRM et leur avait été adressé pour consultation.

o. Le gestionnaire du dossier a resoumis le cas à la médecine des assurances au sujet de la causalité, pour déterminer si les troubles de l'assuré au crâne étaient imputables à l'événement du 14 juin 2021 au moins au degré de la vraisemblance prépondérante. S'agissant du genou droit, il était demandé au médecin comment il

appréciait la capacité de travail de l'assuré en tant qu'ouvrier en échafaudage du point de vue temporel et sous l'angle des prestations, compte tenu des séquelles de l'accident.

p. Le Dr E_____ a répondu le 15 septembre 2021 que ce n'était pas le cas et qu'il s'agissait de troubles maladifs sur « ATCD » connus. Les troubles éventuels du genou étaient non investigués et suivis. « Une IRM devait être faite ?? » En l'état, l'événement avait cessé ses effets en vraisemblance prépondérante.

q. Le 27 septembre 2021, l'assuré a demandé à la SUVA des éclaircissements sur son dossier, car il n'avait pas reçu de dédommagement depuis l'accident. Son employeuse ne l'avait rémunéré que pour les heures travaillées et il était licencié depuis le 18 juin 2021. Il demandait le versement des indemnités journalières jusqu'au 27 septembre 2021, sur la base des certificats d'arrêt travail qu'il annexait. La Dresse F_____ avait mentionné dans son rapport du 10 septembre 2021 une lésion horizontale du ménisque externe. Il ne comprenait pas l'observation du médecin-conseil de la SUVA du 15 septembre 2021. Souhaitait-il qu'il réalise une IRM supplémentaire ? Dans la mesure où rien n'indiquait que les lésions étaient dégénératives, il demandait le versement des prestations, précisant être actuellement sans revenu et dans la précarité.

r. Le 19 janvier 2022, l'assuré a demandé le versement des indemnités journalières à la SUVA, indiquant qu'il était à nouveau en incapacité de travail.

s. Le 28 janvier 2022, le gestionnaire a soumis le cas à la médecine des assurances pour une appréciation sur la capacité de travail de l'assuré en tant qu'ouvrier en échafaudage du point de vue temporel et sous l'angle des prestations s'agissant du genou droit.

t. Dans une appréciation médicale du 2 février 2022, le Dr E_____ a estimé qu'il ressortait de l'analyse des pièces du dossier, que l'assuré avait eu, sur des antécédents de dégradations dégénératives progressives, elles-mêmes sur des antécédents traumatiques, comme une fracture du Segond, une atteinte du ligament latéral interne qui avait dégradé son genou progressivement. L'événement décrit le 14 juin 2021 avait constitué essentiellement en une contusion de la face externe du genou sur des éléments anciens. Cela ressortait clairement des analyses de l'IRM du genou et de celle du Dr G_____ dans sa consultation du 17 juillet 2021. Une infiltration avait alors été réalisée le 15 juillet 2021 et, comme l'avait dit le Dr G_____, une consultation suivie devait être faite un mois après, soit le 15 août 2021, ce qui correspondait en causalité vraisemblance prépondérante sur des atteintes anciennes du genou et dégénératives à la date du statu quo.

u. Par décision du 3 février 2022, la SUVA a informé l'assuré que, selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, les troubles persistants actuellement n'étaient plus en lien avec l'accident et son état de santé, tel qu'il

aurait été sans ce dernier, pouvait être considéré comme atteint le 15 août 2021 au plus tard. Elle était ainsi tenue de clore le cas à cette date.

v. Le 2 mars 2022, l'assuré, représenté par un conseil, a formé opposition à la décision de la SUVA, faisant valoir que l'appréciation de son médecin-conseil n'était pas convaincante. Il transmettait des rapports médicaux émanant de spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie qui confirmaient que :

- la situation actuelle n'était pas stabilisée et qu'une opération était indiquée ;
- son incapacité de travail était actuellement totale ;
- cette dernière était entièrement relation de causalité avec l'accident du 14 juin 2021.

L'art. 6 al. 2 LAA mettait à la charge de l'assurance-accidents les suites des déchirures du ménisque pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Il apparaissait manifeste en l'occurrence qu'aucune usure ou maladie ne jouait un rôle prépondérant dans son atteinte à la santé. La SUVA était priée de bien vouloir reprendre le versement des prestations qui lui étaient dues.

L'assuré a produit à l'appui de son opposition :

- un certificat médical établi par le docteur H_____, FMH en chirurgie orthopédique, le 22 février 2022, attestant qu'il était en traitement médical pour une lésion du ménisque externe post trauma du 14 juin 2021 du genou droit et qu'il était totalement incapable de travailler du 14 juin 2021 au 22 mars 2022, date du prochain rendez-vous fixé ;
- et un rapport établi le 24 février 2022 par le Dr I_____, qui indiquait avoir vu l'assuré en consultation le 11 février 2022 et qu'il s'agissait d'un patient qui, suite à une chute sur un chantier suivi de douleurs et d'impotence fonctionnelle de son genou droit, s'était présenté aux HUG où une IRM du 7 juillet 2021 avait montré des déchirures complexes du ménisque externe et de la corne antérieure du ménisque interne, lesquelles étaient associées à un kyste para-méniscal externe. Le Dr I_____ avait demandé une nouvelle IRM de contrôle, qui avait été réalisée le 14 février 2022 et montré un status inchangé par rapport à l'examen de 2021, avec la persistance d'une fissure de grade III de la corne antérieure du ménisque externe, se prolongeant légèrement au bord libre du segment moyen associée à une infiltration œdémateuse adjacente de la corne antérieure et du segment moyen, siège de quelques petits kystes. Le traitement conservateur ayant montré ses limites, étant donné que les plaintes et le handicap persistaient plus de six mois après le traumatisme, il était nécessaire de traiter le patient par arthroscopie, dans le but de réviser son ménisque interne et externe. Ce cas était « imminemment » accidentel, étant donné que le patient n'avait aucune plainte avant son accident et la SUVA devait prendre en charge le traitement chirurgical.

w. Le 6 mai 2022, le Dr E_____ a indiqué être d'accord avec le Dr I_____ sur la fissure de grade III de la corne antérieure du ménisque externe. Cette atteinte était typiquement de type dégénératif. L'argument cité par le Dr I_____ correspondait à un status post-traumatique qui, sur le plan médico-assécurologique, ne correspondait pas à une définition d'atteinte créée par un événement en vraisemblance prépondérante, mais clairement à un raisonnement de type « à la suite de » « à cause de » qui ne pouvait retenir son assentiment. Sur le plan médical, il était absolument clair, et le Dr I_____ l'expliquait, que l'atteinte du ménisque n'avait pas été créée par l'événement.

x. Par décision sur opposition du 18 mai 2022, la SUVA a considéré qu'il n'y avait pas de raison de mettre en doute la valeur probante de l'appréciation du Dr E_____ du 2 février 2022, laquelle avait été établie en pleine connaissance du dossier, prenait en considération les plaintes de l'assuré, donnait une description claire du contexte médical et contenait des conclusions bien motivées. Mal fondée, l'opposition était rejetée.

B. **a.** Le 13 juin 2022, l'assuré, représenté par un conseil, a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. L'assuré n'ayant pas encore obtenu l'assistance juridique, son conseil indiquait qu'il ne lui était pas possible, pour l'heure, de motiver le recours. Il sollicitait un délai au 31 août 2022 pour le faire, et concluait à l'annulation de la décision du 18 mai 2022 et au versement par l'intimée des indemnités journalières depuis le 9 juin 2021.

b. Par courrier recommandé du 17 juin 2022, la chambre de céans a accordé un délai au 15 juillet 2022 au recourant pour compléter son recours, sous peine d'irrecevabilité.

c. Le 20 juin 2022, le conseil de l'assuré a informé la chambre de céans qu'il transmettait à ce dernier le courrier du 17 juin 2022, qu'il cessait d'occuper dans cette affaire et que la correspondance devait dorénavant être directement adressée au recourant.

d. Entendu le 24 août 2022, le recourant a informé qu'il ne savait pas que son conseil avait adressé un recours à la chambre des assurances sociales le 15 juin 2022. Son conseil ne lui avait pas dit qu'il devait lui-même recourir rapidement et ne lui avait pas expliqué pourquoi il arrêtait de le défendre.

e. Le 14 septembre 2022, le recourant a informé la chambre de céans qu'il avait lui-même déposé un recours contre la décision de la SUVA du 18 mai 2022 directement auprès de cette dernière, qui aurait dû le transmettre automatiquement à l'autorité compétente. Son recours était plus complet et précis que celui rédigé par son conseil et il était recevable.

Le recourant a produit la copie d'un courrier adressé à la chambre des assurances sociales, daté du 14 juin 2022 et portant le timbre de l'intimée avec la date du 15 juin 2022. L'assuré y indiquait recourir contre la décision de la SUVA du

18 mai 2022 et contestait que son état de santé ait atteint l'état prévisible sans accident et que ses lésions actuelles soient d'origine dégénérative, en se référant au rapport du Dr I_____. Il concluait enfin à l'annulation de la décision sur opposition du 18 mai 2022.

f. Le 27 septembre 2022, l'intimée a confirmé avoir reçu un recours de l'assuré. Elle était toutefois partie du principe qu'elle ne recevait qu'une copie du recours, puisque celui-ci était adressé à la chambre des assurances sociales. Pour autant que le recours soit déclaré recevable, il devait être rejeté. La décision attaquée était justifiée par l'appréciation médicale dûment motivée du Dr E_____, laquelle se fondait essentiellement sur l'IRM du genou droit de l'assuré du 7 juillet 2021. Le Dr I_____ n'exposait pas les raisons qui le conduisaient à considérer que les troubles du recourant étaient liés à l'événement du 14 juin 2021. Son avis semblait reposer sur le fait que les douleurs n'étaient apparues qu'après l'événement survenu le 14 juin 2021, si bien qu'elles se trouvaient, selon lui, forcément en lien de causalité. Or, le seul fait que des symptômes douloureux ne s'étaient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Dans ces conditions, l'intimée était fondée à mettre fin aux prestations le 15 août 2021.

g. Le 20 octobre 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions tant sur la recevabilité de son recours que sur le fond. La simple présence d'éléments dégénératifs ne suffisait pas à démontrer le caractère maladif de la lésion qu'il avait subie, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral. L'intimée ne remettait pas en cause qu'il avait subi un accident, qui était en lien de causalité naturelle et adéquate avec ses lésions.

EN DROIT

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).

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

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

L'art. 11 al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10), applicable par renvoi de l'art. 89A LPA, prévoit que l'autorité qui décline sa compétence, transmet d'office à l'autorité compétente ; qu'en conséquence, la cause est transmise à la chambre administrative comme objet de sa compétence.

En l'espèce, le recourant a transmis un recours suffisamment motivé en temps à l'intimée, qui aurait dû le transmettre à la chambre de céans. Il en résulte que son recours est recevable.

3. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée pour son atteinte au genou au-delà du 15 août 2021.

4.

4.1

4.1.1 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il 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 à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

4.1.2 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

4.2 Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

4.3 Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

5. En l'espèce, la décision querellée est fondée sur une appréciation établie le 2 février 2022 par le Dr E_____, qui considérait qu'un lien de causalité naturelle ne pouvait plus être admis entre l'accident du 14 juin 2021 et les lésions au genou droit du recourant dès le 15 août 2021, date à laquelle il fallait retenir que ces lésions étaient dues à des atteintes anciennes et dégénératives de ce genou. Dans son rapport du 24 février 2022, le Dr I_____, spécialiste du genou, attribuait encore clairement les lésions du recourant à l'accident, sur la base de deux IRM et de l'évolution du cas depuis le traumatisme. Ce rapport suffit pour faire naître un doute sur l'appréciation du Dr E_____, étant rappelé que selon la jurisprudence,

il suffit d'un doute minime sur les conclusions d'un médecin interne de l'assurance pour justifier des investigations complémentaires.

Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire, celle-ci n'ayant pas procédé à une expertise administrative indépendante selon l'art. 44 LPGA, alors que cette mesure était nécessaire.

6. Le recours est ainsi partiellement admis.

Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant, qui n'est pas assisté d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA a contrario).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire, au sens des considérants.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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