RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2333/2020 **ATAS/795/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 août 2021

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié p.a. B_____ en Syrie, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA — recourant

contre

HELSANA ASSURANCES SA, Droit & Compliance, avenue de Provence 15, LAUSANNE — intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Andres PEREZ, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1979, employé par le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) sis dans le canton de Genève, a été affilié en 2016 à HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : l'assureur-maladie) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, et à HELSANA ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SA – sise dans le canton de Zurich − pour une assurance complémentaire des soins (Completa) et d'hospitalisation (Hospital Plus).

b. Le 22 août 2016, l'Hôpital de La Tour a adressé à l'assureur-maladie une demande de garantie d'hospitalisation relative à une intervention de « greffe osteo chond droite », avec une date d'entrée prévue le 21 septembre 2016 pour une durée estimée de cinq jours.

c. Le lendemain, l'assureur-maladie, se référant à la demande précitée, a émis par erreur à l'attention des Hôpitaux universitaires de Genève une garantie pour soins aigus stationnaires « AOS » et « semi-privé », en mentionnant qu'il prenait en charge uniquement les coûts des traitements obligatoires médicalement indiqués, appropriés et économiques. Le 21 septembre 2016, il a établi, cette fois à l'attention de l'Hôpital de La Tour, une garantie d'hospitalisation ayant la même teneur que celle du 23 août 2016.

d. Du 21 au 26 septembre 2016, l'assuré a été hospitalisé à l'Hôpital de La Tour. Le protocole opératoire du 26 septembre 2016 pose le diagnostic de lésion cartilagineuse de la rotule droite et atteste que l'assuré a bénéficié d'une « greffe ostéo-cartilagineuse de la rotule » quatre jours plus tôt, réalisée par le Professeur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

e. Le 3 octobre 2016, l'Hôpital de La Tour a communiqué à l'assureur-maladie deux factures relatives au séjour hospitalier, précisant que la première - relevant de l'assurance-maladie sociale et se rapportant à l'« intervention sur l'humérus, le tibia, le péroné et la cheville » - s'élevait à CHF 3'758.90, tandis que la seconde, d'un montant de CHF 19'736.30, devait être soumise à l'assurance complémentaire.

f. Par courrier du 13 janvier 2017, l'assureur-maladie a informé l'Hôpital de La Tour, avec copie à l'assuré, qu'aucune prestation ne pouvait être allouée par l'assurance obligatoire des soins ou par l'assurance complémentaire d'hospitalisation Hospital Plus − dont les prestations n'étaient octroyées qu'en complément à l'assurance obligatoire des soins parce que la greffe ostéochondrale en mosaïque pour couvrir les lésions du tissu osseux ou cartilagineux n'était pas

une prestation obligatoire à la charge de l'assurance. Il requérait le remboursement de CHF 19'736.30 déjà acquittés.

g. Par lettre du 15 février 2017 à l'assureur-maladie, le Prof. B_____ a exprimé sa surprise quant au refus de prise en charge du traitement quatre mois après l'octroi de la garantie d'hospitalisation.

h. Par pli du 20 février 2017, l'assureur-maladie a maintenu son refus de prise en charge pour les motifs précédemment exposés.

i. En réponse, par courrier du 15 mars 2017, le Prof. B_____ a souligné que la demande de garantie d'hospitalisation spécifiait que l'intervention concernait une greffe ostéochondrale du genou droit et que, sur la base de la garantie accordée, l'assuré avait été admis pour l'opération en question. Si l'assureur-maladie avait signifié son refus de prise en charge avant l'hospitalisation, le patient et lui-même se seraient organisés différemment.

B. À la demande de l'assuré, l'assureur-maladie a confirmé, par décision du 12 juin 2019, confirmée sur opposition le 3 juillet 2020, son refus de prendre en charge les frais liés au séjour hospitalier du 21 au 26 septembre 2016, au motif que la greffe ostéo-chondrale en mosaïque du genou n'avait fait partie du catalogue des prestations remboursées au titre de l'assurance-obligatoire des soins qu'à partir du 1er janvier 2017. La prise en charge intervenait seulement en cas de garantie spéciale donnée préalablement avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.

C. a. Par acte du 3 juillet 2020, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, à ce que l'assureur-maladie soit condamné à prendre en charge tous les frais de l'intervention et de l'hospitalisation de septembre 2016.

b. L'intimée s'est déterminée le 24 août 2020 en concluant au rejet du recours.

c. Le recourant a persisté dans ses conclusions le 17 septembre 2020.

Il produit un extrait de son compte privé des 1er décembre 2017 et 1er avril 2018, enregistrant un débit en faveur de l'Hôpital de La Tour de CHF 3'758.90 en date du 7 novembre 2017 et de CHF 19'771.30 en date du 7 mars 2018, ainsi que les conditions générales d'assurance pour les assurances-maladie complémentaires (édition du 1er janvier 2014 ; CGA) auxquelles renvoie la police d'assurance complémentaire d'hospitalisation Hospital Plus.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la

loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

b. En vertu de 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).

c. En l'espèce, la contestation, en tant qu'elle vise la facture litigieuse de CHF 3'758.90, porte sur une question relative à l'assurance-maladie obligatoire. Bien que le recourant ait été domicilié à l'étranger au moment du recours contre la décision du 3 juillet 2020, il a toutefois travaillé en dernier lieu dans le canton de Genève pour le CICR, inscrit au registre du commerce de ce même canton. En conséquence, la Cour de céans est compétente ratione materiae et loci pour statuer.

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était alors pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597; erratum de la Commission de rédaction de l'Assemblée fédérale du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA et 60 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans les forme (art. 61 let. b LPGA ; art. 89B LPA) et délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable, sous réserve de ce qui fait l'objet du considérant 5b ci-dessous.

5. En tant que le recourant conclut à la condamnation de l'intimée à payer tous les frais de l'intervention et de l'hospitalisation de septembre 2016, il demande implicitement le remboursement de la facture de CHF 19'736.30 qui relève quant à elle de l'assurance complémentaire privée.

   Certes, à raison de la matière, la Cour de céans est également compétente pour connaître des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 [loi sur le contrat d'assurance, LCA – RS 221.229.1 ; art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC - RS 272] ; art. 134 al. 1 let. c LOJ).

Cependant, à raison du lieu, la Cour de céans ne peut entrer en matière sur cette demande en paiement.

En effet, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC). L'art. 17 al. 1 CPC prévoit la possibilité d'une élection de for écrite.

Selon l'art. 31 des CGA, auxquelles se réfère la police d'assurance complémentaire d'hospitalisation Hospital Plus, pour toutes les actions au sujet du contrat d'assurance, sont compétents au choix, soit les tribunaux du domicile suisse de l'assuré et des ayants droits, soit ceux du siège de l'assureur.

Or, en l'occurrence, le recourant n'est pas domicilié dans le canton de Genève, mais en Syrie. Le siège de HELSANA ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SA, assureur-maladie complémentaire privé, se trouve quant à lui dans le canton de Zurich. Partant, la Cour de céans n'est pas compétente *ratione loci* pour se prononcer sur les conclusions – implicites − du recourant tendant au remboursement de la facture de CHF 19'736.30 (étant de surcroît relevé que les prétentions découlant de la police d'assurance complémentaire d'hospitalisation Hospital Plus sont soumises à des règles de procédure distinctes).

En conséquence, les conclusions implicites du recourant visant à la condamnation de son assurance complémentaire sont irrecevables.

Dès lors, l'objet du litige examiné par la Cour de céans se limitera au point de savoir si l'intimée doit, au titre de l'assurance obligatoire des soins, prendre en charge les coûts afférents à la greffe ostéo-cartilagineuse de la rotule dont le recourant a bénéficié le 22 septembre 2016.

6. L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 (art. 24 al. 1 LAMal). À ce titre, les assureurs ne peuvent prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal).

   Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Les prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (art. 25 al. 2 LAMal). Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal).

Selon l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal. Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste « négative » des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous condition (ATF 131 V 338 consid. 1.3).

D'après l'art. 33 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine également dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation, nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation.

À l'art. 33 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué les compétences susmentionnées au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Celui-ci en a fait usage en promulguant l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS - RS 832.112.31).

Conformément à l'art. 1 OPAS, l'annexe 1 de cette ordonnance énumère les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - dispositions reprenant textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission fédérale des prestations générales et des principes de l'assurance-maladie (CFPP) et dont l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge (arrêt du Tribunal fédéral 9C_328/2016 du 10 octobre 2016 consid. 3.2).

Selon le chiffre 1.3 de l'annexe 1 à l'OPAS (chirurgie de l'appareil locomoteur), la greffe ostéochondrale en mosaïque pour couvrir des lésions du tissu osseux ou cartilagineux est, depuis le 1er janvier 2017, obligatoirement à la charge de l'assurance (RO 2004 5401 p. 5411 ; RO 2016 4639 p. 4643).

7. En l'occurrence, le litige doit être tranché à la lumière de la réglementation en vigueur au moment de la survenance des faits juridiquement déterminants (ATF 127 V 467 consid. 1), soit au moment de l'intervention litigieuse du 22 septembre 2016. Aussi la modification apportée au chiffre 1.3 de l'annexe 1 à l'OPAS, entrée en vigueur le 1er janvier 2017, n'est-elle pas applicable au cas d'espèce. Il s'ensuit que la greffe ostéochondrale effectuée le 22 septembre 2016 en raison de la lésion cartilagineuse de la rotule droite dont souffrait le recourant - greffe qui figurait à cette époque dans la liste « négative » de l'annexe 1 de l'OPAS - n'est pas prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire.

8. a. Cela étant, le recourant, invoquant la jurisprudence relative au principe de la protection de la bonne foi et le devoir de renseigner de l'intimée, soutient qu'il a

malgré tout droit à la prise en charge de cette intervention, puisque l'intimée a délivré le 21 septembre 2016 une garantie d'hospitalisation en faveur de l'Hôpital de La Tour. Il fait valoir à ce propos que l'intimée savait parfaitement qu'il subirait une greffe ostéochondrale, puisque la demande de garantie que lui a adressée cet établissement l'indiquait expressément. L'intimée a couvert les frais liés à l'hospitalisation et en cela, a admis son obligation de prise en charge, avant de refuser de prester quatre mois plus tard et d'initier une procédure de recouvrement à son encontre qui le place dans une situation financière compliquée. Le recourant fait valoir qu'il ne pouvait prévoir que la garantie accordée pour la greffe ostéochondrale – par laquelle l'intimée a fait une promesse de prise en charge − conduirait ultérieurement à un refus de prise en charge. Si l'intimée n'entendait pas assumer les coûts du traitement, elle aurait dû refuser d'accorder la garantie. La mention figurant dans le courrier du 21 septembre 2016, selon laquelle l'intimée prenait en charge uniquement « les coûts des traitements obligatoires » ne pouvait être comprise que comme une indication générale pour d'éventuels soins complémentaires ou imprévisibles qui seraient prodigués lors de l'intervention sans que l'assurance n'ait pu expressément prendre position à leur sujet. Du reste, le Prof. B_____ s'est fié à cette garantie pour procéder à l'opération chirurgicale. À défaut de cette garantie, l'opération n'aurait pas eu lieu en 2016. Qui plus est, il incombait à l'intimée, en sa qualité d'assureur social, d'informer le recourant que la greffe en cause serait incluse en 2017 dans le catalogue de prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

b. De son côté, l'intimée argue, d'une part, qu'il appartenait à l'hôpital de renseigner le recourant sur l'absence de prise en charge de l'opération chirurgicale envisagée par l'assurance obligatoire des soins et, d'autre part, que la garantie mentionnait expressément que seuls étaient couverts les coûts des traitements obligatoires. En particulier, elle ne pouvait prévoir que le fournisseur de prestations effectuerait un traitement explicitement exclu de l'assurance obligatoire des soins sans en informer l'intéressé.

9. L'art. 27 LPGA prévoit que, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2). L'alinéa premier ne porte que sur une information générale des assurés, par le biais par exemple de brochures d'informations ou de lettres-circulaires. En revanche, l'alinéa 2 prévoit l'obligation de donner une information précise ou un conseil dans un cas particulier, de sorte qu'il peut conduire à l'obligation de verser des prestations sur la base du principe de la bonne foi (ATAS/917/2017 du 16 octobre 2017 consid. 15b).

Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son

comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseils s'étend non seulement aux circonstances de faits déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (ATF 135 V 339 consid. 8.3 non publié et les références). De manière générale, on doit également exiger de l'assuré un minimum d'attention, de réflexion et de bon sens (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1005/2008 du 5 mars 2009 consid. 3.2.2). Aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 consid. 7.2).

Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité (en l'espèce l'assureur) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; ATF 131 V 472 consid. 5).

D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et que (e) la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5).

10. En l’espèce, quoi qu’en dise le recourant, selon la jurisprudence constante, la garantie de paiement donnée à un établissement hospitalier représente une garantie de prestations de la caisse uniquement vis-à-vis de cet établissement. Elle a pour effet de dispenser l'assuré de fournir des sûretés ou des arrhes à ce dernier, mais elle ne constitue pas un engagement définitif de l'assureur envers l'assuré de prendre en

charge les frais (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.67/04 du 13 juillet 2004 consid. 5.1 et les références).

En effet, lorsqu'elle verse des prestations à un établissement hospitalier en vertu d'une garantie de paiement, la caisse-maladie ne fait le plus souvent qu'avancer, en lieu et place du patient, les frais de traitement encourus par ce dernier, sans examiner préalablement si le montant de cette avance correspond à celui des prestations assurées dans un cas concret : du moment que la garantie de paiement ne représente pas un engagement définitif envers l'assuré de prendre en charge ces frais, il est logique d'admettre que la caisse se réserve la possibilité d'en demander le remboursement à ce dernier (ATF 112 V 188 consid. 3).

Partant, la délivrance d'une telle garantie n'est dès lors pas propre, à elle seule, à faire naître une prétention découlant du droit à la protection de la bonne foi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.35/04 du 29 juin 2004 consid. 6.3 ; voir également ATF 111 V 28, où le droit de l'assuré à la protection de la bonne foi n'a pas été reconnu, quand bien même la garantie de paiement était parvenue à l'établissement hospitalier avant l'hospitalisation; cf. également ATF 112 V 190 consid. 1 qui précise qu'à elle seule, une éventuelle omission - non répréhensible - de la caisse d'informer ses assurés sur la nature et la portée d'une garantie de paiement ne constitue pas une violation du droit à la protection de la bonne foi).

Demeurent réservées des circonstances particulières où la garantie de paiement peut avoir la portée d'un tel engagement et où, par conséquent, le droit à la protection de la bonne foi peut être invoqué par l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.67/04 du 13 juillet 2004 consid. 5.1 et la référence).

À cet égard, certes, la demande de garantie d'hospitalisation du 22 août 2016 mentionne expressément que l'opération envisagée consistait en une greffe ostéochondrale. L'intimée, en prêtant l'attention usuelle, aurait pu reconnaître à la lecture de ce document que le recourant se trouvait dans une situation où il perdrait son droit aux prestations. En conséquence, elle aurait dû le mettre en garde sur le fait que cette intervention n'était pas du ressort de l'assurance obligatoire des soins.

Toutefois, pour que le défaut de renseignement soit susceptible de déployer des effets sous l'angle du droit à la protection de la bonne foi et puisse lier l'intimée, encore faut-il que cette dernière soit intervenue dans une situation concrète à l'égard d'une personne déterminée − condition (a) posée par la jurisprudence – (cf. consid. 9 ci-dessus). Dans ce contexte, une garantie d'hospitalisation libellée à l'attention d'une clinique et non de la personne assurée elle-même, bien que lui ayant été communiquée, suffit à exclure la réalisation de cette condition (ATF 111 V 28 consid. 4 ; arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal fribourgeois 605 2018 294 du 18 février 2020 consid. 5.4).

En l'occurrence, la garantie d'hospitalisation du 21 septembre 2016 a été adressée à l'Hôpital de La Tour, et non au recourant. Aussi la condition (a) précitée, cumulative, n'est-elle pas satisfaite.

Il s'ensuit que le moyen soulevé n'est pas fondé.

11. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable au sens des considérants.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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