



POUVOIR JUDICIAIRE

A/243/2020

ATAS/693/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 août 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Teresa SOARES,
Juges assesseures**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1986, était assuré pour l'assurance-maladie auprès d'Assura-basis SA (ci-après : Assura) jusqu'au 31 décembre 2018.
2. En date du 27 novembre 2018, l'assuré a résilié sa couverture d'assurance-maladie de base auprès d'Assura avec effet au 31 décembre 2018.
3. Le 21 décembre 2018, l'assuré a signé une demande d'affiliation valable dès le 1^{er} janvier 2019 auprès de Helsana Assurances SA (ci-après : Helsana ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins, avec une franchise de CHF 300.-, sans risque accident. La prime mensuelle était de CHF 576.80.
4. Le 31 décembre 2018, Helsana a informé Assura de la conclusion, par l'assuré, d'un contrat d'assurance obligatoire de soins auprès d'elle.
5. Par courrier du 12 février 2019, adressé en copie à Helsana, Assura a informé l'assuré de ce qu'elle ne pouvait accepter sa démission, en application de l'art. 64a al. 6 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), et que le contrat d'assurance obligatoire était donc maintenu en vigueur.

Malgré plusieurs rappels et l'information faite lors de la communication de sa démission, elle constatait que certaines redevances concernant la police d'assurance n'étaient pas acquittées.

6. Par courrier du 26 février 2019, Helsana a informé l'assuré de ce qu'elle supprimait, rétroactivement au 1^{er} janvier 2019, la couverture d'assurance pour l'assurance obligatoire des soins. L'assuré restait affilié auprès d'Assura à compter de cette date.

En effet, son assureur-maladie actuel l'avait informée de ses retards de paiement. Or, l'art. 64a al. 6 LAMal stipulait que l'assuré ne pouvait changer d'assureur tant qu'il n'avait pas payé l'intégralité de ses arriérés.

7. Le 12 mars 2019, Helsana a remboursé à l'assuré la somme de CHF 576.80, correspondant au montant que ce dernier lui avait versé le 9 mars 2019.
8. Le 25 mars 2019, l'assuré a indiqué à Assura n'avoir, à sa connaissance, pas de retard dans le paiement de ses primes. Il était donc étonné de ce refus de changement d'assurance. Par ailleurs, toutes les factures qu'il avait en retard auprès d'Assura avaient été payées début 2017.

Dans l'hypothèse où il n'aurait effectivement pas payé une de ses primes, il priait Assura de le lui communiquer. Il n'avait à ce jour pas reçu de rappel ou de sommation. S'il s'agissait d'une erreur de de la part d'Assura, il demandait la confirmation qu'il était autorisé à changer de caisse.

9. Par courrier du 18 avril 2019, Assura a confirmé à l'assuré la résiliation de son assurance obligatoire des soins au 31 décembre 2018. Elle priait Helsana, qui la lisait en copie, de bien vouloir réactiver son contrat au 1^{er} janvier 2019.

Après une nouvelle analyse du dossier, elle avait constaté qu'une erreur avait été commise dans la gestion administrative de son dossier et que c'était donc à tort qu'elle avait maintenu son affiliation à l'assurance obligatoire des soins.

10. Le 30 avril 2019, Helsana a adressé à l'assuré une nouvelle police d'assurance LAMal valable dès le 1^{er} janvier 2019, identique à la première proposition qui lui avait été faite (prime mensuelle de CHF 576.80 pour une franchise de CHF 300.-, sans couverture accident).
11. Par courrier du 2 mai 2019, l'assuré a indiqué à Helsana qu'il ne souhaitait pas être assuré auprès d'elle.

Helsana avait unilatéralement résilié son contrat d'assurance le 26 février 2019, sans le consulter, sur la base d'une information erronée lui ayant été transmise par Assura, et sans se préoccuper du préjudice que cela pouvait lui causer. Aucun délai ne lui avait été accordé pour faire valoir son point de vue. En rompant ainsi le contrat, elle avait rompu leurs liens de confiance.

À nouveau, le 30 avril 2019, Helsana lui avait unilatéralement adressé une nouvelle police d'assurance modifiant la précédente qu'elle avait résiliée, sans aucune lettre d'explication et sans l'avoir préalablement consulté.

Aucune condition contractuelle ne le liait à Helsana et il rejetait par conséquent cette nouvelle police d'assurance établie sans son consentement.

12. Le 14 mai 2019, Helsana a indiqué à l'assuré ne pas pouvoir accéder à sa requête d'annulation d'assurance, car il se retrouverait sans couverture obligatoire sur tout le territoire suisse. Ayant été informée par Assura, le 18 avril 2019, de ce que la résiliation de son assurance obligatoire des soins prenait effet au 31 décembre 2018, elle s'était retrouvée dans l'obligation légale de faire le nécessaire afin de garantir une couverture sans interruption et rétroactivement.

Se plainte concernant la gestion du dossier pouvait être adressée à Assura, seule responsable de l'historique des événements passés. Il pouvait également lui adresser une lettre avant le 30 septembre 2019 pour résilier son assurance au 1^{er} janvier 2020.

13. Par courrier du 16 mai 2019, l'assuré a persisté dans sa position, indiquant ne pas accepter le contrat d'assurance établi unilatéralement par Helsana et reprenant pour l'essentiel les arguments contenus dans son courrier du 2 mai 2019.

Helsana ne pouvait prétendre qu'il se retrouverait sans couverture d'assurance. Il s'assurerait auprès d'une caisse de son choix et conformément à la loi. Si elle avait l'intention de lui nier la possibilité de choisir librement son assureur, il l'invitait à rendre une décision sujette à recours.

14. Helsana a accusé réception de ce courrier le 6 juin 2019.
15. Le lendemain, l'assuré a retourné à Helsana une facture que celle-ci lui avait adressée le 5 juin 2019, ainsi que son courrier du 16 mai 2019, resté sans réponse.
16. Par décision du 14 juin 2019, notifiée le 18 juin 2019, Helsana a confirmé que l'assuré était lié à elle pour l'assurance obligatoire des soins.

Conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal, elle avait adressé, avant le 31 décembre 2018, une confirmation d'assurance à son ancien assureur. Ce dernier l'avait informée, le 12 février 2019, qu'en raison d'arriérés de paiement, la démission n'était pas acceptée. À la suite de cette information et afin d'éviter une double assurance, elle avait annulé son assurance obligatoire des soins à la date d'entrée, ce qu'elle lui avait indiqué le 26 février 2019. L'assuré n'avait pas réagi à ce courrier.

Après avoir finalement été informée, le 18 avril 2019, que la résiliation auprès d'Assura était acceptée avec effet au 31 décembre 2018, elle avait réactivé son dossier au 1^{er} janvier 2019, et une nouvelle police, valable à cette date, lui avait été adressée. Helsana n'était pas responsable de l'erreur commise par Assura. Elle ne disposait en outre d'aucune attestation d'un éventuel autre assureur.

En raison de l'offre d'assurance signée par ses soins et de la confirmation adressée à son ancien assureur, son assurance obligatoire des soins restait en vigueur auprès d'Helsana au 1^{er} janvier 2019.

17. L'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée le 12 juillet 2019.

Il avait rejeté le nouveau contrat établi par Helsana immédiatement après l'avoir reçu et contesté sa validité dans les délais légaux. Après la résiliation de sa couverture d'assurance par Helsana, il n'avait pas signé une nouvelle offre de couverture ou de nouveau contrat, ce qui aurait dû être le cas avant l'établissement de tout nouveau document en remplacement du précédent contrat résilié par Helsana.

Par conséquent, le contrat établi unilatéralement par Helsana le 30 avril 2019, sans son consentement et sans avoir même été consulté, était totalement illégal, les personnes tenues de s'assurer pouvant choisir librement leur assureur selon la loi.

Par ailleurs, Assura, qui ne pouvait agir en son nom, n'avait pas à demander à Helsana de réactiver une couverture que cette dernière avait résiliée sans son consentement.

Il invitait Helsana à communiquer à Assura son refus d'être affilié à Helsana rétroactivement au 1^{er} janvier 2019.

Enfin, Helsana ne pouvait être à la fois juge et partie dans cette affaire, au vu d'un évident conflit d'intérêt.

18. Le 28 juillet 2019, l'assuré a renvoyé à Helsana une facture datée du 20 juillet 2019, portant sur la prime de juillet 2019 et les primes impayées de janvier à juin 2019.
19. Par courrier du 9 août 2019, Helsana a indiqué avoir transmis son opposition au département compétent. Dans l'intervalle, elle continuerait à lui adresser les factures de primes et il était donc inutile de lui renvoyer ces documents. Toutefois, la procédure de rappels avait été bloquée jusqu'au 30 septembre 2019.
20. Le 30 octobre 2019, l'assuré s'est enquis de l'issue de son opposition, n'ayant pas encore reçu de décision sujette à recours.

Il a également renvoyé à Helsana la facture relative à la prime d'octobre 2019.

21. Par décision sur opposition du 3 décembre 2019, notifiée le 6 décembre 2019, Helsana a confirmé sa décision du 14 juin 2019.

Elle avait respecté les dispositions légales applicables en indiquant à l'assuré qu'elle ne pouvait pas l'affilier après avoir été informée de ce qu'il était en retard de paiement vis-à-vis d'Assura, puis en l'affiliant rétroactivement au 1^{er} janvier 2019 lorsqu'elle avait eu connaissance de l'erreur d'Assura.

Elle peinait à comprendre la motivation de l'assuré et le dommage qu'il invoquait, ce dernier ayant finalement obtenu ce qu'il voulait, à savoir une affiliation auprès d'elle dès le 1^{er} janvier 2019.

C'étant enfin dans le respect de la loi qu'elle avait rendu une décision, puis une décision sur opposition, contre laquelle l'assuré avait la possibilité de recourir auprès de l'autorité compétente.

22. Par acte du 18 janvier 2020, l'assuré a formé recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales), concluant à son annulation, à ce qu'il soit déclaré que le contrat établi unilatéralement par Helsana était non valable, à la condamnation de l'intimée au remboursement de tous les frais engendrés par cette situation, et à la confirmation qu'il était libre de s'assurer auprès d'un assureur de son choix rétroactivement au 1^{er} janvier 2019.

Au lieu de résilier son contrat précipitamment, l'intimée aurait dû l'entendre après avoir reçu l'information erronée d'Assura. Par ailleurs, il était inexact qu'elle fût dans l'obligation légale d'établir un nouveau contrat le 30 avril 2019, puisqu'il était libre de s'assurer auprès de l'assureur de son choix. S'il s'était retrouvé sans couverture comme le prétend Helsana, le service de l'assurance-maladie (ci-après : le SAM) l'aurait dans tous les cas affilié à une caisse.

Par son attitude, l'intimée tentait de le priver de son droit de choisir librement son assureur et de le contraindre à accepter un contrat établi unilatéralement.

Par ailleurs, en lui restituant la prime qu'il avait versée pour le mois de février 2019, l'intimée avait prouvé que sa volonté principale était de résilier

définitivement sa couverture d'assurance, et elle ne s'était jamais inquiétée de ce qu'il soit effectivement couvert.

Partant, l'offre qu'il avait signée le 21 décembre 2018 n'avait plus aucune validité en raison de la résiliation de son contrat par l'intimée.

Enfin, dans le motif d'établissement du contrat du 30 avril 2019, l'intimée avait mentionné « modification de contrat ». Il ne lui semblait pas légal que l'on puisse apporter une modification à un contrat qui avait déjà fait l'objet d'une résiliation et que ce contrat soit valide sans son consentement.

La chambre de céans devait ordonner à l'intimée de suspendre l'envoi de factures de primes dans l'attente de l'issue du recours.

23. L'intimée a répondu au recours le 11 février 2020, concluant à son rejet.

Elle reprenait pour l'essentiel les arguments contenus dans sa décision sur opposition. Elle peinait à comprendre la motivation de l'assuré. À cet égard, le courrier du 25 mars 2019, adressé à Assura et produit par le recourant dans son recours, démontrait que ce dernier souhaitait changer d'assurance et être affilié auprès d'elle à compter du 1^{er} janvier 2019. Il avait donc finalement obtenu ce qu'il voulait.

On ne pouvait pas suivre le recourant lorsqu'il soutenait qu'elle aurait résilié le contrat d'assurance le 26 février 2019 : elle l'avait simplement informé de ce qu'il ne pouvait pas être assuré auprès d'elle en raison de l'information qu'elle avait reçue d'Assura sur ses prétendus arriérés de paiement. Dès qu'elle avait été informée de l'erreur d'Assura, elle avait immédiatement confirmé au recourant sa couverture d'assurance dès le 1^{er} janvier 2019, afin d'éviter une lacune de la couverture d'assurance. Cela correspondait d'ailleurs à la volonté du recourant.

24. Le recourant a répliqué le 2 mars 2020, persistant dans ses conclusions.

Si son souhait en décembre 2018 était d'être assuré par l'intimée, c'était cette dernière qui avait résilié sa couverture d'assurance en février 2019 sans se soucier des conséquences pour lui. Après cette résiliation, sa franchise était passée de CHF 300.- à CHF 2'500.-. L'offre qu'il avait signée en décembre 2018 n'avait plus aucune validité en raison de la résiliation de son contrat par l'intimée.

Il s'étonnait par ailleurs que cette dernière s'inquiète de sa couverture d'assurance, alors même qu'elle avait résilié son contrat.

S'il était tombé gravement malade immédiatement après la résiliation de son contrat, l'intimée n'aurait jamais pris en charge ses frais médicaux.

Enfin, le législateur n'avait pas donné mandat à l'intimée d'affilier d'office les personnes tenues de s'assurer, ce mandant appartenant au SAM.

25. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. 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).

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

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours contre la décision sur opposition du 3 décembre 2019 est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA, en particulier l'art. 63 al. 1 let. c LPA).

3. Le litige porte sur la validité de l'affiliation du recourant auprès de l'intimée dès le 1^{er} janvier 2019 pour l'assurance obligatoire des soins.

4. a. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. L'art. 3 al. 1 LAMal pose ainsi le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (ATF 129 V 77 consid. 4; 126 V 265 consid. 3b).

b. L'art. 4 LAMal pose le principe du libre choix de l'assureur. Conformément à cette disposition, les personnes tenues de s'assurer choisissent librement parmi les assureurs désignés à l'art. 11 (al. 1). Les assureurs doivent, dans les limites de leur rayon d'activité territorial, accepter toute personne tenue de s'assurer (al. 2).

c. Selon l'art. 6 LAMal, les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer (al. 1). L'autorité désignée par le canton affilié d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (al. 2).

Selon l'art. 4 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), le service de l'assurance-maladie contrôle l'affiliation des assujettis.

Selon l'art. 6 LaLAMal, les personnes dont la demande d'affiliation n'a pas été déposée dans les conditions prévues aux art. 3 et 6a LAMal sont affiliées d'office. La sommation demeurée sans effet peut entraîner les sanctions prévues à l'art. 92 LAMal (al. 1). En cas d'affiliation d'office, la répartition des assujettis entre les divers assureurs est effectuée par le service de l'assurance-maladie selon une clé de répartition fixée par le règlement. Il est tenu compte, le cas échéant, de l'affiliation des membres de la famille (al. 2). L'affiliation d'office est annulée si elle se révèle injustifiée. L'assuré en supporte les frais s'il est en faute (al. 3).

5. a. Selon l'art. 7 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). Lors de la

communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur (al. 2). Si l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur (al. 3). L'affiliation prend fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer conformément à l'art. 13 LAMal lorsque l'assureur cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale (al. 4). L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus (al. 5). Lorsque le changement d'assureur est impossible du fait de l'ancien assureur, celui-ci doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime (al. 6).

b. L'art. 7 LAMal règle ainsi les conditions auxquelles un assuré peut changer d'assureur. Par sa nature et ses effets, la possibilité de changer d'assureur prévue à l'art. 7 LAMal s'apparente à une résiliation. La jurisprudence distingue la résiliation ordinaire, intervenant dans les trois mois précédant la fin d'un semestre d'année civile (art. 7 al. 1 LAMal), de la résiliation extraordinaire, qui peut intervenir dans des délais plus courts (ATF 126 V 480 consid. 2c ; 124 V 333 consid. 2a et 2b).

En dérogation à l'art. 7 LAMal, qui fixe les conditions de résiliation, l'art. 64a al. 6 LAMal limite le droit de l'assuré de changer d'assurance lorsqu'il est en retard de payer intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. En d'autres termes, tant qu'un assuré n'est pas à jour avec ses paiements à l'égard de son assurance-maladie, il ne peut changer d'assureur.

Enfin, en toute hypothèse, l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption d'assurance (art. 7 al. 5 LaMal).

6. La couverture d'assurance débute par une demande d'affiliation auprès d'un assureur au sens de la LAMal. La demande d'affiliation est un acte administratif soumis à réception, qui lie l'administré à partir de la réception de la demande par l'assureur (Ulrich MEYER, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Sozial Sicherheit, 2ème édition, p. 407, n° 20).
7. Dans la mesure où la loi sur l'assurance-maladie (art. 7 LAMal) exclut qu'un candidat au changement d'assureur puisse se trouver sans couverture d'assurance ou puisse subir une interruption de la protection d'assurance, l'affiliation au premier

assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur a communiqué à celui-ci qu'il assurait l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance (ATF 128 V 269 consid. 3b ; arrêt K 155/0 4 ; voir également Ariane Ayer/Béatrice Despland, Loi fédérale sur l'assurance-maladie, édition annotée, Genève 2004, p. 59 avec un renvoi à un jugement du Tribunal des assurances du canton de Thurgovie publié dans TVR 1999 p.165).

8. En l'espèce, le recourant, qui était affilié à Assura pour l'assurance-maladie de base, a résilié sa couverture d'assurance auprès de celle-ci avec effet au 31 décembre 2018, puis signé une demande d'affiliation auprès de l'intimée valable dès le 1^{er} janvier 2019.

Informée au début du mois de février 2019 par Assura de ce que le recourant n'aurait pas acquitté l'intégralité de ses redevances, l'intimée n'avait d'autre choix que d'annuler l'affiliation du recourant auprès d'elle, l'art. 64a al. 6 LAMal interdisant le changement d'assureur à tout assuré en retard de paiement.

L'intimée n'avait pas de raisons de mettre en doute l'information reçue de la part d'Assura, ce d'autant plus que le recourant ne s'est pas manifesté auprès d'elle après avoir reçu le courrier d'Assura du 12 février 2019 pour en contester le contenu. Elle a donc, le 26 février 2019, informé l'assuré de ce qu'elle supprimait rétroactivement la couverture d'assurance qu'il avait conclue auprès d'elle. Le recourant n'a pas réagi à cette missive.

Dès qu'elle a été informée par Assura de l'erreur commise par cette dernière, l'intimée a réactivé la police d'assurance qu'elle avait annulée, aux mêmes conditions que celles acceptées par le recourant. En effet, conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal, Assura ne pouvait pas accepter la démission du recourant sans recevoir la confirmation, par l'intimée, de ce que le recourant ne souffrirait pas d'interruption d'assurance.

Ce faisant, l'intimée n'a aucunement violé le libre choix du recourant de choisir son assureur. Ce dernier avait manifesté sa volonté de ne plus être affilié à Assura en résiliant sa couverture d'assurance auprès de celle-ci, et d'être lié à l'intimée à compter du 1^{er} janvier 2019, aux conditions qu'il avait acceptées et qui ont été réactivées par l'intimée le 30 avril 2019. On ne saurait dès lors considérer qu'elle aurait procédé à son affiliation d'office, l'intimée n'ayant fait que respecter la demande d'affiliation du recourant, qui lie ce dernier.

Le recourant n'ayant pas indiqué avoir conclu une couverture auprès d'un autre assureur, l'intimée se devait de réactiver la police d'assurance annulée en raison de l'erreur d'Assura, afin d'assurer au recourant une protection d'assurance sans interruption. Si elle ne l'avait pas fait, le recourant serait resté assuré par Assura, puisque son affiliation auprès de celle-ci n'aurait pas pu prendre fin sans la confirmation, par un autre assureur, qu'il restait assuré sans interruption.

On peine enfin à suivre le recourant lorsqu'il allègue qu'il aurait souffert un dommage en raison de cette suite d'événements. Dans sa réplique, il soutient

qu'après la « résiliation » du contrat par l'intimée, sa franchise était passée de CHF 300.- à CHF 2'500.-. Or, en réactivant la couverture d'assurance avec effet au 1^{er} janvier 2019, l'intimée a justement permis au recourant de bénéficier d'une franchise de CHF 300.- avec effet rétroactif, lui permettant ainsi de se faire rembourser – aux conditions convenues avec l'intimée – d'éventuels soins médicaux qui auraient dépassé ladite franchise durant les premiers mois de 2019.

Au vu de ce qui précède, c'est en parfaite conformité avec les dispositions légales précitées que l'intimée a agi dans le cadre de ses relations avec le recourant. Ce dernier est donc bien lié à l'intimée pour l'assurance obligatoire de soins à compter du 1^{er} janvier 2019.

9. Infondé, le recours sera rejeté.
10. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

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

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