

## **GE\_GERICHTE A/1430/2012 vom 11. Juni 2012**

GE Cour de justice, 2012-06-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1430\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1430_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/1430/2012 du 11 juin 2012

IT: GE\_GERICHTE A/1430/2012 del 11 giugno 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

ème Chambre En la cause Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié à Thônex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître SAVOY Pierre recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne intimée EN FAIT M. S \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1952, était employé comme monteur dans la construction auprès de X \_\_\_\_\_ SA depuis le 21 août 2006 et assuré à ce titre auprès de la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA). Le 4 juin 2010, il a été victime d'un accident. Alors qu'il circulait à vélo, il a buté contre un ralentisseur et a chuté. Il a subi un choc à la tête. Le 8 juin 2010, l'employeur a annoncé le cas à la SUVA qui l'a pris en charge. Le 11 juin 2010, la Dresse A \_\_\_\_\_, FMH médecine interne, a rendu un rapport suite à une consultation en urgence du 4 juin 2010 selon lequel l'assuré s'était tapé la tête sur le bord d'un trottoir, en portant son casque, sans perdre connaissance. Il se sentait légèrement étourdi de temps en temps, présentait des céphalées fluctuantes à différents endroits de la tête et parfois une impression de vision floue associée à des vertiges mal systématisés, très fugaces. Un CTscan cérébral du 4 juin 2010 était sans anomalie notable. Une IRM cérébrale du 22 juillet 2010 a conclu à "pas d'anomalie évolutive significative sur l'ensemble de l'exploration IRM notamment pas de processus expansif inflammatoire, ischémique ou hémorragique. La seule lésion de la substance blanche occipitale droite de découverte fortuite n'a pas de valeur significative d'autant qu'elle est à distance des structures visuelles. Nous n'excluons pas cependant chez le patient la possibilité d'un syndrome de traumatisme crânien et nous lui indiquons dans tous les cas la bénignité de ses symptômes et l'absence de lésion sous-jacente intracérébrale". Le 20 août 2010, la Dresse B \_\_\_\_\_, FMH en neurologie, a rendu un rapport suite à une évaluation neurologique de l'assuré. Depuis son accident l'assuré avait des épisodes quasi quotidiennement survenant plusieurs fois par jour (4-5 fois par jour), des sensations vertigineuses mal systématisées, associées ou pas à des céphalées, des troubles visuels de type flou visuel. Ces épisodes pouvaient durer quelques secondes survenaient surtout à la marche et en station debout. Il notait des pertes d'équilibre lors de ces épisodes. Il n'avait pas de symptômes constants, notamment pas de céphalées ni de trouble de l'équilibre ni de trouble de la sensibilité hormis ces épisodes. Il notait une légère raideur de la nuque. Il avait consulté un ophtalmologue et des lunettes progressives lui avaient été prescrites, le contrôle des champs visuels était en cours. L'IRM cérébrale du 22 juillet 2010 montrait une petite lésion de la substance blanche à la jonction cortico-sous-corticale, plus grande occipitale droite, aspécifique. L'examen était sans anomalie. Les symptômes de type sensations vertigineuses, céphalées, flou visuel survenant par épisodes de courte durée entraînent très vraisemblablement dans le cadre d'un syndrome subjectif post-traumatique. Dans le diagnostic différentiel on pouvait également évoquer le tableau d'une cupulolithiase fruste qu'on pouvait souvent avoir après le

traumatisme compte tenu du fait que le patient notait un léger bourdonnement de l'oreille gauche, mais cette hypothèse était moins probable. De petites lésions de la substance blanche et notamment celles de la région occipitale droite n'avaient certainement pas de rapport avec la symptomatologie. Cette lésion occipitale n'expliquait d'ailleurs pas les troubles visuels ni vertiges du patient. Du Betaserc ou Stugeron ou des petites doses d'antidépresseur pouvaient être essayées. Le 24 août 2010, la clinique des Grangettes a attesté d'un traumatisme crânien avec commotion cérébrale légère, constaté le 4 juin 2010, pour lequel des antalgiques et du repos avaient été ordonnés, sans incapacité de travail. Le 25 août 2010, le Dr C \_\_\_\_\_, FMH médecine interne, a rempli un rapport médical attestant d'un traumatisme cranio-cérébral (TCC) avec vertiges récidivants et troubles visuels et neurologiques faisant l'objet de bilans et d'une incapacité totale de travail jusqu'au 12 septembre, puis selon évolution. Le 13 septembre 2010, le Dr C \_\_\_\_\_ a attesté d'un TCC avec vertiges, céphalées et flou visuel survenant par épisodes dans le cadre d'un syndrome subjectif post-traumatique probable, sans amélioration. Un large bilan avait déjà été effectué et s'était révélé normal. Il a prolongé l'incapacité de travail du 13 septembre 2010 au 31 janvier 2012. L'assuré a été licencié pour le 31 décembre 2010. Le 20 décembre 2010, la Dresse D \_\_\_\_\_, cheffe de clinique au service d'ophtalmologie aux Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG), a rendu un rapport adressé au Dr E \_\_\_\_\_, FMH spécialiste en ophtalmologie. L'assuré se plaignait de vertiges et céphalées violentes avec vision floue qui avaient augmenté dès juillet 2010, avec parfois des chutes. Elle a conclu à un déficit vestibulaire et otolithique en l'absence de signe neuro-ophtalmologique en faveur d'une fistule, ni de signe ou symptôme en faveur d'une fracture du rocher. Le champ visuel par périmétrie automatisée était de très bonne qualité pour l'œil droit, quelque peu plus médiocre pour l'œil gauche et dénotait une quasi résolution des atteintes au niveau assymétrique avec simplement une persistance de type fasciculaire supérieur des deux côtés qui aurait pu être en lien avec la position palpébrale, dépassant la ligne verticale des deux côtés. Il restait un point d'atteinte homonyme paracentrale, évocateur d'un scotome d'origine des lobes occipitaux, non confirmé par l'examen au laser à la croix de Maddox ou encore à la lecture. Elle conseillait un examen en neuro-otologie avec une rééducation neurovestibulaire. Le 4 février 2011, le Dr F \_\_\_\_\_, médecin chef à la polyclinique ORL de Lausanne, a rendu un rapport suite à l'examen de l'assuré des 6 et 24 janvier 2011 et a conclu à un diagnostic de status après traumatisme crânien simple le 4 juin 2010 et vertiges post-traumatiques d'origine indéterminée. Deux semaines après l'accident, était apparue une symptomatologie de vertiges rotatoires paroxystiques récidivants, non déclenchés par des changements de position, survenant ~ 3 à 4 x/jour sans prodromes, d'une durée < 1 min. en moyenne. Les vertiges étaient souvent associés à un flou visuel transitoire, et avaient été occasionnellement à l'origine de chutes, sans perte de connaissance. Les intervalles entre les épisodes de vertiges étaient libres, sans déséquilibre postural. Les vertiges étaient toujours présents depuis six mois sans interruption. Un examen posturographique et un examen VNG (Equitest) du 24 janvier 2011 s'étaient révélés normaux. L'examen otoneurologique clinique et instrumental était normal, sans évidence d'une pathologie vestibulaire organique permettant d'expliquer la symptomatologie. L'origine de ces vertiges paroxystiques récidivants, apparus à la suite d'un traumatisme crânien bénin, restait donc indéterminée. L'anamnèse et l'évolution étaient peu suggestives de vertiges positionnels bénins sur canalolithiase. Sur le plan thérapeutique, il proposait un traitement de physiothérapie de rééducation d'équilibre, qui pourrait améliorer la symptomatologie. Le 18 avril 2011, le Dr C \_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré était en recherche d'emploi, qu'il n'y avait pas

d'amélioration et qu'il effectuait de la physiothérapie de rééducation vestibulaire. L'assuré a séjourné du 18 mai au 1<sup>er</sup> juin 2011 à la Clinique romande de réadaptation (CRR). Le rapport de la CRR du 4 juillet 2011 a posé le diagnostic principal de réadaptation neurologique d'une symptomatologie vertigineuse et des diagnostics supplémentaires de TCC léger le 4 juin 2010, vertiges post-traumatiques d'origine indéterminée et status postopératoire du ménisque du genou gauche il y avait plusieurs années. Les huit séances de rééducation vestibulaire déjà effectuées avaient apporté une diminution de la symptomatologie d'environ 50 %. L'incapacité de travail était de 100 % dès le 12 mai 2011 dans l'ancienne activité et nulle dans un poste adapté depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011. L'examen clinique était dans la norme mise à part une légère déviation vers la gauche à l'épreuve d'Unterberger. Sur l'IRM cérébrale réalisée en juillet 2010, étaient objectivées deux lésions aspécifiques de la substance blanche cortico-sous-corticale, au niveau occipital droit et frontal droit. Sur le plan post-TCC et afin de contrôler une éventuelle évolution des lésions cérébrales déjà visualisées, une IRM cérébrale avait été réalisée le 30 mai 2011. Celle-ci mettait en évidence de multiples lésions de la substance blanche sous-corticale à prédominance bifrontale sans résidu hémorragique qui ne parlait pas en faveur d'une maladie démyélinisante, d'allure non spécifique. Il existait une anomalie de développement veineux à drainage profond de la région du gyrus cingulaire au-dessus du carrefour ventriculaire associée à une anomalie de signal de la substance blanche sans cavernome décelable. Il n'y avait pas de sténose décelable de la veine collectrice. Une évaluation neuropsychologique mettait en évidence des résultats globalement dans les limites de la norme pour toutes les fonctions investiguées. Du point de vue physiothérapeutique, la physiothérapie vestibulaire avait été poursuivie intensivement avec une bonne amélioration à la fin du séjour. Le thérapeute n'observait aucune limitation des capacités fonctionnelles. Cependant, la réapparition d'épisodes vertigineux ne pouvait pas être exclue. Sur le plan professionnel, le patient s'était présenté aux ateliers professionnels où il avait été objectivé une très bonne collaboration chez un patient qui s'améliorait physiquement et ne présentait aucune limitation du rendement dans les différentes tâches effectuées. Cependant, étant donné l'anamnèse de la symptomatologie vertigineuse aspécifique et les conditions de travail de ce constructeur métallique, une reprise de son ancienne activité professionnelle ne pouvait pas être envisagée. Par contre, le travail dans un poste adapté (travail au sol) semblait envisageable, sans aucune limitation fonctionnelle. Le 1<sup>er</sup> septembre 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté de vertiges post-traumatiques d'origine indéterminée, d'une évolution favorable (actuellement environ un épisode par jour), d'un traitement de physiothérapie en cours et d'un travail possible dans un poste adapté, au sol, depuis ce jour. Le 23 septembre 2011, une note téléphonique au dossier de la SUVA a mentionné que l'assuré confirmait l'évolution positive avec des épisodes de perte d'équilibre survenant une fois par jour (voire deux), au lieu de trois à quatre auparavant. Par communication du 22 novembre 2011, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a informé l'assuré qu'il prenait en charge une mesure d'orientation professionnelle auprès des EPI du 28 novembre au 23 décembre 2011. Un courriel de l'assuré à la SUVA du 28 novembre 2011 mentionné qu'il avait débuté un stage aux EPI mais qu'il avait chuté en raison de vertiges, dans les escaliers, et s'était foulé le poignet droit. Le 16 décembre 2011, le Dr G\_\_\_\_\_, FMH neurologie, médecin de la SUVA, a rendu une appréciation neurologique sur dossier. Selon les critères émanant de la Fédération européenne des sociétés de neurologie (EFNS), l'assuré avait présenté tout au plus un choc de la tête, mais il n'avait même pas souffert d'une commotion cérébrale, dans la mesure où il n'avait pas perdu connaissance. Un tel choc de la tête pouvait

provoquer des troubles de courte durée, tels que des maux de tête ainsi qu'une diminution du pouvoir de concentration reflétant une atteinte passagère et discrète des performances neurocognitives élevées; cependant, des troubles durables, tels que des déficits de la cognition et des performances neuropsychologiques en particulier ne pouvaient s'expliquer par un tel traumatisme. La formulation du Dr F \_\_\_\_\_ selon laquelle le diagnostic était un vertige post-traumatique d'origine indéterminée devait être comprise comme établissant un lien de nature chronologique avec l'accident (les troubles étaient apparus après l'accident au cours de l'évolution) sans qu'il s'agisse le moins du monde d'un rapport de causalité permettant d'expliquer l'origine des troubles. Tant le Dr F \_\_\_\_\_ que la CRR ne se prononçaient pas précisément sur le rapport de causalité. L'IRM du 30 mai 2011 démontrait une atteinte microvasculaire qui pouvait engendrer des sentiments d'insécurité spatiale. Il se ralliait aux conclusions de la CRR sur la capacité de travail de l'assuré, tout en relevant que l'appréciation n'était pas réalisée pour des motifs faisant suite à l'accident mais pour des raisons médicales indéterminées. En résumé, l'assuré avait été victime d'un choc à la tête sans que l'on puisse mettre en évidence de lésions post-traumatiques; l'ensemble des résultats des investigations effectuées était sans particularités (examens cliniques, neurologiques, neuro-otologiques et neuro-ophtalmologiques). Par conséquent, les troubles dont l'assuré faisait état sous forme de vertiges de courte durée apparaissant par intermittence n'avaient pas de lien de causalité de vraisemblance prépondérante avec l'évènement accidentel du 4 juin 2010. Par décision du 18 janvier 2012, la SUVA a mis un terme à toute prestation d'assurance au 31 janvier 2012 (indemnités journalières et frais de traitement) au motif que selon le Dr G \_\_\_\_\_ les vertiges n'étaient pas en lien de causalité vraisemblable avec l'accident. Le 25 janvier 2012, le Dr C \_\_\_\_\_ a écrit à la SUVA qu'il contestait la décision de celle-ci car l'assuré présentait des vertiges post-traumatiques dans le contexte d'un traumatisme crânio-cérébral. Par communication du 26 janvier 2012, l'OAI a pris en charge une orientation professionnelle de l'assuré du 30 janvier au 29 avril 2012 aux EPI. Le Dr C \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale au 31 janvier 2012, probablement jusqu'au 6 février 2012 en raison d'un accident. Le 2 février 2012, la caisse maladie KPT SA (ci-après : la KPT) a fait opposition à titre conservatoire à la décision de la SUVA du 18 janvier 2012. Le 3 février 2012, l'assuré, représenté par un avocat, a fait opposition à la décision de la SUVA du 18 janvier 2012 en faisant valoir qu'il était en incapacité de travail totale en raison de vertiges consécutifs à l'accident. Le 13 février 2012, la KPT a retiré son opposition. Le 27 février 2012, l'assuré a complété son opposition en observant que le Dr H \_\_\_\_\_, radiologie FMH, avait indiqué le 23 juillet 2010 suite à l'IRM du 22 juillet 2010 qu'un syndrome de traumatisme crânien n'était pas exclu, le Dr F \_\_\_\_\_ évoquait des vertiges paroxystiques récidivants apparus à la suite d'un traumatisme crânien et le Dr B \_\_\_\_\_ évoquait un tableau de cupulolithiase que l'on pouvait souvent voir après un traumatisme. Par décision du 26 mars 2012, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré en relevant que l'assuré avait tout au plus reçu un choc à la tête sans commotion cérébrale, lequel ne pouvait entraîner des troubles durables. Aucune atteinte objectivable n'avait été démontrée, de sorte que la causalité naturelle entre les troubles vertigineux et l'accident n'était pas vraisemblable, étant par ailleurs relevé que le seul fait que les troubles n'existaient pas avant l'accident n'était pas suffisant pour admettre une causalité naturelle. La SUVA a indiqué qu'un recours contre sa décision n'aurait pas d'effet suspensif. Par communication du 2 mai 2012, l'OAI a rendu une décision annulant et remplaçant celle du 21 mars 2012 en constatant que le stage prévu du 2 avril au 1<sup>er</sup> juillet 2012 n'avait pu avoir lieu en raison d'une incapacité de travail prise en charge par la SUVA.

Le 11 mai 2012, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif au recours et, principalement, à l'annulation de la décision et à la constatation de son droit aux prestations de la SUVA au-delà du 31 janvier 2012, au besoin en ordonnant une expertise. L'appréciation de la SUVA était inconciliable avec celle du Dr C\_\_\_\_\_. Le Dr G\_\_\_\_\_ ne l'avait pas examiné. Ses troubles étaient apparus immédiatement après l'accident et il n'en avait jamais souffert avant. Les Drs C\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_, B\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ avaient confirmé le diagnostic de vertiges post-traumatiques. Le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ n'était pas probant car il ignorait l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ et ceux des autres médecins contraires au sien, notamment celui du Dr F\_\_\_\_\_, en particulier lorsqu'il relevait que l'expression "vertiges post-traumatiques" n'établissait qu'un lien de nature chronologique avec l'accident, qu'enfin il ne donnait aucune autre raison médicale aux troubles vertigineux tout en admettant une incapacité de travail totale comme "constructeur métallique". Par ailleurs, il avait été victime d'un nouvel accident le 31 janvier 2012; en sortant de son deuxième jour de stage aux EPI, il s'était foulé la cheville suite à un vertige, avec rupture ligamentaire et atteinte au cartilage. Le 29 mai 2012, la SUVA a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif au recours au motif que les prévisions sur l'issue du litige ne présentaient pas, pour le recourant, un degré de certitude suffisant et que si les prestations étaient versées elle ne pourrait les recouvrer vu l'absence de revenu du recourant. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA). Le 11 mai 2012, le recourant a requis la restitution de l'effet suspensif à son recours. a) Selon l'art. 54 al. 1 let. c LPGA, les décisions et les décisions sur opposition sont exécutoires lorsque l'effet suspensif attribué à une opposition ou à un recours a été retiré. La LPGA ne contient pas de dispositions propres sur l'effet suspensif. Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021). Selon l'art. 1 al. 3 PA, l'art. 55 al. 2 et 4 PA, concernant le retrait de l'effet suspensif, s'applique à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral. D'après la jurisprudence relative à l'art. 55 al. 1 PA, à laquelle l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé (arrêt P. du 24 février 2004, I 46/04), la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer, en application de l'art. 55 PA, d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en

considération; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute. Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons convaincantes pour le faire (ATF 124 V 88 consid. 6a, 117 V 191 consid. 2b et les références; ATFA du 19 septembre 2006, I 439/06). b) Une décision portant sur le retrait ou la restitution de l'effet suspensif est une décision incidente en matière de mesures provisionnelles (ATF du 12 mai 2011 9C 94/2011). Dans l'arrêt précité du 19 septembre 2006 (I 439/06), le TFA a considéré que, dans le contexte de la révision du droit à la rente d'invalidité, l'intérêt de l'assurée à pouvoir continuer à bénéficier de la rente qu'elle percevait jusqu'alors n'était pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y avait pas lieu d'admettre que selon toute vraisemblance elle l'emporterait dans la cause principale. La situation matérielle difficile dans laquelle se trouvait l'assurée depuis la diminution du montant de sa rente d'invalidité ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaissait généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'assurée n'obtiendrait pas gain de cause sur le fond matériel de la contestation, il était en effet à craindre que la procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 105 V 269 consid. 3; VSI 2000 p. 187 consid. 5). S'agissant des prévisions sur l'issue du litige, elles ne présentaient pas, pour l'assurée, un degré de certitude suffisant pour qu'elles soient prises en considération. Les avis divergeaient aussi bien sur la situation médicale concrète de l'assurée que sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, rendant l'issue du litige tout à fait incertaine. Seul un examen détaillé des pièces médicales versées au dossier permettrait de répondre à la question de savoir si la révision du droit à la rente était justifiée. Ainsi, l'intérêt de l'assurance-invalidité à réduire, même à titre provisoire, le montant de ses prestations l'emportait sur celui de l'assurée à percevoir une rente entière d'invalidité durant la durée de la procédure. Le retrait de l'effet suspensif par l'autorité était par conséquent justifié. En l'espèce, le recourant requiert la restitution de l'effet suspensif au recours au motif qu'il se trouve dans une incertitude financière totale. Cet argument n'est, au regard de la jurisprudence précitée, pas suffisant pour admettre la requête du recourant. En effet, il est à craindre, dans un tel cas, que si le recourant n'obtient pas gain de cause sur le fond, la procédure en restitution des prestations reçues à tort ne se révèle infructueuse. Par ailleurs, s'agissant des chances de prévisions sur l'issue du litige, elles ne présentent pas un degré de certitude suffisant pour pouvoir être prises en considération. En effet, les rapports médicaux au dossier ne permettent pas, en l'état, de conclure d'une façon certaine à l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquat entre les troubles vertigineux du recourant et l'accident du 4 juin 2010, étant relevé que plusieurs médecins ont attesté de vertiges d'origine indéterminée (rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 4 février 2011, rapport de la CRR du 4 juillet 2011, rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2011). Au vu de ce qui précède, la requête en restitution de l'effet suspensif au recours sera rejetée et le fond réservé. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant Préablement : Rejette la requête en restitution de l'effet suspensif au recours. Au fond : Réserve le fond. 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 Nancy  
BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée  
aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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