

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mars 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Thalmann et Brélaz Braillard
Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre :

F._____, domicilié en France, recourant, représenté par Me Michel Chavanne, avocat à Lausanne,

et

LA BÂLOISE, COMPAGNIE D'ASSURANCES, à Bâle, intimée, représentée par Me Christian Grosjean, avocat à Genève.

Art. 28 al. 1 et 2; art. 43 al. 2 et 3 LPG; art. 55 al. 2 et 3 OLAA

E n f a i t :

A. a) F. _____ (ci-après: l'assuré), né le 13 octobre 1979, de nationalité française, a été engagé le 1^{er} novembre 2006 en qualité de boulanger par la J. _____ à l'Isle et, à ce titre, était assuré pour les accidents professionnels et non professionnels par la Bâloise, Compagnie d'assurances (ci-après: la Bâloise).

Le 25 juin 2007, F. _____ a glissé sur le sol mouillé de son domicile privé et s'est blessé au poignet droit ainsi qu'à la cheville gauche. Il a consulté la Dresse N. _____, médecin traitant généraliste, à Morez (France), laquelle a établi un premier certificat d'arrêt de travail du 25 juin 2007 au 13 juillet 2007.

L'incapacité de travail attestée par la Dresse N. _____ s'est prolongée du 10 juillet au 2 septembre 2007.

b) Une déclaration d'accident datée du 25 juillet 2007 a été transmise par l'employeur d'F. _____ à la Bâloise.

Par courrier du 31 juillet 2007, la Bâloise a demandé à l'assuré de lui transmettre les pièces médicales relatives à l'accident susmentionné et de lui retourner le questionnaire LAA, qui était joint audit courrier.

Le questionnaire daté du 8 août 2007 a été partiellement rempli par l'assuré et complété par la Bâloise, suite à un échange téléphonique avec l'intéressé le 13 août 2007.

c) Le 29 août 2007, la Bâloise a adressé un message électronique à l'assuré l'informant qu'elle n'avait encore reçu aucun renseignement médical de la Dresse N. _____ et l'enjoignant à prendre contact avec ce médecin afin qu'elle lui adresse sans retard un rapport médical initial LAA, une feuille d'accident LAA, ainsi qu'une copie du dossier médical. Il était également demandé à l'assuré de communiquer le

nom de son cardiologue et de son chirurgien. L'attention de ce dernier était en outre attirée sur le fait que la Bâloise ne pouvait prendre position sur le versement des indemnités journalières à l'employeur sans ces documents.

Le 3 septembre 2007, la Dresse N. _____ a établi un certificat médical, à teneur duquel l'assuré s'était rendu à sa consultation les 28 juin 2007, 30 juin 2007 et 16 juillet 2007. Il souffrait d'un traumatisme à la main droite avec contusion et impotence fonctionnelle, d'une entorse de la cheville gauche, d'un oedème et d'une impotence fonctionnelle avec hypertension artérielle récente, ainsi que de lombalgies d'aggravation récente. Par certificats médicaux ultérieurs, elle a prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 30 septembre 2007 d'abord, puis jusqu'au 6 janvier 2008.

d) Par courrier du 8 octobre 2007, la Bâloise a informé l'assuré qu'elle souhaitait faire un point de la situation avec celui-ci et l'invitait à passer dans ses locaux.

Un rapport de la Bâloise daté du 17 octobre 2007 résume cet entretien.

B. **a)** Par courrier du 19 octobre 2007, la Bâloise a informé F. _____ qu'elle allait mettre en œuvre une expertise médicale; elle lui a imparti un délai de 10 jours pour lui communiquer les questions qu'il souhaitait poser à l'expert et choisir entre les deux spécialistes proposés, à savoir le Dr K. _____ et le Dr T. _____.

Aux termes de deux messages électroniques datés tous deux du 30 octobre 2007, la Bâloise a informé F. _____ qu'elle n'avait toujours pas reçu les rapports radiologiques concernant l'accident du 25 juin 2007 ni son dossier médical. Elle ajoutait que «sans réponse dans les prochains jours», elle serait contrainte de suspendre les indemnités journalières. Suite à un appel de l'assuré, elle a précisé que selon la LAA (loi sur l'assurance-accidents), il incombait à l'assuré de faire le nécessaire auprès de ses médecins traitants.

Le 31 octobre 2007, l'assuré a été informé du fait que l'expertise médicale avait été confiée au Dr K._____ et qu'il lui appartenait de se rendre à sa consultation le mercredi 21 novembre 2007 à 10h00, muni de tous les rapports radiologiques et radiographies en sa possession et en celle de ses médecins traitants.

Le 5 novembre 2007, l'assuré a adressé un message électronique à la Bâloise à teneur duquel il allait transmettre son dossier médical aux alentours du 20 novembre 2007. En réponse, l'assureur a informé ce dernier que jusqu'à réception de la documentation médicale justifiant l'arrêt de travail, il serait procédé au versement d'un acompte de 50% des indemnités journalières. Il rappelait en outre la consultation auprès du Dr K._____ le 21 novembre 2007.

b) Le 13 novembre 2007, la Bâloise a reçu un rapport médical établi par la Dresse N._____ qui posait les diagnostics de syndrome dépressif, hypertension artérielle, entorse de la cheville sévère sur ligamento plastie datant de 2003, aggravation récente avec douleurs, et oedèmes non guéris par les traitements traditionnels (antalgie, AINS).

c) L'expertise prévue le 21 novembre 2007 auprès du Dr K._____ a été reportée au 29 novembre 2007. Il ressort de l'attestation du Centre hospitalier de Morez du 20 novembre 2007 que l'assuré a été victime d'un accident (chute d'un bloc de glace), ayant entraîné un important traumatisme crânien, qui a justifié un repos total à domicile pendant trois jours.

Par courrier du 21 novembre 2007, l'assuré a été informé de cette nouvelle convocation et du fait que les prestations de l'assurance étaient suspendues dès cette date jusqu'à ce qu'il soit examiné dans le cadre de l'expertise médicale.

F._____ ne s'est pas présenté à la convocation auprès du Dr K._____ le 29 novembre 2007.

d) Le 21 décembre 2007, la Bâloise a adressé un courrier à l'assuré l'informant d'une nouvelle date d'expertise auprès du Dr T._____ le 9 janvier 2008 et a attiré son attention sur l'importance de cette expertise médicale pour déterminer son droit aux prestations.

Par certificat médical du 7 janvier 2008, la Dresse N._____ a prolongé l'incapacité de travail d'F._____ jusqu'au 28 janvier 2008.

Il ressort d'une note manuscrite de la Bâloise non datée que l'expertise médicale du 9 janvier 2008 auprès du Dr T._____ n'a pas eu lieu, au motif que l'assuré, arrivé en retard au rendez-vous, se serait énervé et montré discourtois envers ce médecin, de sorte que celui-ci aurait refusé d'effectuer ladite expertise.

e) Le 22 janvier 2008, la Bâloise a encore reçu un rapport médical non daté du Centre hospitalier de Champagnole à teneur duquel l'assuré devait se faire opérer d'une hernie inguinale droite le 15 janvier 2008.

D'après une note manuscrite de l'assuré reçue par la Bâloise le même jour, cette hernie aurait été provoquée à la suite de l'expertise manquée auprès du Dr T._____ ; l'assuré énervé aurait trébuché avec sa béquille droite, ce qui aurait entraîné l'atteinte.

C. **a)** Par décision du 18 janvier 2008, la Bâloise a refusé toute prise en charge des éventuelles prestations en raison de l'accident du 25 juin 2007 dès le 1^{er} novembre 2007 au motif que l'assuré n'avait pas collaboré.

b) F._____ a formé opposition à la décision précitée par courrier reçu par la Bâloise le 1^{er} février 2008. Il a indiqué que s'agissant du premier rendez-vous d'expertise, il n'avait pas pu se présenter en raison de l'accident (chute d'un bloc de glace), pour lequel il avait été immobilisé à domicile durant trois jours; en ce qui concernait le deuxième

rendez-vous, il s'excusait de ne pas s'y être présenté, invoquant une erreur de date; quant au dernier rendez-vous chez le Dr T._____, il expliquait que ce médecin avait refusé de l'ausculter au motif qu'il était arrivé en retard. Il demandait à ce qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre auprès d'un médecin expert.

c) Par décision du 14 février 2008, l'instance sur opposition de la Bâloise a rejeté l'opposition formée par l'assuré et, de ce fait, confirmé la décision datée du 18 janvier 2008.

D. **a)** Par courrier reçu par la Bâloise le 10 mars 2008, F._____ a recouru contre la décision sur opposition du 14 février 2008, reprenant en substance les arguments déjà avancés dans son opposition du 1^{er} février 2008.

La Bâloise n'a pas transmis le recours de l'assuré à l'autorité compétente.

b) Par acte daté du 22 juillet 2009, F._____, représenté par Me Michel Chavanne, a déposé un nouvel acte de recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, aux termes duquel il conclut à la révision de la décision sur opposition du 14 février 2008, subsidiairement à sa reconsidération par la Bâloise, ainsi qu'au versement des prestations LAA pour une période à déterminer ensuite de l'instruction du dossier. Il allègue que des faits nouveaux, pour le moins des moyens de preuves nouveaux, qu'il conviendrait de prendre en compte, sont survenus postérieurement à la décision attaquée; il fait valoir au demeurant que par le courrier qu'il a adressé à l'intimée — reçu par celle-ci le 12 mars 2008 — il a formellement recouru dans le délai utile contre la décision attaquée, de sorte que son recours est recevable.

c) Par acte du 4 septembre 2009, l'intimée, par son conseil, Me Christian Grosjean, a indiqué ne pas s'opposer à la recevabilité du recours d'F._____, admettant qu'elle avait omis de transmettre à l'autorité compétente le recours reçu le 12 mars 2008.

Dans sa réponse du 18 décembre 2009, l'intimée conclut au rejet du recours, au motif que le droit aux prestations du recourant n'a pas pu être établi en raison du défaut de collaboration de celui-ci, ceci malgré la mise en demeure qu'elle lui aurait adressée.

d) Dans ses déterminations des 23 novembre 2009 et 23 février 2010, le recourant conteste en substance avoir reçu une mise en demeure écrite de la part de l'intimée et maintient par conséquent ses conclusions. Par requête du 23 mars 2010, il requiert en outre que des mesures d'instruction soient ordonnées.

L'intimée s'est opposée pour sa part à toute mesure d'instruction. Dans son écriture du 17 mars 2010, elle fait valoir que le message électronique adressé au recourant le 5 novembre 2007 constitue une mise en demeure écrite au sens de l'art 43 al. 3 LPGA, de sorte qu'elle était fondée à refuser toute prestation au recourant, étant donné qu'il ne lui était pas possible d'élucider les faits sans difficultés ou complications spéciales, ce notamment en raison de l'absence de collaboration de l'assuré et de toute documentation médicale probante relative à l'accident litigieux. Elle maintient par conséquent ses conclusions quant au rejet du recours; en cas d'admission de celui-ci, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale confiée à un spécialiste FMH en orthopédie.

Il s'en est suivi un échange de correspondance au cours de laquelle les parties ont confirmé leurs conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas

ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et respecter les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Le recours interjeté auprès d'une autorité incompétente est réputé avoir été interjeté en temps utile (art. 39 al. 2 LPGA par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), de sorte que le recours adressé le 12 mars 2008 à l'intimée est recevable.

b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

S'agissant d'une contestation relative aux prestations LAA d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le recourant fait grief à l'intimée d'avoir fait une mauvaise application des dispositions fédérales relatives au devoir de collaboration dans le domaine des assurances sociales et d'avoir ainsi nié à tort son droit aux prestations LAA. Il fait valoir qu'il a collaboré dans la mesure de ses moyens à l'établissement de son droit aux prestations litigieuses et qu'au demeurant, l'intimée ne lui a pas adressé de mise en demeure écrite au sens de l'art 43 al. 3 LPGA; de sorte que la décision litigieuse lui refusant tout droit aux prestations LAA en relation avec l'accident du 25 juin 2007 dès le 1^{er} novembre 2007 n'est pas valable.

a) Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. En application de l'art. 55 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur la loi sur l'assurance-

accidents; RS 832.202) l'assuré doit donner tous les renseignements nécessaires et tenir à disposition les pièces qui servent à déterminer les circonstances et les suites de l'accident et à fixer les prestations d'assurance, en particulier les rapports médicaux, les rapports d'expertise, les radiographies et les pièces permettant de déterminer le gain de l'assuré. L'assuré doit également autoriser les tiers à fournir de tels documents et à donner des renseignements. L'art. 55 al. 2 OLAA prévoit que l'assuré doit se soumettre aux mesures d'investigation ordonnées par l'assureur en vue d'un diagnostic et de la fixation des prestations, en particulier aux examens médicaux que l'on peut raisonnablement lui imposer.

Aux termes de l'art. 43 al. 2 LPGA, l'assuré doit se soumettre à ces examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés. Selon l'art. 43 al. 3 LPGA, si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière, sous réserve d'avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable.

b) Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPGA; ATF 108 V 229 consid. 2 p. 230; voir également, Ueli Kieser, ATSG-Kommentar :

Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 41 ad art. 43; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2ème édition 1998, ch. 275; Ueli Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, Zurich 1999, no 229, p. 108 s.; Alfred Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 256; Gabriela Riemer-Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Fribourg 1999, p. 210). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 229 consid. 2 p. 230; ATF 97 V 173 consid. 3 p. 176).

c) Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en oeuvre dans un cas d'espèce. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction. En tout état de cause, l'assuré n'est pas habilité à requérir une décision formelle afin de faire examiner l'opportunité d'une mesure d'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.5 p. 108). S'il se soustrait à une telle mesure alors que celle-ci est objectivement et subjectivement exigible (ATF I 214/01 du 25 octobre 2001 consid. 2b), il prend — délibérément — le risque que sa demande soit rejetée par l'administration, motif pris que les conditions du droit à la prestation ne sont pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante.

En procédure de recours, le juge ne doit alors examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte (ATF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6, U 489/00 du 31 août 2001 consid. 2b et I 214/01 du 25 octobre 2001 consid. 3 et les références citées). Il ne se justifie pas — et

cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure — d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation.

3) Dans la mesure où l'existence d'une mise en demeure écrite est une condition nécessaire au droit de l'assureur social de refuser ou de ne pas entrer en matière sur les prestations revendiquées par un assuré en raison d'un défaut de collaboration (cf. art 43 al. 3 LPGA), il sied d'examiner au préalable cette question et de déterminer si en l'espèce, l'intimée a adressé une mise en demeure écrite justifiant son refus d'octroyer au recourant toute prestation LAA en relation avec l'accident litigieux dès le 1^{er} novembre 2007.

a) la Bâloise, Compagnie d'assurances soutient qu'elle a adressé une mise en demeure écrite au recourant par son message électronique du 30 octobre 2007, à teneur duquel elle l'informait qu'à défaut de transmission des documents médicaux «dans les prochains jours», il serait procédé à la suspension du versement des indemnités journalières. Le recourant a bien saisi la portée de cette mise en demeure écrite puisque le jour même il a rappelé l'intimée, laquelle lui a précisé dans son deuxième message électronique du 30 octobre 2007, que la transmission des documents médicaux n'était pas automatique entre ses

médecins traitants, domiciliés en France, et l'assureur social suisse et qu'il lui incombait de faire le nécessaire. Dans son message électronique du 5 novembre 2007, le recourant a en outre indiqué qu'il serait donné suite à cette demande aux alentours du 20 novembre 2007. L'intimée a également tenté à trois reprises de mettre en œuvre une expertise médicale auprès de spécialistes en orthopédie; ces tentatives n'ont cependant pas abouti pour des motifs contestés par les parties. En conséquence de quoi, l'intimée a averti l'assuré par courriers des 21 novembre et 21 décembre 2007, qu'elle suspendait les indemnités journalières jusqu'à ce qu'il se soumette à l'examen médical requis et lui a également rappelé la nécessité de cette expertise pour déterminer le droit aux prestations.

b) Par décision du 18 janvier 2008, l'intimée a toutefois refusé toutes prestations en nature ou en espèces. Elle ne s'est donc pas limitée, comme elle l'avait annoncé dans ses différents courriers, à suspendre les indemnités journalières jusqu'à ce que le recourant se soumette à l'expertise requise, mais a rendu une décision formelle, aux termes de laquelle elle a refusé toute prestation à l'assuré dès le 1^{er} novembre 2007. Or, les nombreux courriers et rappels envoyés par l'intimée au recourant tout au long de la procédure administrative ne comprennent aucune mise en demeure assortie d'un temps de réflexion concernant les conséquences juridiques du refus de collaboration: à savoir le refus — et non la suspension — des prestations litigieuses.

Ainsi et contrairement à ce que soutient l'intimée, le recourant n'a pas reçu un avertissement conforme. En particulier, à aucun moment, il n'a reçu de mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques d'un défaut de collaboration de sa part et lui impartissant un délai de réflexion convenable selon l'art. 43 al. 3, deuxième phrase, LPGA. Cela ne ressort ni du message électronique du 30 octobre 2007, auquel l'intimée se réfère ni d'ailleurs d'une autre pièce du dossier. Une mise en demeure était un préalable obligatoire avant que l'assureur ne puisse statuer en l'état du dossier (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, op. cit., no 52 ad art. 43 LPGA).

c) Par conséquent, la décision sur opposition du 14 février 2008, en tant qu'elle confirme en l'absence d'une mise en demeure écrite préalable le refus de toute prestation au recourant dès le 1^{er} novembre 2007 n'est pas valable et doit être annulée.

Dans ces conditions, la cause sera retournée à l'intimée qui impartira un délai approprié au recourant pour se soumettre à une nouvelle expertise en l'avertissant par écrit des conséquences juridiques d'un nouveau refus. Si l'assuré ne donne pas suite à la convocation de l'expert, l'assureur pourra alors se prononcer à nouveau en l'état du dossier.

5. Le recours se révèle bien fondé et doit par conséquent être admis; ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée et le renvoi à l'intimée pour qu'elle procède selon les considérants qui précèdent.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter les dépens à 1'500 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir un de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 14 février 2008 par la Bâloise, Compagnie d'assurances, est annulée et renvoyée à celle-ci afin qu'elle procède au sens des considérants et rende une nouvelle décision.

III. la Bâloise, Compagnie d'assurances, versera à F. _____ un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente:

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Michel Chavanne (pour M. F. _____)
- Me Christian Grosjean (pour la Bâloise, Compagnie d'assurances)
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière: