

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 décembre 2016

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Röthenbacher et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

O._____, à [...], recourante, représentée par DAS, Protection Juridique SA,
à Étoy,

et

J._____, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, aide infirmière, est employée auprès de l'Ensemble hospitalier Y. _____ (ci-après également : l'employeur) et assurée à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de J. _____ (ci-après : J. _____, l'assureur-accidents ou l'intimée).

Par une déclaration d'accident-bagatelle complétée le 12 août 2014, l'employeur a annoncé à J. _____ que, le 6 août 2014, l'assurée a perdu l'équilibre en marchant sur un trottoir, est tombée sur le flanc droit sur le bord du trottoir, se blessant ainsi à l'articulation de la hanche droite (contusion), alors qu'elle se trouvait en vacances au [...]. Les premiers soins ont été donnés le 11 août 2014 par le Dr B. _____, chiropraticien, à [...]. L'assurée s'est trouvée en incapacité de travail du 21 au 27 août 2014. L'assureur-accidents a versé des indemnités journalières dès le 21 août 2014 (courrier du 11 septembre 2014 à l'employeur).

Dans un rapport d'IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire du 2 novembre 2015 adressé au Dr R. _____, spécialiste en neurochirurgie et traitement interventionnel de la douleur, le Dr Q. _____, spécialiste en radiologie, a conclu à la présence d'une probable hernie discale L5-S1 gauche foraminale et extra-foraminale, en conflit avec la racine L5 gauche, et des discopathies L4-L5 et L2-L3 modérées sans autre conflit radiculaire net visible.

Dans un rapport du 5 novembre 2015 au Dr B. _____, le Dr R. _____ a écrit ce qui suit :

« Histoire clinique :

[...]. [L'assurée] présente une symptomatologie douloureuse radiculaire de type L5 gauche apparue immédiatement après une chute dont elle a été victime le 06.08.2014. Je rappelle que les circonstances de ce traumatisme s'est déroulé au [...], en marchant, elle trébuche dans une fosse, s'encoule, ce qui la déporte sur le flanc gauche en percutant la région pertrochantérienne et lombaire, avec, dans les suites immédiates, une douleur lombaire et une irradiation de type radiculaire dans la face postérieure de la cuisse et dans le mollet.

La douleur s'arrête à ce niveau-là et, distalement, ne rejoint pas le pied.

Malgré les différents traitements conservateurs, la symptomatologie douloureuse ne s'est pas améliorée. Elle persiste et les examens d'IRM fonctionnels réalisés à l'Hôpital [...] le 10.07.2015 mettaient en évidence une suspicion de sténose dynamique foraminale en L5-S1.

Examen complémentaire :

L'examen d'IRM qui avait été réalisé à la Clinique [...], en complément à cet examen de novembre 2015 ainsi que l'examen EOS, démontre une sténose foraminale avec un conflit disco-radicaire avec le nerf L5 gauche dans son décours extra-foraminal. L'examen clinique ne met pas en évidence de déficit de force ni d'altération de la sensibilité. La manœuvre de Lasègue est positive au-delà de 90°. Le tableau algique n'est donc pas déficitaire. Brièvement l'examen EOS qui mesure la posture mettait en évidence des paramètres de balance sagittale qui sont corrects mais le centre de gravité est déplacé postérieurement avec une ligne gravitaire de -71 mm. La lordose est conservée, elle est de 51°. L'incidence pelvienne est de 42°. La patiente présente une légère hyperlordose dans un contexte de sténose foraminale L5-S1. La colonne cervicale a perdu sa lordose physiologique et peut être aussi d'origine cervicale.

Discussion et proposition :

En conclusion, l'examen clinique est rassurant. L'examen d'IRM et les examens qui ont été réalisés démontrent un conflit avec le nerf L5 gauche. Je proposerais dans un premier temps, une infiltration péri-radicaire L5 gauche sous CT-scan [...] en cas d'échec, nous pourrions envisager un geste mini-invasif localisé par voie foraminale au niveau du nerf L5 gauche ».

Une infiltration péri-radicaire L5 gauche a ainsi été effectuée le 18 novembre 2015 (rapport du 18 novembre 2015).

Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 26 novembre 2015, le Dr B. _____ a posé le diagnostic de lombosciatalgie chronique de nature progressive faisant suite à une chute pendant les vacances d'été. Il a fait état des constatations et évolution suivantes : « Progressivement pire avec la douleur du rachis lombaire initialement accompagnée par des irradiations au MIG [membre inférieur gauche] post. jusqu'à la plante du pied. Lasègue positive à 40° g, Brognard positive g. Pour l'instant, la douleur est présente de la région lombo-sacrée jusqu'à la plante du pied g. et dans tout le MIG en distribution ». Le Dr B. _____ expliquait que le traitement en cours consistait en un traitement conservateur chiropratique, mais qu'une infiltration lombaire avait été

proposée par le Dr R._____, après identification d'une hernie discale L5-S1.

Dans un rapport du 1^{er} décembre 2015 au Dr B._____, le Dr R._____ a expliqué que les résultats de l'infiltration péri-radiculaire L5 gauche étaient décevants, celle-ci n'ayant donné qu'une faible amélioration de la symptomatologie. La patiente signalait une amélioration des dysesthésies et fourmillements sans amélioration des douleurs dans le membre inférieur gauche. Une intervention chirurgicale de décompression de la racine L5 gauche pourrait être envisagée afin de libérer la sténose foraminale L5-S1. Le Dr R._____ précisait qu'il n'y avait cependant aucune urgence à réaliser une telle opération et que la patiente le recontacterait éventuellement pour réaliser cette opération courant 2016.

Dans un rapport médical du 16 décembre 2015 au médecin conseil de J._____, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a écrit ce qui suit :

« Le cas de Mme O._____ m'a été présenté par J._____ sur dossier.

[...]

On peut donc conclure que suite à la chute du 6 août 2014, l'assurée a développé des lombosciatalgies. Aucune lésion anatomique d'origine traumatique n'a été démontrée. L'examen IRM effectué en novembre 2015 a mis en évidence des troubles dégénératifs pluriétiqués ainsi qu'une hernie discale foraminale et extra-foraminale gauche L5-S1. Le mécanisme n'est pas susceptible d'avoir provoqué une hernie discale dans un disque sain.

Etant donné la présence des troubles dégénératifs démontrés au niveau de la colonne lombaire, préexistant à l'accident, on peut établir un status quo sine 6 mois après l'évènement en cause. A partir de cette date, les lésions dégénératives sont à l'origine des symptômes de l'assuré[e] ».

Par décision du 12 janvier 2016, l'assureur-accidents a informé l'assurée qu'il mettait fin au versement de ses prestations à compter du 6 février 2015, en se fondant sur l'avis du Dr W._____.

Le 4 février 2016, U._____, la caisse-maladie de l'assurée, s'est opposée à cette décision, relevant que l'IRM lombaire pratiquée le 2 novembre 2015 faisait partie des frais d'éclaircissement qui avaient permis à J._____ de réfuter le lien de causalité naturelle entre les lésions et l'accident du 6 août 2014 au-delà du 6 février 2015. Pour U._____, ces frais devaient donc être à la charge de l'assureur-accidents.

Le même jour, l'assurée, par le Dr B._____, s'est également opposée à la décision du 12 janvier 2016, concluant en substance à la prise en charge des prestations au-delà du 6 février 2015. Elle a fait valoir que les symptômes dont elle se plaignait étaient apparus immédiatement après la chute et étaient progressivement devenus plus constants par la suite. De plus, selon le Dr B._____, l'on ne pouvait considérer l'hernie discale comme un état préexistant à l'accident, l'assurée ne s'étant jamais plainte de sa vie d'une telle affection avant l'accident, et aucune image ne démontrant la présence d'une hernie avant l'accident, le chiropraticien précisant en outre qu'une chute pouvait déclencher une hernie discale. Par ailleurs, il ne ressortait pas des IRM que la morphologie de la colonne se dégénérait, la simple présence de protrusions discales ne suffisant pas à démontrer un processus dégénératif en pleine évolution.

Le 22 février 2016, U._____ a retiré son opposition, J._____ ayant accepté de prendre en charge les frais de l'IRM lombaire à titre de frais d'éclaircissement.

Par décision sur opposition du 30 mars 2016, J._____ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 12 janvier 2016, retenant que le mécanisme de l'accident n'était pas susceptible d'avoir provoqué une hernie discale dans un disque sain. De plus, étant donné la présence de troubles dégénératifs démontrés au niveau de la colonne lombaire, préexistant à l'accident, on pouvait établir un statu quo sine six mois après l'évènement en cause, les lésions dégénératives étant à l'origine des symptômes de l'accident à partir de cette date. L'assureur-accidents s'est encore appuyé sur la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un

état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cessait de produire ses effets en général six à neuf mois après l'évènement. En outre, une chute sur un trottoir ne pouvait être qualifiée d'accident d'une gravité particulière étant de nature à provoquer une lésion du disque intervertébral et une hernie.

B. Par acte du 3 mai 2016, O._____, représentée par DAS protection juridique, a recouru contre la décision sur opposition du 30 mars 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, subsidiairement au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et mise en œuvre d'une expertise médicale par l'assureur-accidents. Elle a en substance repris l'argumentation développée par le Dr B._____ dans l'opposition du 4 février 2016, s'appuyant sur l'art. 9 al. 2 OLAA.

Dans sa réponse du 13 juin 2016, J._____ a maintenu sa position. Elle a pour l'essentiel repris les arguments de la décision sur opposition, précisant que l'art. 9 al. 2 OLAA n'était à son avis pas applicable en l'espèce.

Avec sa réplique du 5 septembre 2016, l'assurée a produit le rapport médical du Dr R._____ du 5 novembre 2015, lequel mettait en évidence, selon elle, une atteinte de type traumatique. Elle a également produit un courrier de ce même médecin du 29 juin 2016. Dans ce dernier rapport, le Dr R._____ a précisé qu'il suivait l'assurée depuis le 28 octobre 2015 et que celle-ci présentait une symptomatologie douloureuse radiculaire de type L5 gauche traumatique apparue immédiatement après la chute au [...] le 6 août 2014.

Dans sa duplique du 10 octobre 2016, J._____ a maintenu sa position.

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, sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 LPGA). Le recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 6 février 2015, singulièrement sur le point de savoir si un lien de causalité persiste au-delà de cette date entre l'accident du 6 août 2014 et les lésions présentées par l'assurée à la colonne vertébrale.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406, 119 V 335 consid. 1 p. 337, 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 p. 181, 402 consid. 2.2 p. 405, 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv. ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181 ; 402 consid. 4.3.1 p. 406 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 3^{ème} éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b et 1992 n° U 142 p. 75 ; arrêts 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (cf. TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.2).

b) Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altérations des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel jusqu'au rétablissement du status quo sine ou quo ante (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 et n° U 379 p. 192 consid. 2a ; TF 8C_32/2014 précité

consid. 2.3 ; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.3 ; TF 8C_486/2007 du 4 avril 2008 consid. 4.3.1).

D'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, qui se fonde sur l'expérience médicale, une aggravation post traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (cf. SVR 2009 UV n° 1 p. 1 ; voir également les arrêts TF 8C_314/2011 du 12 juillet 2011 consid. 7.2.3, 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et 8C_416/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.3).

c) Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical. Elle doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406).

4. a) En l'occurrence, il est établi que l'assurée a chuté sur le flanc alors qu'elle marchait sur un trottoir pendant ses vacances au [...], le 6 août 2014 et a présenté dans les suites de cet événement des lombosciatalgies avec irradiations dans le membre inférieur gauche. Une IRM réalisée le 2 novembre 2015 a mis en évidence la présence d'une hernie discale L5-S1 gauche foraminale et extra-foraminale et des discopathies L4-L5 et L2-L3 modérées.

b) Dans son rapport du 16 décembre 2015, le Dr W. _____ explique que le mécanisme de l'accident n'est pas susceptible d'avoir provoqué une hernie discale dans un disque sain, d'autant plus que l'IRM a mis en évidence des troubles dégénératifs pluriétagés, préexistant à l'accident. Il a ainsi fixé le status quo sine six mois après l'évènement accidentel, soit le 6 février 2015. Ces conclusions sont claires et motivées,

et se positionnent sur les points litigieux importants. Les explications du Dr W. _____ convainquent en particulier sur le fait que les altérations des disques intervertébraux sont préexistantes à l'accident, étant donné que le mécanisme de l'accident n'a pas pu provoquer une hernie discale dans un disque sans lésions. L'accident n'apparaît en effet pas avoir été d'une importance telle qu'il ait été de nature à provoquer une hernie discale.

En outre, le rapport du Dr W. _____ se fonde sur le dossier médical complet de l'assurée, prenant en compte les rapports médicaux précédents du Dr B. _____ du 26 novembre 2015 et du Dr R. _____ du 1^{er} décembre 2015, ainsi que l'IRM du 2 novembre 2015. Dès lors, bien que le Dr W. _____ n'ait pas personnellement examiné l'assurée, il convient de lui reconnaître une valeur probante suffisante.

c) Les arguments du Dr B. _____, repris pour l'essentiel par la recourante dans son acte de recours, ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation du Dr W. _____, selon laquelle l'accident du 6 août 2014 n'est pas susceptible d'avoir provoqué une hernie discale dans un disque sain. En effet, le fait qu'il n'existe pas d'imagerie de la colonne avant cet accident n'est pas déterminant, dès lors que la présence de lésions préexistantes des disques, de nature à favoriser l'apparition d'une hernie discale, est hautement vraisemblable en l'espèce, selon les explications du Dr W. _____ et l'expérience médicale (cf. supra consid. 3b). En outre, le fait que l'assurée ne se soit pas plainte de douleurs discales avant cet événement ne suffit pas, à lui seul, à établir un lien de causalité naturelle (cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, TF 8C_264/2010 du 7 janvier 2011 consid. 3, selon lesquels l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien).

Certes, tant le Dr B. _____ que le Dr R. _____ ont mentionné que la symptomatologie douloureuse radiculaire était apparue immédiatement après la chute au [...]. Toutefois, vu la jurisprudence en matière de hernie discale (cf. supra consid. 3b), cela n'est pas suffisant pour admettre que cet événement a provoqué la hernie. Encore faudrait-il que l'accident ait été d'une importance particulière, de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral, ce qui n'est pas le cas en l'espèce,

ainsi qu'on l'a déjà relevé. Au demeurant, on peine à comprendre pour quelle raison l'assurée a été adressée au Dr R. _____ pour un bilan plus complet de son état de santé plus d'une année après l'évènement du 6 août 2014, soit en novembre 2015, si la hernie ou la suspicion d'une telle atteinte existait déjà dès le départ.

Pour le surplus, la hernie discale ne fait pas partie des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), lequel énumère exhaustivement de telles lésions (cf. art. 9 al. 2 OLAA). Une prise en charge de la hernie de la recourante à ce titre par J. _____ n'est donc pas envisageable.

Ainsi, il convient d'admettre, avec l'intimée, que l'évènement du 6 août 2014 a cessé de produire ses effets six mois plus tard (statu quo sine), c'est-à-dire le 6 février 2015. Au-delà de cette date, l'assureur-accidents était donc fondé à refuser la prise en charge de ses prestations à la recourante.

Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2), de sorte qu'un renvoi de la cause à l'assureur-accidents pour complément d'instruction ne se justifie pas. En effet un tel complément ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être établis à satisfaction de droit.

5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA), de sorte qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires. La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 30 mars 2016 par J._____, est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- DAS, Protection juridique SA (pour O._____), à Etoy,
- J._____, à [...],

- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :