

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 février 2020

Composition : M. NEU, juge unique

Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 25 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; art. 4 OPGA

E n f a i t :

A. **a)** C. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a travaillé en qualité de plâtrier-peintre auprès de la société [...] Sàrl. Il était à ce titre assuré obligatoirement contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

b) Le 8 novembre 2017, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation routière. Selon le constat établi à la suite de celui-ci, il avait heurté avec l'avant de son automobile un véhicule qui avait percuté une première voiture.

Par courrier du 30 janvier 2018, la CNA a informé l'assuré de la prise en charge du cas.

Lors d'un entretien à son domicile du 5 février 2018, l'assuré a déclaré au collaborateur de la CNA qu'il avait été surpris par deux voitures accidentées et arrêtées devant lui alors qu'il rentrait du travail. Malgré un freinage d'urgence, il n'avait pas réussi à s'arrêter. Il avait subi un premier choc frontal en emboutissant l'arrière du véhicule devant lui. Alors que son véhicule s'était immobilisé, la voiture qui le suivait n'avait pas non plus réussi à s'arrêter et avait embouti l'arrière de sa voiture, ce qui lui avait fait subir un second choc.

Ayant eu connaissance de ces faits nouveaux de nature à procéder au réexamen de la question de l'allocation de ses prestations, la CNA a révoqué, par courrier du 13 février 2018, sa décision de prise en charge du 30 janvier 2018.

Après avoir recueilli des renseignements, notamment auprès des assureurs des autres voitures impliquées dans l'accident du 8 novembre 2017, la CNA a annulé sa décision de prise en charge et demandé la restitution des indemnités journalières versées à tort à

hauteur de 11'418 fr. 50. Elle a considéré que l'assuré avait sciemment fait de fausses déclarations (décision du 9 mai 2018).

Dans un courrier du 24 mai 2018, l'assuré s'est opposé à la décision de la CNA, invoquant qu'il n'avait pas été en état de répondre au mieux aux questions soumises en raison de son état de choc et des médicaments pris au moment où ces questions relatives à l'accident lui avaient été posées. On pouvait lui reprocher une mauvaise compréhension de ces dernières, mais non un mensonge. Le corps médical lui avait en outre prodigué des soins à la suite de l'accident, ce qui confirmait les faits et les conséquences de l'accident.

Par décision sur opposition du 30 mai 2018, la CNA a confirmé sa décision du 9 mai 2018.

c) Par décision du 10 juillet 2018, la CNA a demandé à l'assuré la restitution de la somme de 163 fr. 15 qui avait été versée à titre de frais de traitement.

Le 10 août 2018, l'assuré a fait opposition à cette décision, en invoquant sur le plan formel un défaut de motivation. Au fond, l'assuré a fait valoir qu'il avait annoncé l'accident en temps utile et qu'il n'avait jamais fait de fausses déclarations à la CNA de manière intentionnelle. Il a également requis l'octroi de l'assistance juridique gratuite.

Par décision du 21 août 2018, la CNA a rejeté cette opposition.

L'assuré a fait recours contre cette décision le 21 septembre 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation. Cette cause a été ouverte sous la référence AA 151/18, puis a été suspendue par courrier du Juge instructeur du 10 janvier 2019 jusqu'à droit connu sur un litige connexe portant sur deux demandes de remise et de reconsidération soumises à l'intimée.

d) En effet, la décision sur opposition du 30 mai 2018 étant entrée en force, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a demandé la remise de l'obligation de restituer la somme de 11'418 fr. 50 par courrier du 30 juillet 2018, complété le 20 septembre 2018. Dans le cadre de cet envoi, l'assuré a également demandé la reconsidération de la décision sur opposition du 30 mai 2018. Il a en outre requis l'octroi de l'assistance juridique gratuite.

Par décision du 20 mars 2019, la CNA a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération. Elle a en outre rejeté la demande de remise, la condition de la bonne foi n'étant pas réalisée.

Le 3 mai 2019, l'assuré a formé opposition contre cette décision en relevant que la CNA n'avait pas statué sur sa demande d'assistance juridique gratuite, ce qui constituait un déni de justice. La décision de rejet de la remise n'était pas non plus motivée. Il a par ailleurs soutenu avoir été de bonne foi et remplir les conditions de l'assistance juridique gratuite. L'assuré n'a pas contesté le refus d'entrer en matière sur sa demande de reconsidération.

Par décision sur opposition du 17 mai 2019, la CNA a confirmé sa décision du 20 mars 2019, en réitérant que la condition de la bonne foi n'était pas réalisée.

B. Par acte du 13 juin 2019, C._____ a, sous la plume de son conseil, déféré la décision sur opposition du 17 mai 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant préalablement à la jonction de la cause avec celle ouverte sous la référence AA 151/18, puis principalement à l'annulation de la décision du 17 mai 2019 et enfin subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. L'assuré a requis à titre de mesure d'instruction la mise en œuvre d'une expertise addictologique. En substance, il a invoqué que la CNA n'avait pas motivé de façon suffisante et pertinente la décision litigieuse. Il a nié avoir été de mauvaise foi dans les déclarations faites concernant l'accident du 8 novembre 2017. Il a

rappelé avoir été sous l'emprise de médicaments lors de l'entretien du 5 février 2018, ce qui avait altéré sa capacité de discernement. Les prétendues fausses déclarations ne revêtaient en outre aucune importance sous l'angle du droit aux prestations dans la mesure où il avait été effectivement victime d'un accident et avait dès lors droit aux prestations de l'assurance. Le critère de l'indigence était également réalisé, de même que les conditions de l'assistance juridique gratuite en raison des chances de succès et de la complexité de l'affaire. Le recourant a en outre demandé à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 14 juin 2019, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 juin 2019 octroyant l'assistance d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc.

Dans sa réponse du 25 juillet 2019, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a fait valoir qu'elle s'était déterminée sur tous les griefs de l'assuré et qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu était dans tous les cas réparée dans le cadre du recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Pour le surplus, elle a confirmé la décision attaquée.

Répliquant le 1^{er} octobre 2019, l'assuré a réitéré les arguments soulevés dans son recours du 13 juin 2019 et souligné qu'il n'était pas représenté par un mandataire professionnel au moment où la décision sur opposition du 30 mai 2018 a été rendue.

Par duplique du 17 octobre 2019, la CNA a renvoyé à son écriture du 25 juillet 2019.

Le 28 octobre 2019, Me Duc a déposé une liste de ses opérations.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) L'art. 24 al. 1 LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) prévoit que l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation de fait identique ou à une cause juridique commune.

b) Dans la mesure où la cause AA 151/18 et la présente procédure ne portent pas sur une question juridique commune, il n'y a pas lieu de joindre les deux affaires. En effet, le recours du 21 septembre 2018 concerne une décision en remboursement de frais médicaux, alors que celui du 13 juin 2019 porte sur la remise de l'obligation de restituer une autre prestation.

3. Le litige porte sur la remise de l'obligation de restituer les indemnités journalières de l'assurance-accidents versées à tort au recourant.

4. Dans un premier grief de nature formelle, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision attaquée, en tant que l'intimée n'aurait pas examiné les motifs pertinents soulevés.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les références citées). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) Pour autant qu'il puisse être considéré comme suffisamment motivé, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. pour défaut de motivation de la décision attaquée n'est pas fondé en l'espèce. La motivation de ladite décision permet en effet de comprendre les éléments

qui ont été retenus par l'intimée et pourquoi ils l'ont été. En réalité, les griefs formulés par le recourant se confondent avec celui de violation du droit et doivent être examinés avec le fond du litige.

5. Les art. 45 à 47 LAA traitent de la déclaration et de la constatation des circonstances de l'accident (Jean-Maurice Frésard/ Margit Moser-Szeless, l'assurance-accidents obligatoire, *in* : U. Meyer (édit.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 3^{ème} éd., Bâle 2016, n° 588, p. 1062).

Selon l'art. 46 al. 2 LAA, l'assureur peut réduire de moitié toute prestation si, par suite d'un retard inexcusable dû à l'assuré ou à ses survivants, il n'a pas été avisé dans les trois mois de l'accident ou du décès de l'assuré ; il peut refuser la prestation lorsqu'une fausse déclaration d'accident lui a été remise intentionnellement. Cette disposition vise à réprimer un comportement dolosif tendant à obtenir de l'assurance plus que ce à quoi l'on aurait droit (TF 8C_388/2017 du 6 février 2018 consid. 2 et les références citées). Ainsi, n'importe quelle fausse information contenue dans la déclaration d'accident suffit, dès lors qu'elle conduit à l'octroi de prestations d'assurance plus élevées que celles auxquelles la personne assurée aurait droit conformément à la situation effective. La condition préalable à cette sanction est ainsi que les informations erronées figurant dans la déclaration d'accident aient été faites intentionnellement et que l'intention ait été précisément d'inciter l'assureur-accident à verser des prestations non dues ou trop élevées (TF 8C_68/2017 du 4 septembre 2017 consid. 4.3). Toute fausse déclaration dans la déclaration d'accident est suffisante, à condition qu'elle entraîne le versement d'une indemnité plus élevée que celle qui serait due sur la base des circonstances réelles. Cette sanction ne peut être prononcée que si la fausse déclaration a été faite en connaissance de cause et de plein gré (TF 8C_68/2017 précité consid. 4.3). Tombe sous le coup de cette disposition la déclaration intentionnelle d'un salaire trop élevé, lorsque cela conduit au versement de prestations en espèces fixées sur la base d'un gain assuré trop élevé. L'assureur doit examiner une telle éventualité pour chaque prestation en particulier en respectant l'interdiction de l'arbitraire,

ainsi que les principes de l'égalité de traitement et de la proportionnalité. Une condamnation pénale, en particulier pour escroquerie, n'est pas une condition nécessaire pour faire usage de l'art. 46 al. 2 LAA (ATF 143 V 393 consid. 6.2 et 7.3 ; TF 8C_68/2017 du 4 septembre 2017 consid. 4.3).

6. a) Selon l'art. 25 al. 1 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. A teneur de l'art. 4 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11), la restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile. Ces deux conditions matérielles sont cumulatives et leur réalisation est nécessaire pour que la remise de l'obligation de restituer soit accordée (ATF 126 V 48 consid. 3c ; TF 8C_704/2016 du 29 mai 2017 consid. 3).

b) Selon la jurisprudence, l'ignorance, par le bénéficiaire des prestations, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations ne suffit pas pour admettre sa bonne foi. Il faut bien plutôt que le requérant ne se soit rendu coupable, non seulement d'aucune intention malicieuse, mais aussi d'aucune négligence grave. Il s'ensuit que la bonne foi, en tant que condition de la remise, est exclue d'emblée lorsque les faits qui conduisent à l'obligation de restituer - comme par exemple une violation du devoir d'annoncer ou de renseigner - sont imputables à un comportement dolosif ou à une négligence grave. En revanche, le bénéficiaire peut invoquer sa bonne foi lorsque l'acte ou l'omission fautifs ne constituent qu'une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner (ATF 138 V 218 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_373/2016 du 29 mars 2017 consid. 4).

Il y a négligence grave quand un ayant droit ne se conforme pas à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances (ATF 110 V 176 consid. 3d ; TF 8C_373/2016 précité consid. 4). La bonne foi doit être niée quand l'enrichi pouvait, au moment du versement, s'attendre à son obligation de restituer, parce qu'il savait ou devait savoir, en faisant preuve de l'attention requise, que la prestation

était indue (ATF 130 V 414 consid. 4.3 ; TF 8C_118/2010 du 31 août 2010 consid. 4.1).

7. a) En l'espèce, l'intimée soutient que dans la mesure où la demande de restitution des prestations a été prononcée en vertu de l'art. 46 al. 2 LAA - disposition sanctionnant un comportement dolosif - le critère de la bonne foi ne peut pas être réalisé.

b) Il est constant que le recourant a été sanctionné par une décision fondée sur l'art. 46 al. 2 LAA, l'intimée ayant considéré qu'il s'était rendu coupable d'une fausse déclaration d'accident. Cette disposition est par ailleurs entrée en force, à défaut d'avoir été contestée en temps utile. Cependant, en application de la maxime inquisitoire consacrée par l'art. 61 let. c et d LPGA qui impose au juge des assurances sociales d'établir les faits d'office, il convient d'examiner la question de la bonne foi du recourant plus avant.

c) La déclaration d'accident du 13 novembre 2017 transmise à l'intimée indique sous la rubrique « faits » que le recourant conduisait sa voiture. La route était glissante et deux autres voitures étaient impliquées. Le constat d'accident, enregistré le 5 décembre 2017 au dossier de l'intimée, fait état de la collision de trois véhicules. Le schéma qui y représente l'accident laisse apparaître l'automobile du recourant en troisième position. Ce constat est conforme aux déclarations de l'un des deux autres conducteurs impliqués (notice téléphonique du 2 février 2018). Si les médecins ont mentionné dans leurs rapports que le recourant avait été pris entre deux voitures (rapports du 9 novembre 2017 du Dr B._____, spécialiste en radiologie ; du 9 novembre 2017 des Drs F._____, spécialiste en chirurgie, et L._____) et que le recourant en a fait de même lors de son entretien à domicile du 5 février 2018, il n'en demeure pas moins qu'il n'y a pas de fausse déclaration d'accident au dossier. En effet, l'intimée ne nie pas l'existence de l'accident (décision du 9 mai 2018 : « Si un accident de la circulation s'est [bel] et bien produit [...] »). On ne voit par ailleurs pas que les dernières déclarations de l'assuré aient été effectuées en vue d'inciter l'assureur-accidents à verser

des prestations non dues. Il ressort au contraire des pièces du dossier que l'intéressé a présenté, ensuite de l'accident, une détresse psychologique ainsi que des troubles anxieux et du sommeil (cf. notamment rapport du 21 décembre 2018 du Dr [...], spécialiste en médecine interne générale). Les explications du recourant selon lesquelles il aurait, lors des déclarations litigieuses, été sous l'effet de nombreux médicaments sont en outre corroborées par le rapport du 9 novembre 2017 des Drs F._____ et L._____ attestant de la prescription de Tramadol, Irfen, Tranxilium, Dafalgan, Eflexor et Clefan. Force est de constater que ces médicaments peuvent en effet avoir eu des effets sur les capacités cognitives du recourant, singulièrement celle à comprendre les questions qui lui avaient été posées tant par les médecins que par l'interlocuteur de l'assureur-accidents, respectivement à y répondre de manière parfaitement adéquate.

Ce qui précède suffit pour retenir qu'en indiquant à certains médecins ou au représentant de l'intimée que l'accident litigieux avait impliqué une quatrième voiture qui aurait embouti son propre véhicule alors que tel n'est pas le cas, le recourant ne s'est rendu coupable d'aucune intention malicieuse ni d'aucune négligence grave. L'acte fautif ne constitue dès lors, *a maxima*, qu'une violation légère de l'obligation de renseigner.

d) Au vu de ce qui précède, le recourant pouvait s'attendre à recevoir de bonne foi des prestations de l'assurance-accidents. Compte tenu de l'issue du litige, la mise en œuvre de l'expertise requise par le recourant n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 141 I 60 consid. 3.3).

e) La question de l'indigence, condition cumulative à l'octroi de la remise, n'a pas été traitée par l'intimée. Dans ces circonstances, il se justifie de lui renvoyer la cause, dès lors qu'il lui appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1

LPGA. Elle complètera l'instruction sur ce point et rendra une nouvelle décision.

8. a) D'après l'art. 37 al. 4 LPGA, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent.

b) Dans la procédure en matière d'assurances sociales, l'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à lui parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entrent pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1). Il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité à s'orienter dans une procédure (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références citées ; TF 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.2). Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée (TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 1.3).

c) Dans le cas d'espèce, le recourant avance notamment le caractère complexe de son dossier pour justifier la nécessité de se faire assister d'un avocat. Cette argumentation ne convainc toutefois pas. S'agissant d'une demande de remise de l'obligation de restituer, la cause ne revêtait pas un degré particulier de complexité, dès lors qu'il s'agissait uniquement de traiter la question de la bonne foi et de celle de l'indigence. Le recourant ne met par ailleurs pas évidence de circonstances propres à justifier l'assistance que seul un avocat était en mesure d'apporter. On ne saurait par conséquent parler, en l'état de la procédure, d'un état de fait et de questions juridiques complexes auxquels le recourant ne pouvait pas faire face seul ou avec l'aide d'un assistant

social ou d'une association chargée de la défense des intérêts des assurés. L'assistance d'un avocat n'étant objectivement pas indiquée au vu des circonstances concrètes du cas d'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si les autres conditions cumulatives mises à l'octroi de l'assistance juridique gratuite sont données.

8. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée annulée en tant qu'elle porte sur la question de la remise de l'obligation de restituer. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sur le critère de l'indigence, puis nouvelle décision. Le recours est rejeté pour le surplus.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 800 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

**Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :**

I. Le recours est partiellement admis.

II. La décision sur opposition rendue le 17 mai 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée en tant qu'elle porte sur la question de la remise de l'obligation

de restituer et la cause est renvoyée à cette assurance pour nouvelle décision au sens des considérants.

III. Le recours est rejeté pour le surplus.

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

V. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à C._____ une indemnité de dépens fixée à 800 fr. (huit cents francs).

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour C._____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :