

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 juillet 2010

Présidence de Mme THALMANN, juge unique
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

S. _____, à Lausanne, recourante, représentée par [...], à Lausanne,

et

E. _____, au [...], intimée.

Art. 4; art. 21 al. 4 LPGA; art. 1a al. 2 let. b; art. 31 al. 2 LAMal

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après: l'assurée), née le 1^{er} septembre 1958, est affiliée auprès d'E._____ (ci-après: E._____) depuis le 1^{er} septembre 2001. Elle est au bénéfice des catégories d'assurance suivantes :

- Basis: assurance obligatoire des soins selon les dispositions de la LAMal, avec une franchise à fr. 500.-, risque accident inclus.
- Natura: assurance complémentaire des frais de médecines alternatives.
- Medna: assurance complémentaire des frais de médecine anthroposophique, médecine chinoise, homéopathie, thérapie neurale et phytothérapie.

Le 20 septembre 2006, E._____ a reçu une déclaration d'accident, selon laquelle le 25 août 2006, à [...], l'assurée est tombée dans le jardin de sa belle-sœur. S'étant encoublée le pied droit sur un rebord de béton, elle est tombée sur un banc de pierre et a ressenti des douleurs dans le flanc arrière gauche. "La tête a cogné et la mâchoire claqué". Elle a en conséquence perdu un bout de dent à la molaire supérieure gauche. Elle a en outre eu des ligaments déchirés au pied droit.

Le 19 septembre 2006, la Dresse L._____, médecin-dentiste au Service de stomatologie et médecine dentaire de la Policlinique médicale universitaire à Lausanne a établi un "devis des lésions dentaires selon la LAMal". Elle signale une fracture de couronne sans lésion de la pulpe, une fracture de racine à la dent 27 et une fracture de la reconstitution coronaire. Sous la rubrique "Mesures immédiates", elle indique "Rx/mobilité et obturation coronaire provisoire (traitement de racine sur cette dent)". Comme traitement définitif, elle mentionne "extraction 27 + réhabilitation implantaire". Les frais du traitement prévu s'élèvent à 4'063 fr. 55.

Le 2 novembre 2006, E. _____ a adressé la lettre suivante à la Dresse L. _____ :

"Nous nous référons à votre estimation d'honoraires de fr. 4'063.55 établie le 9 octobre 2006.

A ce propos, nous vous informons que, conformément à l'article 31, alinéa 2 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal), les frais dentaires consécutifs à un événement accidentel sont pris en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, catégorie "BASIS" et sont soumis à la franchise annuelle non encore perçue ainsi qu'à la quote-part de 10 %.

Selon le préavis de notre médecin-dentiste conseil, le Dr N. _____ et au vu du dossier radiologique en notre possession, nous vous informons que compte tenu de la plus-value que le traitement apporte à Madame S. _____, nous interviendrons qu'à 50% sur le devis précité, soit pour un montant de fr. 2'500.-.

A réception de votre facture détaillée, ainsi que les frais de laboratoire, nous verserons notre participation légale et contractuelle."

Le 5 octobre 2007, le Dr H. _____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que l'état de santé de l'assurée nécessitait un séjour de trois semaines en clinique.

Le [...], situé au [...], a établi plusieurs notes d'honoraires concernant des soins donnés à l'assurée pour la période du 8 novembre 2007 au 23 janvier 2008.

Le 19 mars 2008, le Dr R. _____, médecin-dentiste du [...], a écrit ce qui suit à E. _____ :

" Cette patiente, atteinte d'un parkinson, m'a été adressée en consultation par son médecin traitant, le Dr M. _____, du Pont.

Elle est en traitement de neuralthérapie dans son Centre Médical.

Le Dr M. _____ est opposé à la présence de métal dans les dents. Donc, il m'a demandé de tenter, si possible, d'enlever les cônes d'argent dans les canaux radiculaires de la dent 27, ou alors de

l'extraire. Il n'a pas été possible de les enlever. Donc, la dent, informe, avec beaucoup de carie sous un très ancien ciment, a été extraite, par sécurité.

Pour la dent 26, le Dr. M. _____ m'a demandé de bien redésinfecter cette dent, qui portait un traitement de racines très ancien, avec pâte partiellement résorbée, et qui créait un "champ perturbateur" pour son traitement de neuralthérapie. Le traitement a été repris, sans pouvoir, toutefois, repasser complètement dans les canaux.

Le traitement n'est, en principe, pas terminé. Puisqu'il faudra reconstruire la dent, avec un composite à vis, puis, par sécurité, la couronner.

Toutefois, la patiente a été, si je suis bien informé, hospitalisée en urgence, récemment, son état de santé semblant avoir beaucoup empiré. Et comme mon cabinet se trouve éloigné de son domicile, je doute qu'elle achève son traitement chez moi".

Le Dr R. _____ a établi le 20 décembre 2007 une note d'honoraires intermédiaire de 1'266 fr. 35, pour soins donnés du 13 novembre 2007 au 17 décembre 2007, puis le 18 février 2008, une note d'honoraires de 810 fr. pour soins dispensés du 24 décembre 2007 au 4 février 2008.

Le 14 juin 2008, le Dr R. _____ a écrit au conseil de l'assurée ce qui suit :

" Mme S. _____ m'a été adressée par le Dr M. _____, du Pont, en date du 13.11.07, la 1ère fois. Elle souffrait d'une paralysie partielle et d'importants tremblements. Le Dr M. _____ la soignait par neuralthérapie, spécialement au niveau du ganglion sphéno-palatin (?). Comme il avait observé des champs perturbateurs niveau molaire supérieure gauche, il m'a demandé d'examiner cette région. Sur la dent 27, il y avait un très ancien traitement radiculaire (avec pose de cône d'argent, technique complètement désuète... et dangereuse, vu le manque de stérilité vraisemblable!), ce qui m'a amené, comme le Dr. M. _____ et la patiente étaient plutôt enclins à conserver cette dent, à tenter de reprendre cet ancien traitement radiculaire, en l'améliorant. Toutefois, il ne m'a pas été possible

d'enlever les cônes d'argent, fortement scellés dans les canaux, malgré 2 tentatives séparées. En désespoir de cause, j'ai été contraint donc de procéder à l'extraction de cette 27 (ce qui avait été prévu par la Dresse L._____, sur son devis du 9.10.06). Mais, bien sûr, l'implant qu'elle avait prévu n'a pas pu être fait encore, faute d'avoir revu la patiente 3 ou 4 mois après ladite extraction (délai minimum pour placer un implant dans une alvéole dentaire, suite à une avulsion).

Comme le Dr M._____ m'avait donc demandé de contrôler également le traitement de racine, très ancien lui aussi, et avec pâte d'obturation canalaire passablement résorbée, laquelle, d'après ses tests, semblait également représenter un "champ perturbateur" j'ai pris la décision de tenter de reprendre soigneusement cette désinfection radiculaire (ayant pu repasser à travers les canaux anciennement obturés), en 3 séances de désinfection. Ceci, par contre, sur cette dent 26, n'avait pas été devisé par la Dresse L._____. En fait, c'est sur la demande instante du Dr M._____, que je me suis occupé de cette dent 26, dans l'optique de son traitement médical."

Par courriers des 16 janvier, 2 avril, 14 juillet et 13 août 2008, E._____ a informé l'assurée qu'elle ne pouvait pas prendre en charge le traitement effectué par le Dr R._____. Elle a notamment confirmé dans sa lettre du 2 avril 2008, avoir accordé sa participation aux coûts qu'aurait nécessité le traitement dentaire consécutif à l'événement accidentel dont l'assurée avait été la victime le 25 août 2006; que toutefois, les renseignements médicaux en possession de son médecin-dentiste conseil n'indiquaient aucun lien de causalité entre le traitement envisagé par la Dresse L._____ et devisé par elle le 9 octobre 2006 et le traitement entrepris par le Dr R._____.

Par décision du 3 octobre 2008, E._____ a refusé de prendre en charge les frais consécutifs au traitement prodigué par le Dr R._____. Cette décision mentionne notamment ce qui suit :

"En matière de soins dentaires, l'article 31 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) énumère les hypothèses dans

lesquelles l'assurance obligatoire des soins est tenue d'intervenir. Cette disposition légale est complétée par les dispositions d'exécution des articles 17 à 19 OPAS, dont la liste est exhaustive. C'est dire qu'en dehors des cas strictement prévus par le législateur, les traitements dentaires ne peuvent pas faire l'objet d'une prise en charge.

La demande de prestations est fondée sur le fait que les soins en cause devraient être considérés comme étant consécutifs à un accident dentaire survenu le 25 août 2006, lors duquel l'intéressée s'était brisée une dent en chutant. Vous considérez ainsi qu'il s'agit d'un cas d'application de l'article 31, alinéa 2 LAMal.

Or, au vu du dossier de l'intéressée, il appert qu'elle a été adressée au Dr R. _____ par le Dr M. _____, qui préconisait un traitement dentaire pour que le succès de la thérapie neurale qu'il avait entreprise puisse être garanti. Le Dr R. _____ a confirmé à diverses reprises ces éléments, en particulier dans ses rapports du 19 mars et du 14 juin 2008, en relevant que le motif du traitement est bel et bien l'assainissement de la dentition. Un lien de causalité avec l'accident survenu en 2006 n'est ainsi pas établi".

E. _____ a confirmé ce prononcé par décision sur opposition du 20 novembre 2008 pour les motifs suivants:

" L'article 31 LAMal et les articles 17 à 19a OPAS énumèrent exhaustivement les traitements dentaires qui relèvent de l'assurance obligatoire des soins.

En particulier, l'article 31, alinéa 2 LAMal précise que les coûts du traitement des lésions du système de la mastication causées par un accident sont pris en charge.

Pour que le droit aux prestations soit établi, il faut qu'il existe un lien de causalité entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé, lien de causalité qui doit exister selon le degré de vraisemblance prépondérante. A cet égard, il n'existe pas, en matière d'assurances sociales, un principe selon lequel le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (voir ATF 126V 319).

En l'espèce et ensuite de l'acceptation du devis établi par la Dresse L. _____ le 9 octobre 2006, aucun traitement n'a été effectué dans les suites directes de l'accident invoqué du 25 août 2006. Ce n'est

que plus d'un an après, soit dès le 13 novembre 2007, qu'un traitement est effectué, auprès du Dr R._____. Or, celui-ci a renseigné à diverses reprises le médecin-dentiste conseil d'E._____ et n'a jamais fait mention de soins consécutifs à un événement accidentel. Au sujet des motifs ayant nécessité le traitement, il a précisé qu'il était effectué à la demande du Dr M._____, car celui-ci est «opposé à la présence de métal dans les dents » (rapport du 19 mars 2008), en vue d'un traitement de thérapie neurale et pour garantir l'efficacité de celui-ci. Quant au rapport du 14 juin 2008, il exprime clairement les circonstances et les motifs du traitement, en soulignant que c'est en raison de la présence de «champs perturbateurs » dans la région de la dent n° 27 que le Dr R._____ a dû reprendre le traitement radiculaire sur celle-ci.

Il n'existe ainsi pas de lien de causalité établi entre l'accident du 25 août 2006 et le traitement effectué par le médecin-dentiste."

B. S._____ a recouru le 24 décembre 2008 contre cette décision en concluant avec suite de frais et dépens à l'annulation de la décision attaquée, E._____ devant prendre en charge les frais de traitement liés à l'accident de la dent no 27 à hauteur de 2'500 fr.

E._____ a conclu par acte du 27 janvier 2009 au rejet du recours. Elle soutient notamment qu'un traitement médicalement nécessaire n'est en principe pas reporté dans le temps et que le fait que, pendant plus d'un an, rien n'ait été entrepris pour remédier à l'état de la dentition de la recourante permet de réexaminer la question du lien de causalité et de le nier. Elle allègue que le motif pour lequel le traitement a été entrepris n'est ainsi plus l'accident de 2006, mais bien ce qui est mentionné par le Dr [...]; à savoir le souhait du Dr M._____ de permettre la réalisation et le succès du traitement de thérapie neurale, en éliminant le métal de la dentition de la recourante.

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-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie]; RS 832.10). 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). Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA), le recours l'a été en temps utile; il satisfait en outre aux autres exigences de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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.

En l'espèce, il résulte du dossier médical que la recourante est tombée le 25 août 2006, heurtant un banc de pierre notamment avec la tête.

L'existence d'un accident est ainsi établie.

Selon l'art. 1a al. 2 let. b LAMal, l'assurance-maladie sociale alloue des prestations notamment en cas d'accident (art. 4 LPGA), dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge.

Tel est le cas en l'espèce.

3. a) Une fois établie l'existence d'un accident, il convient d'examiner si, entre l'événement dommageable et les lésions qu'il a provoquées, un lien de causalité naturelle est présent (ATF 115 V 403, consid.3). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, en effet, entre celui-là et celles-ci une telle relation.

L'exigence de la causalité naturelle 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé 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, et qui 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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177, consid. 3.1; 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009, consid. 3.2).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de

causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (statu quo sine; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3). 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; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 2.2).

b) Le droit à des prestations suppose en outre un rapport de causalité adéquate entre l'accident et le dommage subi, question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher (ATF 115 V 403, consid. 4a).

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 118 V 286, consid. 1c, 117 V 359, consid. 6a, 115 V 135, consid. 4a, et 405, consid. 4a, 113 V 312, consid. 3b et 323, consid. 2b).

Selon le Tribunal fédéral (ATF 114 V 169; RAMA 1988 K 787 p. 419; ATF 103 V 177 consid. 3a; ATF 112 V 201 consid. 3a), il importe peu que la dent aie été totalement saine ou qu'elle aie été traitée, dans la mesure où la dent pouvait encore assurer une fonction normale de mastication. Le fait qu'une dent isolée ou qu'un certain nombre de dents aient été, en raison d'un traitement, relativement fragilisées à la pression mécanique, constitue la règle à l'âge adulte, alors qu'une dentition parfaitement saine constitue l'exception. Il n'est pas contesté qu'une dent totalement saine supporte des pressions plus importantes qu'une dent traitée. En revanche, une dent traitée conserve dans la règle sa fonction

normale de mastication. Lorsqu'une telle dent - traitée - ne supporte pas un choc extérieur soudain et involontaire, il n'est pas possible d'exclure l'existence d'un accident, pour le motif qu'une dent intacte aurait supporté la pression en cause.

Dès lors, l'existence d'un accident doit être admise lorsqu'une dent traitée cède à une pression extraordinaire et inhabituelle, même si une dent saine y aurait peut-être résisté. L'accident ne devrait être exclu que dans les cas où la dent était tellement affaiblie qu'elle n'aurait pas résisté à une pression normale, de telle sorte que le lien de causalité adéquate entre l'accident et le dommage doit être considéré comme rompu. Le fait que la dent, sans l'accident, aurait subi des dommages tôt ou tard ne suffit pas pour rompre le lien de causalité.

c) Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée.

Le TF a jugé (ATF 134 V 189), s'agissant de prestations de l'assurance-accidents, que celle-ci peut réduire ses prestations en raison du refus par l'assuré de se soumettre à un traitement médical raisonnablement exigible. Mais elle doit auparavant adresser une mise en demeure écrite à l'assuré, en le rendant attentif aux conséquences de son refus. Si le médecin traitant, qui fournit une prestation en nature pour le compte de l'assurance-accidents, a rendu impossible la procédure de sommation en omettant d'informer l'assurance du refus de suivre le traitement, l'assurance ne peut opposer cette omission à l'assuré. L'assurance-accidents peut aussi réduire ses prestations quand l'assuré, sans enfreindre une injonction, compromet le résultat du processus de

guérison par son comportement gravement négligeant. Le refus de suivre un traitement approprié ne peut être qualifié de tel que si toutes les informations utiles ont été communiquées à l'assuré par le médecin traitant.

4. En l'espèce, le 19 septembre 2006, la Dresse L. _____ a établi un devis qu'elle a transmis à l'intimée. Elle y mentionne une fracture de couronne sans lésion de la pulpe, une fracture de racine à la dent 27 et une fracture de la reconstitution coronaire de 27. Par conséquent l'intimée a su, à réception de ce devis, que la dent litigieuse avait été reconstituée. Des radiographies ont également été effectuées et communiquées à l'intimée. La Dresse L. _____ a exposé les mesures immédiates prises, le traitement définitif préconisé soit l'extraction de la dent 27 et une réhabilitation implantaire, ainsi que les frais du traitement prévu d'un montant de 4'063 fr. 55. Selon ses propres dires, l'intimée a soumis ces pièces à son médecin conseil pour examen.

L'intimée a donc, en pleine connaissance de cause, admis de prendre en charge le traitement préconisé à raison de 50%, dès lors qu'elle estimait que celui-ci entraînait une plus-value, soit un montant de 2'500 fr.

Certes, la recourante ne s'est pas fait traitée immédiatement. Toutefois, l'intimée ne se fonde sur aucune disposition légale, dont il découlerait que le traitement aurait dû être effectué dans un certain délai. En outre, au moment où elle a accepté de prendre en charge ledit traitement, elle n'a pas mentionné de condition, ni quant au délai, ni quant au fournisseur de soins. Elle a précisé uniquement la nature du traitement et le montant qu'elle acceptait de prendre en charge. Il n'y a eu ainsi aucune sommation faite à la recourante d'effectuer le traitement prévu. L'intimée ne peut donc pas se prévaloir du fait que l'intéressée a tardé à suivre le traitement préconisé pour refuser les prestations qu'elle s'est engagée à fournir (cf. consid 3c supra).

En outre, si le Dr R. _____ ne mentionne pas l'existence d'un accident, il ne l'exclut pas non plus. Il explique seulement avoir extrait la dent 27, suite à la demande du Dr M. _____ d'ôter les cônes entourant cette dent, ce qui s'est révélé impossible. Ce médecin ne fait pas non plus état de la réparation provisoire effectuée par la Dresse L. _____ après la survenance de l'accident. Il apparaît dès lors qu'il n'a pas eu connaissance de cet événement. De plus, s'agissant de la présence de caries sur la dent litigieuse mentionnée par le Dr R. _____, cette constatation faite plus d'un an après l'accident ne signifie pas que ces caries existaient au moment de celui-ci. On sait que des radiographies avaient été effectuées alors et ni la Dresse L. _____ ni l'intimée, après examen de celles-ci, n'en avaient constatées. Au demeurant, le fait que la dent, même sans l'accident, aurait subi un dommage plus d'un an après la survenance des faits, ne suffit pas à rompre le lien de causalité (cf. consid 3b supra).

5. Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée; en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les frais résultant du traitement de la dent accidentée à raison de 2'500 fr., comme elle s'y était initialement engagée.

6. Le recours devant être admis et la décision querellée réformée, la recourante qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses dépens, qu'il convient de fixer à un montant de 800 fr., 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). Il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire (art. 61 let. a LPGA).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision attaquée est réformée en ce sens qu' E._____ prend en charge les frais résultant du traitement de la dent no 27 lésée à hauteur de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).

III. E._____ versera à S._____ la somme de 800 fr. (huit cents francs), à titre de dépens.

..

IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- [...] (pour S._____)
- E._____
- 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 :