

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 novembre 2022

---

Composition : M. NEU, président  
M. Peter et Mme Pelletier, assesseurs  
Greffière : Mme Meylan

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne,

et

**K.** \_\_\_\_\_ **ASSURANCE MALADIE SA**, à [...], intimée.

---

**Art. 53 al. 1 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], employé d'O.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur), société ayant pour but l'exploitation d'une entreprise de montage d'installations de ventilation, est assuré comme membre du personnel par son employeur, par l'intermédiaire de [...] (ci-après : [...]), auprès de K.\_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA (ci-après : K.\_\_\_\_\_ ou l'intimée) pour l'assurance perte de gain maladie et accident. L'avenant au contrat [...] prévoit que dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016, en cas de maladie, les employés sont couverts à hauteur de 80 % de leur salaire après un délai d'attente de 2 jours.

Le 31 août 2019, l'employeur a annoncé l'incapacité de travail de l'assuré à K.\_\_\_\_\_.

Interpellé par K.\_\_\_\_\_, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré souffrait d'une hernie discale L4-L5 paramédiane gauche luxée vers le bas ainsi que d'une hernie discale L5-S1 en contact avec L5 gauche et de discopathies L5-S1, diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail. Il indiquait, en outre, que l'assuré présentait une incapacité totale de travail du 19 août au 24 septembre 2019 (cf. rapport médical LAMal du 5 octobre 2019).

K.\_\_\_\_\_ a versé, dans un premier temps, des indemnités journalières du 19 août au 24 septembre 2019, pour, dans un deuxième temps, en réclamer le remboursement, l'incapacité de travail de l'assuré relevant d'un accident entièrement pris en charge par la P.\_\_\_\_\_ (ci-après : la P.\_\_\_\_\_), assureur-accident.

Par décision du 7 février 2020, la P.\_\_\_\_\_ a mis fin au versement de ses prestations au 3 février 2020 considérant, selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident et que l'état de santé tel qu'il

aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint le 3 février 2020 au plus tard.

Le cas a été derechef repris en charge par K.\_\_\_\_\_.

Appelé à se déterminer par K.\_\_\_\_\_, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics incapacitants de discopathies L4-L5 et L5-S1 ainsi que de hernie discale L4-L5 gauche symptomatique après accident. L'incapacité de travail de l'assuré avait été prolongée du 24 septembre au 30 novembre 2019, puis du 18 décembre 2019 au 14 mai 2020. Ce médecin ajoutait que l'activité exercée n'était plus exigible (cf. rapport médical LAMal du 20 mai 2020).

Ce praticien s'est prononcé à nouveau par rapport médical LAMal du 24 juillet 2020, précisant les restrictions auxquelles devait faire face l'assuré (port de charges max. de 10 kg rarement et 5 kg occasionnellement, pas de travail en porte-à-faux et alternance des positions assis-debout). L'incapacité totale de travail avait par ailleurs été reconduite jusqu'au 31 août 2020.

Le contrat de travail de l'assuré a pris fin le 30 juin 2020.

Par correspondance du 23 juillet 2020, K.\_\_\_\_\_ a invité l'assuré au dépôt d'une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : Office AI), ce qu'il a fait le 12 août 2020.

Mandaté par K.\_\_\_\_\_ pour une expertise, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a procédé à l'examen de l'assuré le 26 août 2020 et rendu un rapport corrélatif le 27 août 2020. Ce praticien a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatique L5 gauche survenue, selon l'anamnèse, dès le 8 août 2019 à la suite d'une chute. Selon ce praticien, au terme d'une prise en charge pluridisciplinaire visant à reconditionner son rachis,

l'assuré serait en mesure de reprendre son activité professionnelle, initialement à 50 % pour 15 jours, puis à 100 %. Il n'y avait pas de contre-indication de reprise de travail dans la profession habituelle au vu de l'évolution essentiellement à l'imagerie lombaire (du 5 juin 2020, lors de laquelle la hernie discale en L4-L5 n'a pas été retrouvée mais une protrusion discale paramédiane droite minime avec rétrécissement des récessus latéraux des deux côtés prédominant à droite et pas de conflit objectivable). L'assuré était au surplus apte à reprendre une activité adaptée à 100 %, soit toutes activités exemptes de port de charge, de mouvement de porte-à-faux du rachis lombaire et de mouvement de flexion-extension du rachis lombaire, au jour de l'expertise.

Par décision du 5 octobre 2020, K.\_\_\_\_\_ a mis fin au versement de ses prestations au 31 janvier 2020.

**b)** Le 8 avril 2021, l'assuré, représenté par la CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (ci-après : CAP), a sollicité la révision de la décision précitée.

Se déterminant sur les rapports des 15 et 17 février 2021 du Dr J.\_\_\_\_\_, lesquels font état de difficultés psychologiques et d'une rechute des lombosciatalgies prolongeant l'arrêt de travail de 100 % y compris dans une activité adaptée, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré avait présenté en janvier 2021, de manière transitoire, des douleurs irradiant au membre inférieur gauche et que celles-ci avaient été jugulées par une infiltration péri-radiculaire L5 gauche. Après l'infiltration effectuée le 3 février 2021, l'assuré ne semblait plus présenter d'irradiation douloureuse au membre inférieur gauche, mais des plaintes de paresthésies. Les conclusions de la précédente expertise, concernant la nécessité d'un réentraînement rachidien et la reprise d'une activité professionnelle moyennant des limitations, étaient toujours de vigueur (cf. complément d'expertise médicale du 8 juin 2021).

Par décision du 29 juillet 2021, K.\_\_\_\_\_ a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision.

L'assuré a fait opposition à la décision précitée, concluant à son annulation, et réclamé un délai supplémentaire pour motiver son opposition.

Par décision sur opposition du 23 septembre 2021, K. \_\_\_\_\_ a déclaré l'opposition de l'assuré irrecevable et a relevé que la décision du 29 juillet 2021 était entrée en force, arguant que lorsqu'un assuré était représenté par un mandataire professionnel qui était censé connaître les exigences formelles d'un acte de recours ou d'opposition, l'octroi d'un délai supplémentaire se justifiait uniquement s'il n'était pas en mesure d'agir dans le délai légal. A défaut, il s'agissait d'un abus de droit.

**c)** Par correspondance du 4 octobre 2020, à la demande de la CAP, l'Office AI lui a adressé une copie de son dossier.

Le 14 octobre 2021, l'assuré, représenté par Me Yero Diagne, a déposé une nouvelle demande de révision en faisant valoir qu'il était non seulement atteint dans sa santé par des affections rhumatologiques mais également psychiatriques. Il a joint à sa demande les rapports médicaux des 25 août et 8 septembre 2021 du Dr J. \_\_\_\_\_, un rapport du 14 mai 2021 de la Dre W. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, adressé à l'Office AI et posant les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychologiques, de douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques et d'état de stress post-traumatique, ainsi qu'un rapport du 23 septembre 2021 du Prof. X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation.

**d)** Le 21 octobre 2021, l'assuré, toujours représenté par Me Diagne, a déposé un recours contre la décision sur opposition du 23 septembre 2021 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cause AM 29/21).

Cette cause a été suspendue jusqu'à droit connu sur la demande de révision formulée le 14 octobre 2021.

**e)** Par décision du 4 novembre 2021, K.\_\_\_\_\_ a considéré que les motifs psychiatriques, attestés par rapport du 14 mai 2021 de la Dre W.\_\_\_\_\_, étaient connus de l'assuré depuis janvier 2021, soit depuis sa prise en charge médicale auprès du centre des V.\_\_\_\_\_, de sorte que la demande de révision était tardive.

L'assuré a formé opposition à cette décision le 1<sup>er</sup> décembre 2021, relevant que le motif de révision était la découverte de l'existence d'un rapport médical psychiatrique circonstancié, attestant qu'en plus d'une incapacité de travail pour raisons somatiques, il présentait également une incapacité de travail de 100 % pour raisons psychiatriques. Le délai de 90 jours commençait à courir dès le 7 octobre 2021, soit lors de la découverte dudit rapport. Par ailleurs, il reprochait à K.\_\_\_\_\_ l'absence d'instruction sur le plan psychiatrique.

Par décision sur opposition du 11 janvier 2022, K.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'était pas soutenable qu'un assuré ayant débuté un suivi régulier en psychiatrie puisse ignorer que son état de santé psychique soit à l'origine d'une incapacité de travail, d'autant plus que ce suivi avait été initié juste avant la fin du droit aux prestations perte de gain. De plus, l'argument de l'absence d'instruction sur le plan psychiatrique était mal venu dès lors que l'assuré avait gardé l'assureur dans l'ignorance totale de l'existence d'un suivi psychiatrique.

**B.** Par acte du 10 février 2022, D.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de Me Diagne, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 11 janvier 2022, concluant, sous suite de frais et dépens, à titre principal, à la réforme de la décision précitée en ce sens que l'opposition soit admise, que K.\_\_\_\_\_ soit invitée à examiner matériellement, sur le fond, la demande de révision du 14 octobre 2021 avant de confirmer la reprise du versement des indemnités journalières à partir du 1<sup>er</sup> février 2021. A

titre subsidiaire, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse avec renvoi à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre de mesure d'instruction, il a requis la jonction avec la cause AM 29/21. En substance, il s'est prévalu du fait que ce n'était que la connaissance du rapport écrit du 14 mai 2021, qui indiquait les diagnostics et l'incapacité, qui lui avait permis de solliciter une révision. Par ailleurs, selon la jurisprudence, il devait disposer d'un titre établissant la preuve nouvelle ou en avoir une connaissance suffisante pour en requérir l'administration, ce qui n'était intervenu qu'en octobre 2021.

Par réponse du 7 avril 2022, K. \_\_\_\_\_ a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle s'est opposée à la jonction des causes. Il existait, selon elle, un faisceau d'indices, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la Dre W. \_\_\_\_\_ ait informé l'assuré, à tout le moins en avril 2021, des diagnostics ayant une incidence sur sa capacité de travail. Cela était confirmé par la mise en place d'un traitement d'antidépresseur et la prise en charge double, psychiatrique et psychothérapeutique. Enfin, l'assuré n'avait jamais évoqué souffrir de troubles psychiatriques avant sa demande de révision, de sorte qu'on ne pouvait lui reprocher d'avoir manqué à son devoir d'instruction. Dans le cadre de cette procédure, K. \_\_\_\_\_ a produit un courrier du 15 février 2021 de l'Office AI répondant au centre des V. \_\_\_\_\_.

Répliquant le 2 mai 2022, l'assuré a maintenu ses conclusions, rappelant que la consultation psychiatrique, par un assuré profondément atteint dans sa santé psychique, ne suffisait pas, en elle-même, à faire partir le délai de révision. En effet, un psychiatre ne révélait pas nécessairement ses diagnostics et estimations de la capacité de travail.

Dupliquant le 29 juin 2022, K. \_\_\_\_\_ a confirmé l'intégralité des explications et conclusions contenues dans sa réponse du 7 avril 2022.

Le 17 août 2022, l'assuré s'est déterminé, réitérant ses conclusions.

## **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-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 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.

**2.** Le litige tient au respect des conditions relatives à la révision procédurale de la décision du 14 octobre 2021, singulièrement celle du respect du délai relatif de 90 jours dès la découverte du motif de révision.

**3. a)** Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

**b)** Sont nouveaux les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 144 V 245 consid. 5.2 et les références citées). La nouveauté se rapporte ainsi à la découverte et non au fait lui-même, lequel doit avoir existé avant l'arrêt dont la révision est demandée (TF 1F\_12/2014 et 1F\_13/2014 du 22 mai 2014 consid. 3.1). Il y a manque

de diligence lorsque la découverte de faits résulte de recherches qui auraient pu et dû être effectuées dans la procédure précédente (TF 2F\_3/2019 du 23 juillet 2019 consid. 2.1 et les références citées)

En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 144 V 245 consid. 5.2 ; 127 V 353 consid. 5b).

**c)** La révision procédurale est soumise à un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et à un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (ATF 143 V 105 consid. 2.1 et les références citées ; voir également art. 67 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] en relation avec l'art. 55 al. 1 LPG).

**d)** Le moment à partir duquel la partie aurait pu découvrir le motif de révision invoqué se détermine selon le principe de la bonne foi. Le délai de nonante jours commence à courir dès le moment où la partie a une connaissance suffisamment sûre du fait nouveau ou du moyen de preuve déterminant pour pouvoir l'invoquer, même si elle n'est pas en mesure d'apporter une preuve certaine ; une simple supposition ou voire même des rumeurs ne suffisent pas et ne sont pas susceptibles de faire

débuter le délai de révision (TF 9C\_753/2020 du 23 novembre 2021 consid. 6 et les références citées).

En outre, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la connaissance certaine n'est pas seulement donnée lorsque le demandeur en révision peut prouver avec certitude le nouveau fait important, mais il faut qu'il en ait connaissance sur des bases sûres (TF 4A\_277/2014 du 26 août 2014 consid. 3.3 et les références citées). S'agissant plus particulièrement d'une preuve nouvelle, le requérant doit pouvoir disposer d'un titre l'établissant ou en avoir une connaissance suffisante pour en requérir l'administration (TF 4A\_222/2011 du 22 août 2011 consid. 2.1). Ainsi, il a été jugé qu'un rapport d'observation ne constitue pas en soi une base sûre pour établir les faits concernant l'état de santé et la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des indices au sujet ou donner lieu à des suppositions. Seule l'évaluation médicale du matériel d'observation peut fournir une connaissance sûre des faits à cet égard. Le délai de révision relatif de nonante jours ne commence donc en principe à courir que lorsque cette évaluation médicale est disponible (ATF 143 V 105 consid. 2.4 et les références citées). Si les faits et moyens de preuve nouvellement découverts révèlent (seulement) des indices importants pour l'existence d'un motif de révision procédural, des investigations supplémentaires doivent être entreprises dans un délai raisonnable afin d'obtenir une certitude suffisante à cet égard. Dans de tels cas, le délai de révision relatif de nonante jours ne commence à courir que lorsque les documents permettent d'examiner la pertinence du motif de révision invoqué ou, en cas de retard, au moment où l'institution d'assurance aurait pu compléter suffisamment l'état de fait incomplet avec l'engagement nécessaire et raisonnable (TF 9C\_896/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.2).

**4. a)** Dans le cas particulier, le motif invoqué à l'appui de la demande de révision tient à une incapacité de travail sur le plan psychique telle qu'attestée par rapport médical adressé le 14 mai 2021 par le centre des V.\_\_\_\_\_ à l'Office AI, dans le cadre d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique débuté le 25 janvier 2021.

**b)** A titre préliminaire, il est à juste titre tenu pour établi que ce rapport est parvenu à la connaissance du mandataire du recourant pour la première fois en octobre 2021, après avoir requis des renseignements auprès de l'Office AI. Par ailleurs, il ressort du dossier que c'est en première ligne pour des motifs d'ordre somatique (et non pas psychiques) qu'une première demande de révision a été déposée, à l'appui d'une aggravation attestée par le médecin traitant, le Dr J.\_\_\_\_\_, et par les soins du mandataire constitué à l'époque. Cette première demande de révision s'est soldée par une décision de refus d'entrer en matière rendue le 29 juillet 2021, confirmée par décision sur opposition du 23 septembre 2021, laquelle a été déférée par-devant la Cour de céans, qui a suspendu cette cause (AM 29/21) jusqu'à droit connu sur la demande de révision du 14 octobre 2021, objet de la présente cause.

Il est par ailleurs patent que les seuls certificats d'incapacité de travail qui avaient été versés au dossier de l'intimée concernent l'aspect somatique, aucun certificat médical d'incapacité de travail n'ayant été délivré au recourant par un médecin psychiatre.

**c)** L'intimé oppose au recourant qu'il aurait eu, de bonne foi, connaissance du motif de révision sur le plan psychique en avril 2021 déjà, du fait d'avoir consulté un psychiatre et d'avoir entrepris et suivi un traitement.

Cette argumentation ne saurait être suivie.

**d)** Comme retenu par le Tribunal fédéral, un rapport d'observation – et a fortiori le simple fait de suivre un traitement auprès d'un médecin – ne constitue pas en soi une base sûre pour établir les faits concernant l'état de santé et la capacité de travail de la personne assurée, le délai de révision relatif de nonante jours ne commençant à courir que lorsqu'une évaluation médicale claire est disponible. Cela ne fut le cas, sur le plan des troubles et de l'incapacité de travail d'ordre psychique, que sur la base du rapport du 14 mai 2021, dont le recourant n'a pu avoir

connaissance qu'en octobre 2021, après que son conseil ait requis la production du dossier de l'Office AI contenant ledit rapport.

A cela s'ajoute que, pour le Tribunal fédéral, s'il ne faut pas se fonder sur la connaissance effective (subjective) par un représentant légal mandaté ultérieurement, mais examiner à partir de quand la personne habilitée à demander la révision a pu avoir connaissance du motif, le fait de mandater un conseil pour la défense de ses intérêts peut libérer l'assuré du devoir de se tenir au courant d'informations dans le domaine des assurances sociales. Or, le recourant, dans un contexte de grandes difficultés sur le plan personnel et professionnel, avait précédemment mandaté sa protection juridique dans le cadre d'une première aggravation portant sur le plan somatique, et c'est dans ce contexte que la production du rapport du 14 mai 2021 est intervenue en mains du mandataire, ce qui démontre que l'intéressé s'était déchargé des problèmes juridiques sur un tiers qualifié, le dispensant ainsi de se tenir au courant des tenants et aboutissants de la procédure entreprise (TF 9C\_753/2020 du 23 novembre 2021 consid. 6.3).

Il ressort également du dossier constitué sur le plan médical que la problématique psychique s'est inscrite dans le sillage des problèmes de santé physique consécutifs à l'accident de 2019, de sorte qu'il ne pouvait être fait grief à l'intéressé d'avoir axé sa demande de révision sur l'aggravation de sa santé physique, sans mentionner spontanément le soutien psychologique auquel on lui avait recommandé d'avoir recours.

Enfin, l'argumentation de l'intimée ne saurait pas non plus être suivie lorsqu'elle invoque que la thérapeute du recourant s'est renseignée sur l'existence de rapports médicaux au dossier de l'Office AI (cf. courrier du 15 février 2021). En effet, cela n'implique pas que le recourant ait été nécessairement et suffisamment informé des diagnostics psychiatriques et de leur incidence sur sa capacité de travail en février 2021.

Il y a donc lieu de retenir que le recourant, par son mandataire, en réclamant la révision procédurale en date du 14 octobre 2021 à la suite de la découverte du rapport du 14 mai 2021 dans le dossier de l'Office AI en octobre 2021 a respecté le délai de nonante jours pour soulever le motif de révision procédurale. L'intimée se devait dès lors d'entrer en matière sur la demande et procéder d'office aux mesures d'instruction utiles.

**5. a)** En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour qu'elle procède à l'instruction de la demande et rende ensuite une nouvelle décision.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA).

**c)** Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), arrêtée à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 11 janvier 2022 par K.\_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA est annulée, la cause lui étant renvoyée afin qu'elle entre en matière sur la demande de révision du 14 octobre 2021.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

**IV.** L'intimée versera au recourant une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Yera Diagne (pour D. \_\_\_\_\_),
- K. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA,
- 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 :