

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 novembre 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Di Ferro Demierre et Durussel, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourante, représentée par Me Séverine Berger, avocate
à Lausanne,

et

S._____, à [...], intimée, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à
Lausanne.

**Art. 43, 46 et 61 let. c LPGA ; 59 al. 2 et 3, 92 al. 2 et 4 LAA ; 124
let. d OLAA**

E n f a i t :

A. **a)** La société L._____, sise à [...], a pour but statuaire la formation, le coaching et les activités de conseils dans le domaine des ressources humaines, l'exploitation d'établissements, d'hôtels, de restaurants ou de maisons d'hôtes. Jusqu'en 2006, cette société avait pour raison sociale C._____.

b)L._____ exploite l'hôtel « [...] » à [...]. Depuis le 1^{er} juillet 2002, le personnel de cet établissement est assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès d'S._____ (ci-après : S._____).

c) Par contrat du 17 mai 2014, M._____ a été engagé par L._____ en qualité de responsable d'exploitation à plein temps à compter du 1^{er} juin 2014. Le 25 juin 2014, il a été victime d'un accident professionnel.

d) Annoncé par l'employeur avec la référence du contrat d'assurance en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2002, l'accident a été pris en charge par S._____.

e) Après instruction du cas, S._____ a découvert que M._____ ne travaillait pas pour l'établissement « [...] » mais pour l'établissement « [...] », lequel était également géré par la société L._____. Par décision du 28 août 2014, S._____ a refusé de manière rétroactive la prise en charge de l'accident du 25 juin 2014, au motif qu'il n'existait pas à cette date de couverture d'assurance relative à l'établissement « [...] », et invité L._____ à annoncer le cas à la X._____.

B. **a)** Par acte du 10 octobre 2017, la X._____ a, par l'intermédiaire de Me Séverine Berger, avocate à Lausanne, déféré la décision sur opposition rendue le 6 septembre 2017 par S._____ devant

la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme, en ce sens que S._____ est tenue de prendre en charge les suites de l'accident du 25 juin 2014, et subsidiairement à son annulation.

En substance, il convenait de constater que l'assurance qui, en juin 2014, couvrait l'employeur de l'assuré était S._____. Rien n'indiquait que la couverture d'assurance était limitée à une catégorie de travailleurs au sein de la société L._____. Une telle volonté, qui ne ressortait pas du dossier, ne pouvait être présumée. La mention de l'hôtel-restaurant « [...] » sur la demande d'affiliation n'était à cet égard pas pertinente, puisque, au moment de son affiliation, L._____ n'exploitait pas d'autres établissements. Son but social était toutefois clairement d'exploiter plusieurs établissements. Dans ces conditions, le lieu dans lequel l'assuré exerçait son activité importait peu, puisque rien dans les documents d'assurance ne permettait de partir de l'idée que le risque était limité aux seules activités exercées au sein de l'établissement « [...] ». S._____ était malvenue de se prévaloir du refus de couverture qu'elle avait signifié à L._____ en août 2014 pour l'établissement « [...] ». En effet, ces démarches d'affiliation n'avaient été réalisées qu'après le sinistre et, surtout, qu'après le refus de couvrir. Ces démarches ne reflétaient pas ce que les parties avaient compris ou auraient dû comprendre dans le cadre de l'accord conclu en 2002, mais étaient les conséquences de la position émise par S._____ après l'annonce de l'accident de l'assuré.

b) Dans sa réponse du 13 décembre 2017, S._____ représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, a conclu au rejet du recours. A son avis, le raisonnement de la X._____ ne pouvait être suivi. Dans le cas d'espèce, il n'y avait pas eu conclusion d'un contrat entre S._____ et L._____ pour couvrir le personnel travaillant pour l'établissement « [...] ». Le seul contrat existant couvrait le personnel travaillant dans l'établissement « [...] ». La mention était explicite et ne laissait guère de place à l'interprétation. Par ailleurs, le fait que l'employeur ait effectué des démarches pour affilier son personnel

travaillant dans l'établissement « [...] » démontrait cette nécessité d'affiliation.

c) Dans sa réplique du 15 janvier 2018, la X._____ a constaté que la police d'assurance ne figurait pas au dossier, au contraire de la demande d'affiliation. Or ce document, plus particulièrement le questionnaire y relatif établi par S._____, ne comportait que des renseignements sur l'employeur et non sur l'enseigne ou l'établissement. Si le nom de l'établissement « [...] » figurait bien sur la demande d'affiliation, il ne s'agissait en aucun cas d'une limite à la couverture d'assurance. Les parties n'avaient pas la volonté de limiter la couverture d'assurance à certaines activités ou à une catégorie d'employés. A tout le moins, rien ne permettait de l'établir au vu des documents produits. La police conclue en 2002 par L._____ assurait tous les employés de cette société, quels que soient leurs activités et le lieu d'exercice de celles-ci.

d) Dans sa duplique du 9 février 2018, S._____ a produit la demande d'affiliation du 19 décembre 2002 remplie par l'employeur. A l'examen de celle-ci, il fallait constater qu'elle avait clairement pour objet la couverture d'assurance de l'établissement « [...] ». Dès lors, la X._____ ne pouvait prétendre que tous les employés de la société L._____ étaient obligatoirement assurés, dès lors que la demande d'affiliation était clairement limitée aux seuls employés de l'établissement « [...] ». Il convenait d'ailleurs de préciser que la société L._____ pouvait assurer ses collaborateurs auprès de différents établissements d'assurance privés.

e) Par ordonnance du 20 mars 2018, le Juge instructeur a requis de S._____ qu'elle produise les documents suivants :

- Les polices d'assurance établies par S._____ pour les années 2002 à 2018 dans le cadre du contrat collectif n° [...];
- Les conditions générales et spéciales d'assurance applicables auxdites polices, dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2002.

f) Par courrier du 24 avril 2018, S._____ a fourni la réponse suivante :

1. Vous nous demandez la production des polices d'assurances établies par S._____ pour les années 2002 à 2018 pour le contrat collectif n° [...] et les conditions générales et spéciales d'assurance applicables auxdites polices depuis 2012.
2. En réponse à votre demande, nous vous informons que nous avons produit toutes les polices en lien avec le contrat collectif n° [...].
 - 2.1 Sous pièce (1), vous trouverez ci-joint la confirmation écrite du 29 janvier 2002 (recte : 2003) de l'affiliation de l'Hôtel [...] appartenant à la Société C._____ (nouvelle raison sociale à compter du 29 juin 2006 [cf. extrait du Registre du commerce du 13 juillet 2006]) à la Société d'assurances S._____.
 - 2.2 Sous pièce (2), vous trouverez la demande d'admission du 5 août 2011.

A cet égard, nous nous permettons de relever que par cette demande la Société L._____ a demandé la couverture de son Hôtel « [...] » à [...] dans la catégorie H Hotels. Cette demande de couverture de l'Hôtel [...] a été acceptée en date du 16 août 2011 comme cela figure en page 2 du formulaire.

- 2.3 Sous pièce (3), vous trouverez également un courriel du 29 juin 2015 qui confirme la distinction qu'il y a à faire entre les deux contrats, soit l'un portant sur la couverture d'assurance de l'Hôtel [...] assuré sous le numéro [...] et l'autre sur la couverture d'assurance du Restaurant [...] assuré sous le numéro [...].
- 2.4 Sous pièce (4), les décomptes de salaires 2003 à 2017 de l'établissement Hôtel [...] sous numéro [...] qui sont remis par L._____ à S._____ ne laissent aucun doute.

Ces pièces indiquent bien que les salaires communiqués concernent uniquement le contrat [...] qui porte sur l'établissement hôtelier : Hôtel [...].

- 2.5 Par ailleurs, nous précisons qu'S._____ n'a pas d'autres conditions générales et spéciales.
- 2.6 Enfin, nous rappelons que la Société L._____ pouvait et peut toujours assurer ses collaborateurs auprès d'établissements d'assurances LAA privés différents, soit par exemple l'Hôtel [...] auprès d'S._____ et le restaurant [...] auprès d'un autre assureur privé.

En effet, selon le tarif de primes d'S._____, celles-ci sont différentes pour un restaurant ou pour un hôtel. Ainsi, la Société L._____ pouvait comparer les taux de primes des différents assureurs privés LAA et par exemple assurer son établissement [...] auprès [de] l'assureur LAA le meilleur marché.

2.7 En l'occurrence, au moment de l'accident de Monsieur M. _____ en date du 10 juillet 2014, aucune demande d'affiliation LAA n'avait été transmise à S. _____ pour le nouvel établissement [...] dans lequel travaillait Monsieur M. _____.

Dès lors, il n'y avait pas d'assurance-accidents LAA et il appartient à X. _____, en qualité d'assurance supplétive au sens de l'art. 72 ss LAA, de prendre en charge les conséquences de l'accident de M. M. _____. En effet, l'art. 73 al. 1, 1^{ère} phrase LAA prévoit que « La caisse supplétive alloue les prestations légales d'assurance aux travailleurs victimes d'un accident que la CNA n'a pas la compétence d'assurer et qui n'ont pas été assurés par leur employeur ».

3. Pour toutes ces raisons, il y a lieu de constater que le recours de la Caisse supplétive est manifestement mal fondé. Aussi, nous ne pouvons que maintenir nos conclusions.

g) Dans ses déterminations du 17 mai 2018, la X. _____ s'est notamment étonnée qu'S. _____ n'ait pas été en mesure de donner suite à la réquisition de production de pièces du 20 mars 2018. Il apparaissait que les pièces transmises par S. _____ au Tribunal cantonal n'étaient pas exhaustives, dès lors que de nouveaux documents étaient produits sans qu'ils ne répondent à la réquisition. Il n'était pas admissible qu'S. _____ puisse produire uniquement les documents qui lui paraissaient aller dans son sens, alors même qu'elle n'avait pas de moyen d'accéder au dossier intégral.

h) Par courrier du 5 juin 2018, S. _____ a précisé qu'elle n'effectuait pas le tri des pièces dans les dossiers de ses assurés et que, en l'occurrence, elle avait transmis le dossier complet de l'assuré. Les pièces transmises par courrier du 24 avril 2018 ne concernaient pas l'assuré directement, mais des échanges et des documents relatifs au contrat d'assurance concernant le personnel de l'établissement « [...] » qui n'étaient pas intégrés au dossier de l'assuré.

i) Par ordonnance du 27 août 2018, le Juge instructeur a requis de S. _____ qu'elle produise les documents suivants :

- La proposition d'assurance n° [...] du 7 octobre 2002 (document mentionné dans la demande d'affiliation du 19 décembre 2002 et dans la confirmation d'affiliation du 29 janvier 2003) ;

- Le contrat d'assurance établi conformément aux art. 59 al. 2 LAA et 93 al. 1 OLAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016) ;
- Les documents transmis à Me [...] par S. _____ le 12 décembre 2014 ;
- Toute la correspondance échangée par S. _____ et C. _____, respectivement L. _____ dans le cadre de la relation contractuelle.

j) Par courrier du 26 septembre 2018, S. _____ a adressé les observations suivantes :

1. PRODUCTION DES OFFRES D'ASSURANCE D'S. _____

Vous nous demandez la production de la proposition d'assurance n° [...] du 7 octobre 2002.

A cet égard, nous précisons que l'intitulé « proposition d'assurance » était inexact. En réalité, il ne s'agissait pas de la proposition d'assurance, mais de l'offre d'assurance. En effet, avant toute conclusion de contrat d'assurance, l'assurance remet à son potentiel client une ou plusieurs offres. Celles-ci sont examinées, puis se concrétisent par une proposition d'assurance qui est datée et signée par le client proposant et remise à l'assureur. En droit des assurances, cette proposition d'assurance constitue en réalité une offre qui est soumise à la condition de l'acceptation de l'assureur.

Quant au contrat d'assurance, il n'existe qu'au moment de l'acceptation de la proposition d'assurance par l'assureur. Par la suite, l'assureur remet au preneur d'assurance la police d'assurance.

En l'état, nous vous informons qu'S. _____ n'est plus en possession du document « offre du 7 octobre 2002 » qui date de 16 ans.

2. PRODUCTION DU CONTRAT D'ASSURANCE

S'agissant du document contrat d'assurance établi conformément aux art. 59 al. 2 LAA et 93 al. 1 OLAA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, nous nous référons à la convention d'affiliation du 29 janvier 2003 et au document Memento de l'assurance-accidents (Edition 01.2000) (annexe 1).

En l'occurrence, la confirmation de l'affiliation du 29 janvier 2003 vaut acceptation de la proposition d'assurance et conclusion du contrat d'assurance concernant « l'Hôtel [...] » à [...].

3. DOCUMENTS REMIS A ME [...]

En ce qui concerne les documents remis à Me [...] le 12 décembre 2014, nous ne sommes pas en mesure de les

produire, au motif que ces documents ne sont pas énumérés sur la lettre d'accompagnement.

A toutes fins utiles et si ceci était nécessaire, nous requerrions que Me [...] soit invitée à produire dites pièces.

4. CORRESPONDANCE ECHANGEE ENTRE S._____ ET LA C._____ / L._____

Enfin, en complément des pièces produites, nous vous remettons copie de la correspondance demandée (annexe 2).

k) Dans ses déterminations du 27 septembre 2018, la X._____ a considéré que les documents remis ne pouvaient que confirmer les doutes par rapport au tri sélectif effectué par S._____. Cela étant, il ressortait clairement de l'annexe 2 que c'était bien la société C._____, devenue par la suite L._____, qui était assurée en LAA auprès d'S._____.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur la question de savoir qui de la recourante ou de l'intimée doit prendre en charge les suites de l'événement du 25 juin 2014, singulièrement sur la question de savoir si M. _____ bénéficiait à cette date d'une couverture d'assurance auprès de l'intimée.

3. a) L'assurance-accidents est gérée, selon les catégories d'assurés, par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) ou par d'autres assureurs autorisés et par une caisse supplétive gérée par ceux-ci (art. 58 LAA).

b) Selon l'art. 59 al. 3 LAA, si un travailleur soumis à l'assurance obligatoire n'est pas assuré au moment où survient un accident, la caisse supplétive lui alloue les prestations légales.

c) D'après l'art. 59 al. 2 LAA, lorsque l'assurance-accidents est gérée par un autre assureur que la CNA, le rapport d'assurance est fondé sur un contrat – *sui generis* – passé entre l'employeur et l'assureur. Aussi bien les entreprises d'assurance que les caisses maladies autorisées à pratiquer l'assurance-accidents au sens de l'art. 68 LAA agissent alors comme détentrices de la puissance publique, puisque la loi leur donne la compétence de rendre des décisions. Un tel pouvoir leur confère la possibilité de conclure des contrats d'assurance avec des employeurs et de régler des questions qui relèvent du droit public. Ces contrats peuvent être librement qualifiés de contrats spéciaux de droit public selon la LAA, qui ne sont liés ni aux règles de la LCA ni à celles de la LAMal. Dans la mesure où la LAA et son ordonnance d'exécution règlent l'assurance-accidents obligatoire de manière très détaillée, il ne reste que peu de liberté à l'autonomie contractuelle des parties. Ainsi, les assureurs sont tenus d'établir un contrat-type contenant les clauses qui doivent obligatoirement figurer dans tout contrat d'assurance et qui est soumis pour approbation au Conseil fédéral (art. 59a LAA ; cf. art. 93 OLAA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016). Dans ces limites, les parties peuvent toutefois régler librement différents points, tels la durée ou les modalités de résiliation du contrat, ou encore l'échéance et le mode de paiement des primes. En cas de lacune de la loi, il y a lieu de combler

celle-ci en recourant aux règles de la LCA ou de la LAMal relatives au contrat d'assurance, voire à celles du CO (par exemple sur la conclusion du contrat, les vices de volonté ou la nullité), en examinant si elles correspondent au sens, au but et au système de la LAA (TF 8C_324/2007 du 12 février 2008 consid. 2.1 et les références).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; TF 8C_922/2011 du 19 juin 2012 consid. 5).

b) En matière d'assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (art. 43 et 61 let. c LPGa ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2 ; TF 8C_897/2011 du 22 novembre 2012 consid. 5.3).

5. En l'occurrence, il convient effectivement de constater que les documents produits par l'intimée, à savoir la demande d'affiliation ainsi que le questionnaire d'affiliation, font expressément mention de

l'établissement « [...] ». Rien toutefois ne permet de penser que le risque était limité aux seules activités exercées au sein de cet établissement.

a) Il y a lieu de rappeler que le contrat d'assurance est passé, aux termes de la loi, entre un assureur et un employeur. En l'espèce, la demande d'affiliation ainsi que le questionnaire d'affiliation précisent, sans la moindre ambiguïté, que l'employeur était la société C.____ (aujourd'hui : L.____). Ce fait ressort également de l'attestation établie par l'intimée le 14 juillet 2006 (« *Par la présente, nous attestons que l'ensemble des collaborateurs de «C.____ à [...]» est déclaré, pour simplification administrative, auprès de nos Institutions Sociales depuis le 1^{er} juillet 2002* »).

b) Au vu des documents relatifs à la relation contractuelle produits par l'intimée, on ne trouve aucun indice d'une volonté commune de limiter la couverture d'assurance aux seules activités de l'établissement « [...] ». Que l'on examine la demande d'affiliation, le questionnaire d'affiliation, la lettre ayant pour intitulé « Confirmation de l'affiliation au sein de nos institutions sociales » ou encore le mémento de l'assurance-accidents (Edition 01.2000), cette problématique n'est à aucun endroit évoquée. Elle n'a pas non plus été évoquée en 2006 à l'occasion de la modification de la raison sociale de l'employeur et du but de la société (cf. art. 92 al. 4 LAA). Qui plus est, la limitation de la couverture d'assurance dans le sens évoqué par l'intimée constitue – indépendamment de la question de savoir si elle est conforme à la loi – une clause qu'il faut qualifier d'insolite et à laquelle l'employeur aurait dû être rendu expressément attentif. Il ne ressort toutefois pas du dossier que l'intimée aurait spécifiquement informé l'employeur à ce propos.

c) En tant que l'intimée soutient que l'incorporation des employés de l'établissement « [...] » dans le contrat d'assurance poserait des problèmes en matière de fixation de primes, compte tenu des activités différentes déployées au sein des établissements « [...] » et « [...] », elle ne saurait être suivie. Conformément à l'art. 92 al. 2 LAA, les entreprises sont classées dans l'une des classes du tarif des primes et, à l'intérieur de

ces classes, dans l'un des degrés prévus. Le classement doit tenir compte de la nature des entreprises et de leurs conditions propres, notamment du risque d'accidents et de l'état des mesures de prévention. Cela étant, les travailleurs d'une entreprise peuvent être classés par groupe, dans des classes et degrés différents, en vue de respecter le principe de la conformité au risque, selon lequel aux risques élevés correspondent des primes importantes, et aux risques faibles des primes basses (cf. FRESARD/ MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3^{ème} éd. 2016, n. 778 p. 1106).

d) Malgré les sollicitations répétées de la Cour de céans (courriers des 20 mars et 27 août 2018), l'intimée n'a fourni que peu de documents concernant sa relation contractuelle avec l'employeur. La Cour de céans ne peut ainsi que s'étonner de n'avoir pas reçu copie, notamment, de la proposition d'assurance n° [...] du 7 octobre 2002, du contrat d'assurance établi conformément aux art. 59 al. 2 LAA et 93 al. 1 OLAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016) ou encore de la décision relative au classement initial de la société C._____ dans les classes et degrés du tarif des primes (art. 92 al. 2 LAA et 124 let. d OLAA). Il est permis de s'interroger quant au respect par l'intimée de ses obligations légales, singulièrement de l'obligation faite aux assureurs sociaux de tenir leurs dossiers complets au sens de l'art. 46 LPGA.

e) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que M._____ était, au moment de son accident, employé par la société L._____ et que, partant, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de l'intimée.

6. a) En conséquence, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que l'intimée est tenue de prendre en charge les suites de l'événement accidentel du 25 juin 2014.

b) Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de

prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite.

c) Bien que la recourante obtienne gain de cause, elle ne peut prétendre à des dépens de la part de l'intimée. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où la partie demanderesse a agi de manière téméraire ou témoigne de légèreté, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également TF 8C_760/2008 du 30 avril 2009 consid. 6).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 6 septembre 2017 par S._____ est réformée, en ce sens que S._____ est tenue de prendre en charge les suites de l'événement accidentel du 25 juin 2014.

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

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Séverine Berger (pour X. _____),
- Me Jean-Michel Duc (pour S. _____),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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).

Le greffier :