

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 janvier 2020

Composition : M. PIGUET, juge unique
Greffière : Mme Juillerat Riedi

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant, représenté par Me Christophe Mistelli, avocat à Vevey

et

T._____, à [...], intimée,

Art. 31 al. 2 LAMal ; 4 et 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1943, est assuré auprès de T._____ (ci-après : [...], l'intimée ou l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

Le 13 février 2017, l'assuré a fait une violente chute dans sa salle de bain. Il s'est tapé la tête contre l'angle du meuble situé sous le lavabo, ce qui a donné lieu à la pose de quatre points de suture effectués par le Service des urgences de l'Hôpital Riviera Chablais. En outre, une déstabilisation de son bassin a été constatée.

Consulté par l'assuré le 14 mars 2017, le Dr G._____, médecin-dentiste, a fait état de lésions dentaires et a adressé à T._____, le 3 avril 2017, un devis pour un montant de 12'559 fr. 15. Il a notamment précisé, dans le questionnaire qui lui a ensuite été soumis par l'assurance, que les racines des dents 11, 12 et 22 étaient fracturées, alors qu'elles tenaient un pont de 12 à 22 (intermédiaire 21), que le traitement proposé consistait, pour la phase provisoire, à extraire les dents 11, 12, et 22 ainsi qu'à remplacer l'édentement 12 à 22 par une prothèse fixée partielle provisoire supérieure (13 à 23), et, pour la phase définitive, à la mise en place de deux implants en position 11 et 21 ainsi qu'à la réalisation de deux ponts céramo-métalliques (CCM) dento et implantoportés (13 à 11 et 21 à 23). Il a par ailleurs transmis les radiographies effectuées sur le patient.

Sur la base des pièces fournies, le Dr U._____, dentiste-conseil de l'assurance, a indiqué le 5 mai 2017 qu'aucun lien entre les lésions et l'accident ne pouvait pas être établi en raison de l'absence d'une fracture visible.

Par courrier du 9 mai 2017, T._____ a indiqué au Dr G._____ que, sur la base des éléments mis à sa disposition, l'assurance obligatoire de soins n'était pas en mesure d'intervenir pour les frais

devisés en l'absence d'un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement annoncé.

Par courrier du 16 mai 2017, l'assuré a contesté le point de vue de l'assurance en soutenant que les lésions en question étaient bel et bien la conséquence de sa violente chute. Par courrier du 23 mai 2017, son médecin généraliste, le Dr [...], a confirmé son point de vue.

Le 28 juin 2017, l'assurance a, sur la base d'un nouveau préavis du dentiste-conseil [...] du 21 juin 2017 selon lequel l'accident n'expliquait pas les atteintes constatées au vu des atteintes parodontales sévères et des lésions carieuses préexistantes, maintenu son refus d'entrer en matière sur la prise en charge des frais dentaires en question.

Par décision du 28 août 2017, l'assurance a refusé d'intervenir pour les frais devisés à 12'599 fr. 15. Elle s'est fondée en particulier sur un rapport du Dr P. _____ du 24 août 2017, dont il ressort notamment ce qui suit :

Constations / remarques particulières

Le patient sus-nommé [...] présente sur le plan dentaire une fracture des racines des dents 11, 12, 22, piliers d'un pont 12-11 = 22.

Selon la radiographie apicale du 14 mars 2017, je constate que la 22 est munie d'un traitement endodontique, qu'elle dispose d'un tenon dont la position ne s'aligne pas dans l'axe du canal radiculaire et qu'il existe une lésion parodontale entre la 22 et la 23. Toutes ces conditions présentes avant l'accident font que la dent 22 est une dent compromise et que son pronostic est réservé avant le traumatisme.

Si le Dr G. _____ a constaté une fracture radiculaire sur la dent 22, elle est à mettre avec la position malheureusement inappropriée du tenon qui affleure la surface radiculaire et qui a manifestement provoqué une fissure voire une fracture radiculaire se manifestant par une lésion parodontale (résorption osseuse entre la 22 et la 23).

Prétendre que l'accident du 13.02.2017 a provoqué la perte de la 22 et consécutivement l'ensemble du pont 12-11=22 n'est pas justifié. Le pronostic du pont 12-11=22 étant compromis avant le traumatisme en raison des problèmes endodontique, prothétique (tenon) et parodontal, la relation entre l'accident et les dégâts constatés ne peuvent être établis d'une façon certaine.

Conclusions :

Suivant les avis des Drs [...] et [...], je conseille à l'Assureur de refuser la proposition de traitement du Dr G._____. L'accident est survenu sur un terrain fortement compromis et n'explique pas la perte du pont 12-11=22. A mon avis, la racine de la dent 22 est fissurée voire fracturée avant l'accident, en raison de la position défavorable du tenon articulaire. Par ailleurs, je ne pense pas que 12'559 fr. 15 représente un traitement économique pour remplacer les 4 incisives supérieures.

Par acte du 25 septembre 2017, complété le 30 octobre 2017, Y._____, par l'intermédiaire d' [...], a formé opposition contre la décision précitée, en concluant à ce que T._____ prenne en charge les 2/3 du devis du Dr G._____. Il a fait valoir en substance : que le médecin-dentiste conseil avait uniquement retenu l'état préexistant de la dent 22, mais aucunement que les dents 11 et 12 auraient été compromises avant l'accident ; que le fait de lier le sort des dents 11 et 12 à celui de la dent 22 ne trouvait aucune justification ; et que, partant, le lien de causalité entre l'accident et les lésions aux dents 11 et 12 devait être admis.

Interpellé par T._____, le Dr P._____, par avis du 3 décembre 2017, a notamment indiqué qu'il ne disposait pas de la radiographie des dents 11 et 12, de sorte qu'il ne lui était pas possible d'évaluer l'état antérieur de ces dents.

Par décision sur opposition du 9 janvier 2018, T._____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 28 août 2017. Elle a notamment retenu qu'en ne produisant pas les radiographies des dents 11 et 12, l'assuré ne pouvait pas reprocher au médecin-dentiste

conseil de prendre des conclusions spéculatives qui ne reposaient sur aucune conclusion formelle.

B. Par acte du 8 février 2018, Y._____, représenté par Me Christophe Misteli, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu en substance, sous suite de dépens, principalement à sa réforme en ce sens que les interventions proposées par le devis du 6 avril 2017 soient couvertes ; subsidiairement à sa réforme en ce sens que les interventions proposées par le second devis du 2 février 2018 établi par le Dr G._____ pour un montant de 8'290 fr. 55 soient couvertes ; et, encore plus subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'assurance pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il soutenait que l'assurance n'expliquait pas, dans sa décision, pourquoi les lésions aux trois dents se seraient néanmoins produites si la chute n'était pas intervenue. Il a fait valoir en outre que le traitement proposé par le Dr G._____ dans son devis du 6 avril 2017 n'était pas critiquable. A titre subsidiaire, il a toutefois produit un nouveau devis établi par ce même médecin le 2 février 2018 sur la base du traitement proposé par le médecin-dentiste conseil de l'intimée. Il a également produit, en annexe à son recours, les radiographies apicales des dents 11 et 12 du 18 août 2016 et du 14 mars 2017, ainsi qu'un nouveau rapport du Dr G._____, établi le 31 janvier 2018 sous la forme d'un courrier. Celui-ci indiquait notamment que, si effectivement la dent 22 était compromise quant à son avenir par la présence d'un tenon inapproprié et d'une lésion parodontale latérale, les dents 11 et 21 [recte : 12] tenaient parfaitement au dernier contrôle avant l'accident et auraient pu tenir encore longtemps, de sorte que, selon lui, la violence du choc était, sans aucun doute possible, à l'origine des fractures desdites dents. Enfin, l'assuré a requis la mise en œuvre d'une expertise en raison des avis divergents de son médecin-dentiste traitant et du médecin-dentiste conseil de T._____.

Sur requête du juge de céans, Y._____ a produit son dossier radiologique complet.

Dans sa réponse du 14 mai 2018, T._____ a conclu au rejet du recours. Elle a produit un nouveau rapport détaillé rendu le 30 avril 2018 par le Dr X._____, médecin-dentiste conseil. Selon celui-ci, l'accident en question n'avait fait qu'accélérer la perte du pont 12-22 qui n'avait plus qu'une espérance de vie très limitée, qui était ainsi de toute façon « perdu » et qui aurait pu se casser en mangeant. Quant aux dents 22, 11 et 12, elles étaient déjà fortement fragilisées avant l'accident, la dent 22 en raison de sa carie de collet et de son pivot placé dans un mauvais axe, la dent 11 en raison de la présence d'un moignon composite avec tenon dentinaire, d'une racine qui ne présentait que la moitié de la longueur habituelle et d'une réparation antérieure effectuée à la base de la couronne et, enfin, la dent 12 en raison d'un défaut d'adaptation avec une radio transparence latérale au pivot.

Y._____ s'est déterminé le 4 juin 2018, maintenant son point de vue selon lequel le pont en question était stable et les dents 11, 12 et 23 tenaient parfaitement jusqu'à l'accident. Il a produit, en annexe à son écriture, un nouveau rapport du Dr G._____, établi le 1^{er} juin 2018 sous la forme d'un courrier, qui relevait en substance que les dents 11, 12 et 23 tenaient parfaitement avant l'accident et que les constats émis par le Dr X._____ étaient sans fondement, cela d'autant que celui-ci n'avait pas examiné lui-même le patient.

Dans ses déterminations des 27 juin et 30 août 2018, T._____ a maintenu sa position et s'est déterminée sur les critiques du Dr G._____, tout en produisant une brève détermination du Dr X._____ du 9 juillet 2018.

Le juge instructeur a confié la réalisation d'une expertise au Dr Z._____, lequel a rendu son rapport le 9 juin 2019. S'agissant de l'état des dents concernées (13, 12, 11, 21, 22 et 23) et de la mâchoire supérieure de l'assuré avant l'accident, l'expert a conclu que les dents 13 et 23 ne présentaient aucun problème particulier, que les dents piliers du pont (11, 12, 22) présentaient un état de délabrement avancé et que le pronostic des dents 11 et 12 était « réservé pour le futur » et celui de la

dent 22 « fortement compromis ». Quant à l'état du pont 12-11=22 avant l'accident, il ne semblait présenter aucun problème de manque de résistance mécanique en lui-même mais l'analyse des radiographies semblait représenter une situation beaucoup moins favorable que celle soutenue par le Dr G._____, en raison de l'état structurel des dents piliers. S'agissant ensuite de l'état des dents concernées (13, 12, 11, 21, 22 et 23) après l'accident, l'expert a indiqué que la situation radiologique ne montrait pas de différence majeure avant et après l'accident, mais que les fractures radiculaires des dents 11, 12, et 22 annoncées par le Dr G._____ pouvaient être réelles car elles n'étaient pas forcément visibles sur des radiographies. En ce qui concernait le lien de causalité entre les lésions dentaires et l'accident, l'expert a indiqué qu'il lui était difficile de répondre à cette question de manière tranchée, puisqu'un choc violent tel que celui qui s'était produit pouvait être à lui seul responsable de fractures de dents même parfaitement saines. En l'espèce, compte tenu du fait que l'état des dents piliers conférait au pont un pronostic réservé à moyen terme et que, selon le Dr G._____, le patient ne s'était plaint d'aucune gêne ou de quelconque problème avant l'accident, il n'était pas possible d'exclure complètement l'accident comme cause des lésions dentaires constatées. L'expert a ensuite indiqué que les dents 11, 12 et 22 ne se seraient pas fracturées en cas de sollicitation normale. A la question « peut-on affirmer que, sans l'accident, le pont mobile serait, compte tenu de la situation, tombé à plus ou moins brève échéance (prière de motiver) ? », l'expert a répondu que selon les éléments à sa disposition, il ne lui était nullement fait mention d'une quelconque mobilité du pont avant l'accident. Enfin, l'expert s'est déterminé sur la solution thérapeutique à apporter au patient.

T._____ s'est déterminée sur l'expertise le 29 août 2019, annexant à son écriture une prise de position du Dr X._____, qui relevait des contradictions dans l'expertise et qui maintenait entièrement son point de vue.

Par courrier du 21 septembre 2019, Y._____ a transmis ses ultimes déterminations.

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]) et d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 ; 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.

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. Le litige a pour objet la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des lésions dentaires subies par le recourant.

3. a) L'assurance obligatoire de soins alloue des prestations en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (art. 1a al. 2 let. b LAMal). Elle couvre notamment les coûts de traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident (art. 31 al. 2 LAMal).

b) Selon 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.

4. a) En ce qui concerne le lien de causalité entre les lésions et un accident, il y a lieu de se référer à la jurisprudence rendue dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). 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; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un

rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

Enfin, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales du dossier, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

6. Le juge des assurances sociales 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 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). 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 322 consid. 5a).

7. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'événement du 13 février 2017 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Il convient dès lors d'examiner s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre la chute de l'intéressé et les lésions dentaires constatées.

a) En l'occurrence, il y a lieu de constater que les trois premiers médecins-dentistes conseils de l'intimée, les Drs U._____, F._____ et P._____ n'ont pas retenu l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les lésions et dégâts constatés. Ces médecins ne se sont toutefois pas prononcés sur le cas en toute connaissance de cause, puisqu'ils ne disposaient pas du dossier radiologique complet, en particulier des clichés des dents 11 et 12. Il n'en demeure pas moins que le Dr P._____ a admis que la seule perte de la dent 22, compromise avant l'accident en raison de la position inappropriée du tenon affleurant la surface radiculaire, suffisait à elle seule à compromettre le pont ; selon lui, le lien de causalité entre l'accident et le dommage ne pouvait pas être établi de manière certaine.

Le Dr X._____, également médecin-dentiste conseil de l'intimée, a pour sa part disposé du dossier radiologique complet du recourant. Selon lui, l'accident n'avait fait qu'accélérer la perte du pont - dont l'espérance de vie était très limitée et qui aurait pu se casser en mangeant - et les dents 22, 11 et 12 étaient toutes les trois fortement fragilisées avant l'accident pour des motifs qu'il a explicités.

Quant à l'expert judiciaire Z._____, il a certes été plus mesuré dans ses constats que les médecins précités, mais a tout de même retenu que la situation radiologique ne montrait pas de différence majeure avant et après l'accident et conclu qu'il n'était pas possible d'exclure complètement l'accident comme cause des lésions dentaires constatées. S'il apparaît certes qu'il a eu des difficultés à trancher la question du lien de causalité, il n'en demeure pas moins que son rapport n'est pas contradictoire - contrairement à ce qu'a relevé le Dr X._____- , mais plutôt circonstancié, et qu'aucun élément ne permet de mettre en cause son bien-fondé.

b) Force est d'admettre qu'aucun des médecins précités n'a qualifié de probable le rapport de causalité entre l'accident et les dommages constatés. Face à ces constats, les conclusions contraires du seul Dr G._____, médecin traitant du recourant, qui admet « sans aucun doute possible » l'existence de fractures radiculaires post-traumatique en lien de causalité avec l'accident, ne convainquent pas.

c) En définitive, il y a lieu de considérer, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que les dents 11, 12 et 22, piliers du pont, présentaient avant l'accident un état de délabrement avancé, que leur pronostic était réservé pour le futur, que la situation radiologique ne montrait pas de différence majeur avant et après l'accident, que l'existence de fractures radiculaires post-traumatiques n'a pas été démontrée objectivement et que le lien de causalité entre l'accident et les dommages constatés pouvait être jugé comme étant tout au plus possible.

d) Au vu de ce constat, la question du caractère efficace, adéquat et économique des traitements proposés par le Dr G._____ selon ses devis des 6 avril 2017 et 2 février 2018 peut être laissée ouverte.

8. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 9 janvier 2018 par T._____ est confirmée.

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

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Christophe Mistelli (pour Y._____)
- T._____, Service juridique
- 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 :