

TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES

Jugement du 1^{er} septembre 2014

Présidence de M. MÉTRAL
Arbitres : MM. Eugster et Paillex, arbitres
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

N._____, à [...], demandeur, représenté par Me Christine Goetschy,
avocate à Bâle,

et

V._____, à [...], défenderesse.

Art. 43 al. 4 LAMal

E n f a i t :

A. a) Le 1^{er} septembre 1997, la S.____ (ci-après : la S.____), le Q.____ (ci-après : le Q.____), la H.____ (ci-après : la H.____), l'Assurance-invalidité (ci-après : l'AI), représentée par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : l'OFAS), et l'Office fédéral de l'assurance militaire (ci-après : l'OFAM), ont signé une convention tarifaire relative à la rémunération des prestations fournies aux assurés par les physiothérapeutes (ci-après : la Convention tarifaire). Cette convention est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1998. Son article 8 prévoit que l'assureur compétent est le débiteur de la rémunération (art. 8 al. 1) et que l'indemnisation des prestations du physiothérapeute est réglée suivant les dispositions du tarif (avenant 1); ce tarif repose sur le système de la taxation en points (art. 8 al. 2). En cas de litige, une commission paritaire fait office d'instance contractuelle de conciliation pour les litiges entre les assureurs, la S.____ et les physiothérapeutes ayant adhéré à la convention. La constitution de cette commission et les questions de procédure sont réglées dans l'accord sur la commission paritaire conclu entre la S.____ et les assureurs (art. 9 al. 1). La commission paritaire est également compétente pour toute question d'interprétation du tarif (art. 9 al. 4). La convention pouvait être résiliée au 30 juin ou au 31 décembre moyennant un préavis de six mois, la première fois le 31 décembre 1999 (art. 10 al. 2). En cas de résiliation, les parties contractantes s'engageaient à entamer immédiatement de nouvelles négociations. Si aucune entente n'était possible durant le délai de résiliation, l'ancienne convention restait provisoirement en vigueur jusqu'à la conclusion d'une nouvelle convention, mais pour un an au plus (art. 10 al. 3). Le tarif est principalement basé sur des forfaits par séance (chiffres 7301 à 7340), mais prévoit également des suppléments (chiffre 7350 à 7363). Parmi ces suppléments, le chiffre 7354 prévoit un « supplément pour une indemnité de déplacement/temps ». Il est rédigé comme suit :

« ¹ Le physiothérapeute a droit à une indemnité de déplacement/temps pour tout traitement effectué hors du cabinet.

Le traitement à domicile doit être formellement prescrit par le médecin.

² Ce supplément couvre aussi bien le temps de déplacement que les frais de voiture ou d'utilisation d'un moyen de transport public.

³ Le tarif en cas de traitement à domicile est toujours le même quelle que soit la longueur du chemin parcouru.

⁴ [...]

⁵ Aucune indemnité de déplacement/temps ne peut être facturée pour les traitements ambulatoires et hospitaliers pratiqués dans un hôpital, une clinique, un home pour personnes âgées ou un établissement médico-social (conformément à la liste cantonale des homes pour personnes âgées et établissements médico-sociaux) ».

b) Le 1^{er} septembre 1997 également, la S._____, le Q._____, la H._____, l'AI, représentée par l'OFAS, et l'OFAM ont signé l'Accord sur la commission paritaire. Cet accord est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1998. Il prévoit, à son article 2, que la commission paritaire agit au titre d'instance de conciliation pour toutes les divergences de vues résultant de l'application de la convention tarifaire, avant le recours au tribunal arbitral (al. 1); en outre, elle examine les requêtes relatives à l'interprétation du tarif et aux nouvelles tarifications (al. 2, 1^{ère} phrase). Dans ses recommandations, elle tient compte des principes d'efficacité, d'économie et d'adéquation des traitements (al. 3). Si la commission paritaire est dans l'impossibilité d'émettre une proposition de conciliation dans les quatre mois suivant la réception de tous les documents nécessaires, ou qu'une des parties rejette la proposition de conciliation, le tribunal arbitral peut être saisi (art. 6 al. 5). Une proposition de conciliation peut être attaquée dans les 30 jours sous réserve du paragraphe 5 (art. 6 al. 6).

c) G._____, qui succédait légalement à la S._____, a résilié la Convention tarifaire pour le 30 juin 2010.

B. N._____ (notamment ci-après : le demandeur) exploite un cabinet de physiothérapie à [...], à titre indépendant. Il s'est rendu six fois à l'établissement médico-social (ci-après : EMS) « D._____ », à [...], entre le 6 et le 22 mai 2008, afin de prodiguer un traitement

physiothérapeutique à une résidente de cet établissement, W._____. Cette dernière s'était en effet vue prescrire ces séances de physiothérapie à domicile par l'Hôpital intercantonal de [...], à la suite du traitement d'une fracture du col du fémur gauche et à la pose d'une prothèse de hanche. Le traitement a été interrompu en raison du décès de la patiente.

N._____ n'a pas soigné d'autre patient à la D._____ en mai 2008 et n'avait pas de contrat avec cet établissement. Le 9 juin 2008, il a adressé une facture de 634 fr. 70 à V._____ (ci-après : V._____ ou la défenderesse), à laquelle W._____ était affiliée pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Cette facture mentionnait les positions tarifaires 7311, 7350 et 7354 pour les soins prodigués à W._____ le 6 mai 2008, ainsi que 7311 et 7354 pour les soins prodigués les 8, 14, 16, 20 et 22 mai 2008.

Le 9 juillet 2008, V._____ a écrit à N._____ qu'elle n'acquitterait qu'une partie de la facture. En effet, elle contestait son droit de facturer des frais de déplacement selon la position tarifaire 7354 dès lors que les traitements avaient été effectués dans un établissement médico-social. Il ressort d'un décompte du 6 septembre 2008 à N._____ qu'V._____ a finalement acquitté un montant de 447 fr. 10, au lieu du montant de 634 fr. 70 qu'il avait facturé.

Le 4 octobre 2008, N._____ a demandé à V._____ de revoir son point de vue, dès lors qu'il s'était déplacé à la D._____ expressément pour W._____, qui était sa seule patiente de l'EMS en traitement pendant la période en question. Il s'était donc déplacé à six reprises pour un traitement unique dans cet établissement. Simultanément, N._____ a adressé à V._____ une nouvelle facture d'un montant de 187 fr. 80, en se référant à la position tarifaire 7354 pour les six séances de physiothérapie avec W._____ du 6 au 22 mai 2008. L'assurance-maladie a maintenu son refus de prester, par lettre du 16 octobre 2008.

C. A la suite d'un nouvel échange de correspondances avec V._____, N._____ a saisi la Commission paritaire G._____ - R._____, le 1^{er} mars 2009. Après avoir pris connaissance de la position de chacune des parties, cette commission leur a exposé, le 9 novembre 2009, qu'elle n'était pas en mesure de leur soumettre une proposition de conciliation. Les représentants de G._____ avaient pris position comme suit :

« L'établissement en question est bien une institution cantonale reconnue et elle figure sur la liste cantonale des EMS. Les patients ont le droit de choisir eux-mêmes leur thérapeute (LAMal). Depuis quelques années, la plupart des homes pour personnes âgées n'ont plus de physiothérapeutes attitrés qui se rendent régulièrement dans l'établissement pour visiter plusieurs résidents. Dans ces conditions, la CP [commission paritaire] avait récemment recommandé comme dans le cas présent d'allouer l'indemnité de déplacement 7354, car les conditions suivantes étaient remplies :

- Le physiothérapeute n'a pas effectué plusieurs traitements pour plusieurs patients dans le home pour personnes âgées concerné conformément à l'al. 5 de la position 7354, mais s'est occupé d'une seule patiente.
- Il n'y a pas de convention entre le physiothérapeute et le home pour personnes âgées concernant l'indemnité de temps de déplacement.
- L'établissement en question a confirmé par écrit que le physiothérapeute s'est rendu sur place uniquement pour un traitement ».

Pour leur part, les représentants de R._____ au sein de la Commission paritaire avaient pris position comme suit :

« Les représentant[s] de R._____ s'en tiennent à la position défendue par la CP pendant des années : aucune indemnité de déplacement selon le tarif ne peut être facturée pour les patients des EMS figurant sur la liste cantonale ».

D. Le 10 décembre 2009, N._____, par le biais de son mandataire, a saisi le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud d'une demande tendant à la condamnation d'V._____ au paiement des factures du 9 juin 2008, d'un montant de 634 fr. 70, et du 4 octobre 2008, d'un montant de 187 fr. 80, intérêts de 5 % l'an compris, concernant la patiente W._____, sous suite de frais « ordinaires et extraordinaires ».

Le Président du Tribunal arbitral a tenu une audience de conciliation le 12 mai 2010, sans succès. Au terme de cette audience, chaque partie a proposé un arbitre contre lequel la partie adverse n'a pas soulevé d'objection.

Le 14 juillet 2010, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Elle s'en remet à justice s'agissant du « respect du délai de 30 jours prévu à l'art. 6 al. 6 de l'Accord sur la commission paritaire ».

Le demandeur s'est encore déterminé les 4 janvier 2011 et 8 avril 2013, alors que la défenderesse s'est déterminée le 2 mai 2013. Chacune des parties a maintenu intégralement ses conclusions.

Le 13 janvier 2014, le Président du Tribunal arbitral des assurances a informé les parties du fait que sauf nouvelle réquisition dans un délai au 3 février 2014, le tribunal statuera sur le litige.

E n d r o i t :

1. a) Aux termes de l'art. 89 al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10), les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par un tribunal arbitral. Le tribunal arbitral compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (art. 89 al. 2 LAMal). Les cantons désignent le tribunal arbitral. Il se compose d'un président neutre et de représentants en nombre égal des assureurs d'une part, et des fournisseurs de prestations concernés, d'autre part. Les cantons peuvent confier les tâches du tribunal arbitral au tribunal cantonal des assurances complété, dans ce cas, par un représentant de chacune des parties (art. 89 al. 4 LAMal). Les cantons fixent la procédure qui doit être simple et rapide. Le tribunal arbitral établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 89 al. 5 LAMal). Dans le canton de Vaud, les règles de

procédure du Tribunal arbitral des assurances sont définies aux art. 113 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui renvoient pour l'essentiel aux dispositions relatives à l'action de droit administratif (art. 106 ss LPA-VD).

b) Le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud est compétent pour statuer sur la demande, compte tenu de la nature du litige et du fait que le demandeur est installé à titre permanent dans le canton de Vaud. Le demandeur n'était pas tenu de déposer sa demande dans le délai prévu par l'art. 6 al. 6 de l'Accord sur la commission paritaire, vu l'absence de proposition de conciliation par cette commission (art. 6 al. 5 de l'Accord sur la commission paritaire).

2. Les tarifs et les prix pratiqués par les fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues entre des fédérations, les organisations qui représentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral sont entendues avant la conclusion (art. 43 al. 4 LAMal).

En l'espèce, chacune des parties reconnaît à juste titre qu'au moment où les soins ont été prodigués et facturés par le demandeur, la rémunération de ses prestations était régie par la Convention tarifaire. Cette convention est donc applicable au présent litige, malgré la dénonciation ultérieure de cette convention par G. _____ (cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3).

3. Le demandeur se réfère à l'alinéa 1 du chiffre 7354 de la Convention tarifaire, d'après lequel le physiothérapeute a droit à une indemnité de déplacement/temps pour tout traitement effectué hors du cabinet, pour autant que le traitement à domicile soit prescrit par un

médecin. Il soutient que l'alinéa 5 de cette disposition ne vise que les cas dans lesquels un physiothérapeute pratique plusieurs traitements dans un hôpital, une clinique, un home pour personnes âgées ou un établissement médico-social. Il souligne que cet alinéa 5 parle de « traitements », au pluriel, alors que l'alinéa 1 n'évoquerait qu'un seul traitement. Toujours d'après le demandeur, une interprétation téléologique de cette disposition conduirait à admettre que l'exception à la prise en charge des frais de déplacement/temps pour tout traitement à domicile prescrit par un médecin (al. 1) ne concerne que les traitements multiples dans un hôpital, une clinique, un home pour personnes âgées ou un établissement médico-social. En effet, « si un physiothérapeute se déplace de son cabinet utilisé habituellement dans un autre établissement ambulatoire ou stationnaire dans lequel il traite dans un laps de temps bref plusieurs patients, il ne s'agit plus d'un traitement à domicile selon l'alinéa 1 de la position tarifaire 7354, mais d'un déplacement de sa propre activité en cabinet vers un autre lieu de traitement. Les frais occasionnés ne le sont pas pour un seul patient, mais pour plusieurs patients qui sont traités dans le cadre du déplacement. La facturation des frais de déplacement/temps par le biais d'un forfait par patient n'est alors pas justifiée ». Le demandeur estime, enfin, qu'il faut tenir compte, dans le cadre d'une interprétation téléologique du chiffre 7354 de la Convention tarifaire, du fait que depuis quelques années, la plupart des homes pour personnes âgées n'ont plus de physiothérapeutes attirés qui se rendent régulièrement dans l'établissement pour visiter plusieurs résidents.

4. a) Les conventions tarifaires passées entre les prestataires de soins et les assureurs-maladie conformément à l'art. 43 al. 4 LAMal sont des contrats de droit public soumis à l'approbation d'une autorité (art. 46 al. 4 LAMal). Elles reposent sur une manifestation concordante de volontés des parties contractantes (cf. TF 9C_413/2009 du 27 janvier 2010 consid. 7.2; cf. également Conseil fédéral, Décision du 27 juin 2001, in RAMA 2002 KV 215 p. 210). Le demandeur semble partir du principe qu'elles devraient être interprétées comme une norme législative, notamment selon la méthode d'interprétation téléologique. Conformément à la jurisprudence précitée, il y lieu de qualifier la Convention tarifaire de contrat de droit

public. Elle doit par conséquent être interprétée selon les règles développées pour ce type de contrats. Pour les questions générales du droit des contrats, les dispositions du CO (loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le code civil suisse [livre cinquième : droit des obligations]; RS 220) sont applicables par analogie (ATF 122 II 328 consid. 7b; 132 II 161 consid. 3.1 in fine). Il n'y a donc pas lieu de recourir aux règles d'interprétation valables pour les normes législatives (téléologiques, etc.). Par ailleurs, même si l'on voulait interpréter une convention tarifaire comme un texte normatif, à l'instar de ce qui se pratique pour l'interprétation de conventions collectives de travail, il faudrait tenir compte de la volonté des cocontractants et d'une interprétation de la convention fondée sur le principe de la confiance (ATF 136 III 283 consid. 2.3.1; 133 III 213 consid. 5.2; TF 4a_163/2012 du 27 novembre 2012 consid. 4.1).

b) En l'occurrence, le texte de la Convention tarifaire prévoit, au chiffre 7354 al. 1 un supplément pour indemnité de déplacement/temps en cas de traitement hors du cabinet formellement prescrit par le médecin. Il prévoit toutefois à son alinéa 5 qu'aucune indemnité n'est due pour les traitements ambulatoires et hospitaliers pratiqués dans un hôpital, une clinique, un home pour personnes âgées ou un établissement médico-social. On déduit aisément de ce texte que l'alinéa 5 prévoit une exception au principe général du paiement d'un supplément pour indemnité de déplacement/temps, prévu par l'alinéa 1 en cas de traitement à domicile sur prescription médicale, et que cette exception s'applique pour tous les traitements ambulatoires dans l'un des établissements mentionnés à l'alinéa 5. Rien dans le texte de l'alinéa 5 ne permet de conclure que cette exception serait limitée aux cas dans lesquels le même physiothérapeute pratiquerait plusieurs traitements le même jour pour un patient, ou dans lesquels il prodiguerait des soins à plusieurs patient dans l'établissement concerné. La seule mention du mot traitement, au pluriel, à l'alinéa 5, alors qu'il est utilisé au singulier à l'alinéa 1, ne permet pas une telle interprétation.

Si l'on se réfère aux motifs pour lesquels l'alinéa 5 du chiffre 7354 a été adopté par les parties à la Convention tarifaire, on peut admettre qu'il s'agissait de tenir compte du fait qu'à l'époque de la conclusion de la convention, de nombreux établissements mentionnés à cet alinéa disposaient d'un physiothérapeute attitré qui travaillait sur place ou qui s'y rendait régulièrement pour traiter plusieurs patients. Les parties contractantes ont donc considéré qu'il convenait d'exclure un supplément pour déplacement en cas de traitement dans l'un de ces établissements. Apparemment, de nombreux homes ne disposent plus de rapports privilégiés avec un physiothérapeute qui se rendrait régulièrement sur place pour traiter plusieurs pensionnaires le même jour. Il ne fait toutefois guère de doute qu'à l'époque de la conclusion de la convention déjà, certains physiothérapeutes se rendaient, au moins occasionnellement, dans des établissements médico-sociaux pour prodiguer des soins à un unique patient. Si les parties contractantes avaient voulu faire une exception à l'application de l'alinéa 5 pour ces cas particuliers, elles l'auraient prévue explicitement. Or, l'alinéa 5 du chiffre 7354 ne prévoit aucune exception à l'absence de facturation d'un supplément pour les soins prodigués de manière ambulatoire dans un hôpital, une clinique, un home pour personnes âgées ou un établissement médico-social. On voit mal, dans ces conditions, comment une interprétation téléologique du chiffre 7354 de la Convention tarifaire justifierait de facturer un supplément en cas de traitement à un unique pensionnaire par un physiothérapeute. Une interprétation contre le texte de l'alinéa 5 du chiffre 7354 ne saurait être justifiée par une évolution imprévisible des circonstances depuis la conclusion de la Convention tarifaire, dès lors que celle-ci peut être résiliée au 30 juin ou au 31 décembre de chaque année, moyennant un préavis de six mois, et qu'elle ne reste en vigueur qu'une année supplémentaire dans l'hypothèse où les parties ne trouveraient pas de nouvel accord contractuel pendant le délai de résiliation (art. 10 de la Convention tarifaire).

c) Les conventions tarifaires doivent être conformes à la loi et à l'équité (art. 46 al. 4 LAMal) ainsi qu'aux droits constitutionnels (art. 5 al. 3 et 9 Cst. [constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril

1999; RS 101]) et aux règles générales du droit. Ces exigences limitent la liberté de conclure des parties à la convention.

Le chiffre 7354 de la Convention tarifaire ne compromet pas les droits légaux des assurés résidants dans les établissements mentionnés à l'alinéa 5. En effet, cette disposition n'empêche ni les résidents de s'adresser à un physiothérapeute agréé, ni les physiothérapeutes de traiter ceux-ci. Conformément à la protection tarifaire prévue à l'art. 44 al. 1 LAMal, le thérapeute n'est pas autorisé à facturer aux résidents ses frais de déplacement. Du point de vue juridique, l'accès à la physiothérapie, respectivement le libre choix du fournisseur de prestations (art. 41 al. 1 LAMal), est donc garanti. Bien que les physiothérapeutes puissent avoir un intérêt diminué à traiter les résidents de ces établissements au vu de cette situation tarifaire, il apparaît peu vraisemblable que ces derniers soient de par ce fait coupés des soins de physiothérapie et qu'ils ne trouvent plus de thérapeutes disposés à les traiter. Certes, le choix risque, selon les circonstances, d'être limité. Cela ne suffit pas à qualifier d'illégal l'alinéa 5 du chiffre 7354 de la Convention tarifaire. Il appartient aux parties à la convention de remédier à d'éventuels déséquilibres tarifaires. Le juge ne doit, dès lors, s'immiscer dans un tarif conventionnel qu'avec beaucoup de circonspection et, en règle ordinaire, uniquement si l'application d'une position tarifaire désavantage ou favorise l'une des parties de manière manifestement contraire au droit ou si elle repose sur des considérations subjectives (ATF 125 V 101 consid. 3c et la référence citée).

Une position tarifaire est ainsi contraire au principe de l'équité (art. 46 al. 4 LAMal) si elle n'est pas défendable objectivement ou si elle désavantage ou favorise l'une des parties de manière manifestement contraire au droit (ATF 125 V 101 consid. 3c et la référence citée). Il découle du chiffre 7354 de la Convention tarifaire que les physiothérapeutes ne sont pas indemnisés pour le déplacement (temps et véhicule) en cas de traitement dans un des établissements prévus à l'alinéa 5, tandis qu'il le sont en cas de traitement à domicile du patient (al. 1). Selon la défenderesse, cette disposition a été introduite pour des

raisons d'économie administrative. En outre, elle a pour but de favoriser le regroupement des séances de physiothérapie dans ces établissements, ce qui diminue le problème tarifaire du déplacement. L'alinéa 5 constitue ainsi une mesure visant à augmenter l'économicité de la fourniture de prestations et correspond à l'objectif prévu à l'art. 56 al. 5 LAMal. Selon cette disposition, les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient dans les conventions tarifaires des mesures destinées à garantir le caractère économique des prestations. Au de ce qui précède, l'alinéa 5 du chiffre 7354 de la Convention tarifaire n'est pas contraire au droit et ne viole pas le principe d'équité.

Dans sa réplique, le demandeur fait également valoir que d'autres assureurs maladie ont pris en charge les frais de déplacements en cas de traitement d'un seul patient dans une institution. Toutefois, une telle prise en charge, à supposer qu'elle soit avérée, ne lie ni la défenderesse, ni le Tribunal arbitral de céans.

5. Compte tenu de ce qui précède, le demandeur ne peut exiger le paiement, par la défenderesse, d'un supplément pour indemnité de déplacement/temps, pour les soins prodigués à W. _____ en mai 2008. Il voit ses conclusions intégralement rejetées et supportera les frais de la procédure arbitrale, sans pouvoir prétendre à des dépens à la charge de la défenderesse (art. 45, 49 al. 1 et 55 al. 1 LPA-VD, par renvoi des art. 109 al. 1 et 116 LPA-VD). Les frais de procédure comportent l'émolument judiciaire perçu par le Tribunal cantonal, arrêté à 2'025 fr., ainsi que la rémunération des arbitres, qu'il y a lieu de fixer à 1'400 fr. par arbitre, soit un total de 4'825 francs. Ce montant est intégralement couvert par les avances de frais effectuées. La défenderesse, qui a versé une avance de frais de 2'000 fr, se verra rembourser par le demandeur un montant de 1'825 fr. et par le tribunal un montant de 175 francs.

**Par ces motifs,
le Tribunal arbitral des assurances
p r o n o n c e :**

- I. La demande est rejetée.

- II. Les frais de la procédure devant le Tribunal arbitral, arrêtés à 4'825 fr. (quatre mille huit cent vingt-cinq francs), soit :
 - 2'025 fr. (deux mille vingt-cinq francs) à titre d'émolument judiciaire,
 - 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à titre de rémunération des deux arbitres,sont mis à la charge de N. _____.

- III. L'avance de frais effectuée par la défenderesse lui sera partiellement restituée par le Tribunal arbitral, à raison de 175 fr. (cent septante-cinq francs).

- IV. N. _____ versera à la défenderesse un montant de 1'825 fr. (mille huit cent vingt-cinq francs) à titre de remboursement du solde de l'avance de frais qu'elle a effectuée.

Le président :

La greffière :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Christine Goetschy (pour N. _____),
- V. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement 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 :