

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 710 vom 25. März 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-03-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2010\\_\\_710](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2010__710)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 710 du 25 mars 2010

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 710 del 25 marzo 2010

### Regeste

AA, TRAITEMENT DES SUITES D'UN ACCIDENT, CARACTÈRE SCIENTIFIQUEMENT RECONNU | 10 al. 1 let. a LAA, 32 al. 1 LAMal, 33 LAMal, 56 al. 1 LPGA, 33 let. a OAMal, 33 let. c OAMal, 1 OPAS, 117 al. 1 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 25.03.2010 Arrêt / 2010 / 710

AA, TRAITEMENT DES SUITES D'UN ACCIDENT, CARACTÈRE SCIENTIFIQUEMENT RECONNU | 10 al. 1 let. a LAA, 32 al. 1 LAMal, 33 LAMal, 56 al. 1 LPGA, 33 let. a OAMal, 33 let. c OAMal, 1 OPAS, 117 al. 1 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD

TRIBUNAL CANTONAL AA 128/08 – 60/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES  
Arrêt du 25 mars 2010

Présidence de Mme Röthenbacher Juges : Mme Lanz Pleines et M. Perdrix, assesseur Greffier : M. Laurent \*\*\*\*\* Cause pendante entre : P. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Protekta Assurance de protection juridique SA, à Lausanne, et E. \_\_\_\_\_ SA, à Lausanne, intimée. \_\_\_\_\_ Art. 56 al. 1 LPGA; 32 al. 1, 33 LAMal; 33 let. a et c OAMal; 1 OPAS; 10 al. 1 let. a LAA; 93 al. 1 let. a et 117 al. 1 LPA-VD E n f a i t : A. P. \_\_\_\_\_, ressortissant italien né le 29 octobre 1973, s'est tordu le genou droit en disputant un tournoi de football, le 23 juin 2007, à [...]. Il a immédiatement consulté le H. \_\_\_\_\_, à Lausanne, où il a été examiné par la Dresse K. \_\_\_\_\_. Dès le 25 juin suivant, l'assuré s'est trouvé en incapacité de travail complète. Le 28 juin 2007, la société X. \_\_\_\_\_ SA, à Zurich, employeur de l'assuré, a annoncé l'accident du 23 juin précédent à l'assurance E. \_\_\_\_\_ SA, auprès de laquelle elle était affiliée. B. a) Dans un rapport du 5 juillet 2007 à la Dresse K. \_\_\_\_\_, le F. \_\_\_\_\_, à Lausanne, a indiqué que, deux semaines après l'accident, il y avait persistance d'une importante douleur du compartiment interne principalement. Il a conclu son rapport comme suit : "Rupture des ligaments croisés accompagnée par d'importants foyers contusionnels post-traumatiques, ceux-ci prédominant postérieurement sur le compartiment externe, les micro-fractures venant jusqu'au contact des surfaces articulaires, néanmoins sans discontinuité significative ni décrochement de celles-ci. Importante chondromalacie fémoro-tibiale interne (grade II-III) prédominant sur le condyle, accompagnée par de petites lésions dégénératives du condyle. Arthropathie tibio-péronière. Distorsion mineure du collatéral interne. Large épanchement avec plicae sus-patellaire lateralis et medialis et synovite aspécifique, certainement mécanique irritative." b) Le 10 septembre 2007, l'assuré a subi une opération consistant en une arthroscopie, une résection du clapet cartilagineux condyle fémoral interne, un forage selon Priddie et une plastie du

ligament croisé antérieur. Dans le protocole opératoire, le Dr B. \_\_\_\_\_, du H. \_\_\_\_\_, a indiqué que deux solutions pouvaient être envisagées pour la suite, à savoir pratiquer une ostéotomie de valgisation ou effectuer une allogreffe ostéocartilagineuse de tout le condyle. Ce médecin a précisé qu'aucune décision n'avait été prise à cet égard. c) Par lettre du 16 octobre 2007 au Dr V. \_\_\_\_\_, médecin-conseil d'E. \_\_\_\_\_ SA, le Dr B. \_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu son patient le 3 octobre précédent. Selon ce médecin, la seule possibilité reconstructive était de faire un transplant cartilagineux d'une culture de chondrocytes autologues. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a donc requis de l'assurance qu'elle se détermine sur la prise en charge d'une telle intervention. En annexe à cette lettre était joint un rapport médical intermédiaire du même médecin, qui avait posé le diagnostic d'entorse grave du genou droit, de déchirure du ligament croisé antérieur et de fracture cartilagineuse du condyle fémoral interne étendue. Par courriel du 23 octobre 2007, E. \_\_\_\_\_ SA a informé le Dr B. \_\_\_\_\_ du fait que son médecin-conseil avait refusé la prise en charge des greffes de cartilage. Selon une note établie par une collaboratrice d'E. \_\_\_\_\_ SA, lors d'un entretien téléphonique du 25 octobre 2007, l'assuré avait indiqué que la CNA avait pris en charge une opération identique à celle proposée par le Dr B. \_\_\_\_\_ et pratiquée sur un autre patient de ce médecin. P. \_\_\_\_\_ avait ajouté qu'un médecin du CHUV avait également préconisé une telle greffe dans son cas et qu'il entendait effectuer cette opération, avec ou sans l'accord de l'assurance. Par lettre du 29 octobre 2007 au médecin conseil d'E. \_\_\_\_\_ SA, le Dr B. \_\_\_\_\_ est revenu sur la " proposition " de l'assurance de pratiquer des greffes de culture de chondrocytes en milieu universitaire, indiquant toutefois que ni l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande ni le Service orthopédique des Hôpitaux Universitaires de Genève n'effectuaient de telles interventions. Ce médecin a ajouté que la CNA l'avait déjà autorisé à procéder à une opération de ce genre. C. a) Par décision du 5 novembre 2007, adressée notamment à l'assuré, E. \_\_\_\_\_ SA a refusé de prendre en charge l'opération des greffes de cartilage, ainsi que les éventuelles suites de cette intervention. Selon l'assurance, lors du Congrès de la Société Suisse d'Orthopédie, qui s'était tenu au mois de septembre 2007, il avait été indiqué que les greffes de cartilage se trouvaient au stade des tests expérimentaux et n'avaient pas encore fait leurs " preuves absolues " , de sorte qu'elles ne devaient donc pas être pris en charge par l'assurance-accidents obligatoire. b) L'assuré a subi une opération le 5 novembre 2007 à la clinique W. \_\_\_\_\_. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a pratiqué une arthroscopie du genou gauche, une prise de greffe cartilagineuse en vue de transplantation des chondrocytes autologues et une résection à minima des franges cartilagineuses cicatricielles. Les 5 et 6 novembre 2007, l'assuré a reçu des soins de la part du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et en médecine intensive. Selon une facture du 13 décembre 2007, les honoraires de ce médecin s'élevaient à 1'480 fr. au total. P. \_\_\_\_\_ a de nouveau été opéré le 22 novembre 2007 par le Dr B. \_\_\_\_\_, toujours à la clinique W. \_\_\_\_\_. Celui-ci a procédé à une arthrotomie du genou gauche, à une résection de néo-cartilage et à la mise en place de deux greffons de cartilage de culture autologue, d'une surface total de 9,5 cm<sup>2</sup> . L'assuré est resté hospitalisé jusqu'au 30 novembre 2007. Le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, a facturé son intervention lors de cette opération à hauteur de 420 francs. Le 28 novembre 2007, P. \_\_\_\_\_ a été pris en charge par l'atelier et magasin orthopédique T. \_\_\_\_\_ SA, dont l'intervention lui a été facturée à concurrence de 649 francs. c) Par lettre du 27 novembre 2007, l'assuré a fait opposition à la décision du 5 novembre précédent d'E. \_\_\_\_\_ SA. Dans une correspondance du 20 décembre 2007, P. \_\_\_\_\_ a motivé son opposition en faisant valoir qu'au vu des suites de l'accident du 23 juin 2007, il existait

peu de traitements susceptibles de lui être prodigués. Sur la base des indications du Dr B. \_\_\_\_\_, la greffe de culture de chondrocytes s'était avérée la solution la plus judicieuse et la plus indiquée médicalement. Enfin, selon l'assuré, la CNA avait reconnu qu'une intervention chirurgicale du genre de celle qu'il avait subie remplissait tous les critères de l'art. 10 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20), puisqu'elle l'avait autorisée pour d'autres assurés. Il a donc conclu à l'annulation de la décision du 5 novembre 2007 et à la prise en charge des suites des opérations des 5 et 22 novembre 2007. d) Dans un rapport médical du 3 juin 2008, le Dr B. \_\_\_\_\_ a noté que l'assuré allait mieux. Toutefois, le traitement de physiothérapie entrepris n'avait pas amené une amélioration notable de l'état du genou droit. Le médecin précité a indiqué qu'on se trouvait "devant un problème pratiquement insoluble" dans le domaine de la rééducation ambulatoire, puisque l'augmentation de la charge en physiothérapie amenait des douleurs et une inflammation du Sudeck, alors que le repos permettait une amélioration de l'état du patient mais empêchait une progression quelconque. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a conclu en proposant d'essayer un nouveau traitement de physiothérapie intensive dans le cadre d'une rééducation stationnaire. e) Le 24 juin 2008, E. \_\_\_\_\_ SA a rendu une nouvelle décision par laquelle elle a accepté de prendre en charge uniquement le traitement de physiothérapie prescrit à l'assuré, à savoir la prescription initiale, la première prolongation et la location d'un stimulateur Compex. Elle a en outre limité les indemnités journalières à trois mois après la première intervention du 10 septembre 2007, estimant que l'incapacité de travail subséquente n'était plus à la charge de l'assurance-accidents. A cet égard, elle s'est référée à l'avis de son médecin-conseil, selon lequel seule l'opération du 10 septembre 2007 était nécessaire. Le 3 juillet 2008, P. \_\_\_\_\_ a fait opposition à cette décision, estimant que l'opération de greffe de culture de chondrocytes satisfaisait aux conditions posées par l'art. 10 al. 1 LAA. Il a rappelé que la CNA avait pris en charge les suites d'une telle intervention chirurgicale et relevé que deux autres assurances semblaient d'accord d'entrer en matière pour des cas similaires. L'assuré a donc estimé que le traitement en question ne pouvait plus être considéré comme expérimental et devait être pris en charge par E. \_\_\_\_\_ SA. f) Par décision sur opposition du 30 octobre 2008, E. \_\_\_\_\_ SA a considéré que les greffes de cartilage constituaient un test expérimental qui n'avait pas encore fait ses preuves. L'assurance a indiqué que le Dr G. \_\_\_\_\_, chirurgien FMH et spécialiste de la question litigieuse, avait expliqué, lors du dernier Congrès annuel de la Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie qui s'était tenu au mois de septembre 2007, que la greffe de cartilage se trouvait à un stade expérimental et ne devait pas être assumée par l'assurance-accidents. Elle avait certes été prise en charge dans de rares cas, dans un but expérimental, mais cela ne pouvait contraindre E. \_\_\_\_\_ SA à retenir que les conditions de l'art. 10 al. 1 LAA étaient réunies. L'assurance a encore relevé qu'à la consultation du 3 juin 2008 du Dr B. \_\_\_\_\_, aucune "amélioration spectaculaire" de la situation de l'assuré n'avait été constatée, alors qu'il s'était écoulé sept mois depuis l'opération. Sur la base de ces considérations, l'opposition de l'assuré a été rejetée et la décision du 24 juin 2008 confirmée. D. a) P. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances par acte du 26 novembre 2008, concluant, avec suite de dépens, à sa réforme en ce sens que toutes les suites de l'accident du 23 juin 2007 sont prises en charge par E. \_\_\_\_\_ SA. En substance, le recourant considère que les graves conséquences de l'accident du 23 juin 2007 sur sa santé ne laissaient que peu de possibilités d'intervention et qu'une greffe de culture de chondrocytes était la solution la plus adaptée et la plus indiquée sur le plan médical. Il soutient que les suites des interventions des 5 et 22 novembre 2007

sont "fort satisfaisantes" , de sorte qu'il estime que les conditions de l'art. 10 al. 1 LAA sont remplies, selon lui. Le recourant souligne encore que d'autres assurances, notamment la CNA, ont pris en charge des cas similaires au sien, non pas à titre expérimental mais en raison du jeune âge des patients et de leur état de santé. b) Dans sa réponse du 12 janvier 2009, E. \_\_\_\_\_ SA a conclu au rejet du recours déposé par P. \_\_\_\_\_. Elle relève qu'il n'existe pas de preuves scientifiques qu'une valgisation simple aurait une espérance de vie inférieure à une valgisation suivie d'une greffe de cartilage. Selon l'intimée, le cas du recourant n'est pas stabilisé et il subsisterait des épanchements et des douleurs. E. \_\_\_\_\_ SA estime en outre que le jeune âge du recourant ne justifie pas la prise en charge d'un traitement onéreux dont l'efficacité n'est pas encore reconnue. L'intimée fait encore valoir que la greffe ostéocondrale en mosaïque pour couvrir des lésions du tissu osseux ou cartilagineux et la greffe autologue de chondrocytes ne constituent pas des traitements obligatoirement à charge de l'assurance-maladie selon l'annexe 1 de l'OPAS (ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie; RS 832.112.31), puisqu'ils ne répondent pas aux conditions de l'art. 32 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10). Ce refus de pris en charge est effectif depuis 2002 et n'a pas été remis en cause, selon l'intimée. c) Par lettre du 13 février 2009, le recourant a réaffirmé que les suites des opérations des 5 et 22 novembre 2007 étaient satisfaisantes. A cet égard, il a produit un rapport médical du 13 février 2009 du Dr B. \_\_\_\_\_, dont il ressortait que, lors d'une consultation du 22 octobre 2008, le recourant se portait bien et ne souffrait d'aucune douleur ou de gêne du compartiment interne. La mobilité était complète et la palpation du condyle interne était complètement indolore. Les rayons X et l'imagerie par résonance magnétiques avaient montré une bonne intégration de la greffe. Le Dr B. \_\_\_\_\_ estimait que le résultat était "exemplaire" . d) Le 2 mars 2009, l'intimée a produit une note manuscrite de son médecin-conseil au sujet du rapport médical du 13 février précédent du Dr B. \_\_\_\_\_. Cette note indiquait ce qui suit : " Que le cas évolue bien pour le moment était prévisible et souhaité, sinon il n'y avait aucune indication opératoire. Le résultat de cette bonne évolution est-il dû à l'ostéotomie ou à la greffe ? Car, je le rappelle, une double opération a été effectuée [valgisation puis greffe cartilagineuse]. On sait très bien que médicalement l'ostéotomie donne des bons résultats jusqu'à 10 ans de recul au moins. Pour la greffe, on n'en sait rien mais les études semblent plutôt montrer une dégradation de cette dernière entre 3 et 5 (ans) post opération. Or, dans ce cas, on n'y est pas encore. On n'a donc pas la preuve que la greffe va fonctionner au long cours et on ne sait pas vraiment quelle a été son utilité." e) Par lettre du 23 mars 2009, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas de déterminations particulières à formuler ensuite de l'écriture du 2 mars précédent de l'intimée. Dans une lettre du 13 août 2009, le recourant a relevé qu'une facture de 30'000 fr. de la clinique W. \_\_\_\_\_ se trouvait en suspens en raison de la présente procédure de recours. E n d r o i t : 1. a) Selon l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal cantonal des assurances du canton du domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la

procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Le recours de P. \_\_\_\_\_, bien que déposé avant l'entrée en vigueur de cette loi le 1<sup>er</sup> janvier 2009, y est soumis, conformément à l'art. 117 al. 1 LPA-VD. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour connaître de la présente affaire (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Selon une lettre du 13 août 2009 du recourant, la facture de la clinique W. \_\_\_\_\_ s'élève à 30'000 francs. Est également en cause la prise en charge des autres suites des interventions des 5 et 22 novembre, en particulier les factures des Drs M. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_. La valeur litigieuse est donc supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cour doit être composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]).

c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

d) Le recourant, de nationalité italienne, est domicilié en Suisse et y travaille. Il convient donc d'appliquer la législation suisse (art. 4 al. 1 de la Convention entre la Confédération Suisse et la République Italienne relative à la sécurité sociale; RS 0.831.109.454.2).

2. a) Le recourant conteste l'appréciation de l'intimée selon laquelle le traitement par greffe de culture de chondrocytes qui lui a été prodigué n'entre pas dans la catégorie des soins devant être pris en charge par l'assurance-accidents obligatoire. Il estime qu'il s'agissait du seul traitement approprié à sa situation. Il fait encore valoir que les suites des opérations des 5 et 22 novembre 2007 sont bonnes. Dès lors, il considère que ce traitement était adéquat et qu'il répondait aux exigences légales.

b) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf dispositions contraires, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b), au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c), aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) et aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). Le droit au traitement ne comprend pas toutes les mesures médicales imaginables mais uniquement celles qui, par des moyens adéquats, sont nécessaires à la guérison de l'atteinte à la santé; il s'ensuit que lesdites mesures doivent, suivant l'art. 54 LAA, se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement (TF 8C\_343/2009 du 9 décembre 2009, destiné à publication, c. 4.1; ATF 109 V 43 c. 2a). Le traitement doit non seulement être approprié, c'est-à-dire adéquat, mais également économique. Enfin, le traitement doit être scientifiquement reconnu. L'assuré n'a donc pas droit à la prise en charge de traitements expérimentaux, pas plus d'ailleurs que l'assureur ne saurait lui imposer de tels traitements (Frésard/Moser-Szeless, Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> éd., L'assurance-accidents obligatoire, nn. 142 et 283).

c) L'assurance-maladie obligatoire prévoit un système de prise en charge des prestations, lesquelles comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire par des médecins (art. 25 al. 2 let. a ch. 1 LAMal), similaire à celui de l'assurance-accidents obligatoire, puisque ces prestations doivent remplir les exigences d'efficacité, d'adéquation et du caractère économique prévus à l'art. 32 al. 1 LAMal. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (ATF 133 V 115 c. 3.1). Pour garantir que les traitements remplissent les exigences mentionnées ci-dessus, l'art. 33 LAMal prévoit un système pour

désigner les prestations susceptibles d'être prises en charge. Ce système distingue selon le type de fournisseurs de prestations et/ou selon la nature de la prestation dispensée; il est concrétisé par l'art. 33 OAMal (ATF 134 V 83 c. 4.1). Aux termes de cette disposition, le département désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations fournies par les médecins ou les chiropraticiens dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions (let. a). Il désigne également les prestations nouvelles ou controversées dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation et détermine les conditions et l'étendue de la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins (art. 33 let. c OAMal). Figurent dans l'annexe 1 à l'OPAS les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal, qui ont été examinées par la Commission fédérale des prestations générales et des principes de l'assurance-maladie (art. 1 OPAS). Selon cette annexe, la greffe autologue de chondrocytes n'est pas prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Cette exclusion explicite de la prise en charge de la greffe autologue de chondrocytes figurant dans l'OPAS signifie que l'efficacité d'un tel traitement n'est pas reconnue et, partant, pas démontrée par des méthodes scientifiques. La même appréciation s'impose en matière d'assurance-accidents, vu la similitude des critères des art. 10 al. 1 LAA et 32 al. 1 LAMal. Le traitement choisi par le recourant ne satisfait dès lors pas aux conditions de l'art. 10 al. 1 LAA et les suites des opérations des 5 et 22 novembre 2007 n'avaient pas à être prises en charge par l'assurance intimée. Le fait que certaines assurances, telle la CNA, auraient assumé des cas similaires à celui de recourant, outre qu'il n'a pas été prouvé, ne modifie en rien cette appréciation, puisqu'on ignore dans quelles conditions cette prise en charge aurait été ordonnée. Enfin, la bonne évolution de l'état de santé du recourant ne justifie pas à elle seule de retenir que le traitement satisfaisait aux conditions légales de prise en charge par l'assurance. 3. En définitive, le recours interjeté par P.\_\_\_\_\_ apparaît mal fondé et doit être rejeté. En conséquence, la décision entreprise est confirmée. La procédure étant gratuite, il n'est pas mis de frais à la charge du recourant (art. 61 al. 1 let. a LPGA). Il n'y a pas lieu à allocation de dépens (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé par P.\_\_\_\_\_ le 26 novembre 2008 est rejeté. II. La décision rendue le 30 octobre 2008 par E.\_\_\_\_\_ SA est confirmée. 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 : ■ Protekta Assurance de protection juridique SA (pour P.\_\_\_\_\_), ■ E.\_\_\_\_\_ SA, - Office fédéral de la santé publique (AA), 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.