

VD_GERICHTE ZA20.011701 vom 1. Februar 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-02-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA20.011701

FR: VD_GERICHTE ZA20.011701 du 1 février 2022

IT: VD_GERICHTE ZA20.011701 del 1 febbraio 2022

Erwägungen

E. 1

a) La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 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 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 de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

- 7 - 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).

E. 2

Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a été victime d'un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA, respectivement si les traitements et analyses dont celui-ci a bénéficié en [...] doivent être pris en charge par l'intimée.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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. 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

- 8 - 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). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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, 129 V 402 consid. 2.2 et les références citées). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées).

E. 4

Symptômes persistants, invalidants pour le patient dans son activité quotidienne, pendant plus de six mois après la fin d'un traitement antibiotique adéquat, avec un ou plusieurs des symptômes suivants : fatigue, arthralgies, myalgies, dysfonction cognitive objectivée, troubles radiculaires ;

E. 5

Début des troubles compatible avec l'évolution de la borréliose de Lyme ; c'est-à-dire début des symptômes pendant la borréliose de Lyme aiguë ou immédiatement après, généralement dans les six mois après le début documenté et étayé de la borréliose de Lyme ;

E. 6

Des signes objectifs au status clinique général ou neurologique ne constituent pas un critère préalable au diagnostic ;

E. 7

Exclusion systématique et exhaustive d'autres maladies neurologiques, rhumatologiques ou autres ;

E. 8

Exclusion de maladies psychiatriques ou d'un état obsessionnel. 5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement

- 10 - 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). b) 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). 6. a) En l'occurrence, il est constant qu'il n'existe aucune preuve directe, faute de constatation de l'existence d'un érythème migrant, que le recourant a été victime d'une morsure de tique en 2016 (cf. rapport du 17 juin 2020 du Dr J. _____, rapport du 10 mars 2021 du Dr X. _____ et rapport du 2 octobre 2021 de la Dre S. _____). A cet égard, le recourant ne saurait rien tirer de la « liste des symptômes » du 10 avril 2017 du Dr B. _____. En effet, ce médecin, s'il a bien indiqué que l'emplacement

- 11 - de la pique se situerait sur la tête, a également mentionné ne pas avoir constaté d'érythème migrant. De fait, la survenance d'un tel événement n'a été que supposée en raison du diagnostic de borréliose de Lyme posé par le Dr X. _____, lequel s'est fondé sur la présence, chez son patient, d'une symptomatologie consistant en fièvre récurrente, polyarthralgies, myalgies diffuses, fatigabilité, manque de concentration et de motivation (cf. rapport du 10 mars 2021 du Dr X. _____). Ce diagnostic a ensuite été confirmé par la Clinique L. _____ ainsi que par la Dre S. _____, dans son rapport du 2 octobre 2021. b) Les Drs J. _____, dans son rapport du 17 juin 2021, et Z. _____, dans son rapport du 13 septembre 2021, ont, sur la base des sérologies de dépistage effectuées pour la maladie de Lyme, considéré que le diagnostic de maladie de Lyme ne pouvait être retenu chez le recourant. En effet, selon le Dr Z. _____, les examens réalisés en Suisse, en date des 5 juillet et 15 septembre 2016, ont montré des IgG (immunoglobulines G) négatifs ainsi que des IgM (immunoglobulines M) positifs avec un Western Blot totalement négatif pour les IgG et les IgM (cf. rapport établi par le laboratoire R. _____). Compte tenu de l'exposition au mois de mars 2016 et d'une symptomatologie non-aigüe – soit en l'absence d'un érythème migrant, mais en présence de symptômes systémiques –, la sérologie en IgG aurait dû être positive en cas d'exposition avérée. Il s'agissait ainsi d'un faux positif en IgM, de sorte que le recourant ne remplissait pas les critères d'un diagnostic avéré de la borréliose. Le Dr J. _____ est d'ailleurs arrivé aux mêmes conclusions. Le Dr Z. _____ a encore ajouté que les examens sérologiques répétés en date du 11 avril 2017 en Suisse s'avéraient superposables à ceux présentés en 2016 (voir le rapport du 18 avril 2017 du laboratoire V. _____). Les résultats des analyses effectuées en [...] – non reconnues par la Société suisse d'infectiologie – s'étaient au final également avérés négatifs (limites ; voir les rapports des 8 mars, 6 juillet, 4 octobre et

E. 10

novembre 2017 du laboratoire de la Clinique L. _____).

- 12 - c) Pour sa part, la Dre S. _____, dans son rapport du 2 octobre 2021, estime, à la lumière de diverses analyses (examen neurologique, imagerie par résonance magnétique cérébrale, examens de laboratoire, ponction lombaire), de particularités génétiques du recourant et de divers articles de doctrine médicale, qu'ils existent plusieurs indices laissant à penser que le recourant aurait développé une maladie de Lyme (présence de bandes oligoclonales dans le LCR, prédisposition génétique HLA, présence de coïnfections [rickettsia conorii ; chlamydia pneumoniae]). Pour autant, le raisonnement développé par la Dre S. _____ est construit dans une très large mesure sur de simples hypothèses, lesquelles ne permettent cependant pas de retenir, faute d'éléments clairement objectivés, l'existence d'une borréliose de Lyme. d) Dans ces conditions, il y a lieu de considérer qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a été victime d'une morsure de tique à l'origine d'une maladie de Lyme et, partant, d'un accident au sens de la LAA. 7. Dans l'hypothèse où l'existence d'une morsure de tique à l'origine d'une maladie de Lyme et, partant, d'un accident au sens de la LAA devait néanmoins être reconnue, le recours devrait en tout état de cause être rejeté. a) En Suisse, la prise en charge des soins de santé par les outils collectifs de financement (assurance-maladie, assurance-accidents, assurance-invalidité) est gouvernée par le principe de la territorialité. En vertu de ce principe, seules les prestations dispensées en Suisse sont, en règle générale, prises en charge par les assurances sociales ; certaines situations particulières permettent néanmoins des exceptions. b) S'agissant de l'assurance-accidents, l'art. 10 al. 1 LAA prévoit que l'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même

- 13 - qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b), ainsi qu'au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (let. c). L'alinéa 3, 1ère phrase, de cette disposition précise que le Conseil fédéral peut définir les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance et limiter la couverture des frais de traitement à l'étranger. Faisant usage de la délégation de compétence de l'art. 10 al. 3 LAA, le Conseil fédéral a édicté l'art. 17 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), selon lequel les frais occasionnés par un traitement médical nécessaire subi à l'étranger sont remboursés jusqu'à concurrence du double du montant de ceux qui auraient résulté d'un traitement en Suisse. Bien que la notion d'urgence ne soit pas expressément mentionnée dans la loi, le critère de la nécessité implique que seuls les soins permettant à la personne assurée de rentrer en Suisse pour y poursuivre le traitement sont à charge de l'assurance sociale (ANNE- SYLVIE DUPONT, Les soins dispensés hors des frontières cantonales et nationales, in Mobilité et migration : impacts pour le droit de la santé, Berne 2019, p. 121). Ne sont ainsi pas couverts par l'assurance-accidents – sous réserve de dispositions expresses d'une convention internationale – les soins dispensés à un assuré suisse qui se rend volontairement à l'étranger pour bénéficier d'un traitement programmé (KASPAR GEHRING, in KVG/UVG Kommentar, 2018, n. 18 ad art. 10 LAA). Pour une partie de la doctrine (KASPAR GEHRING, op. cit., n. 18 ad art. 10 LAA), il y a lieu d'appliquer par analogie les dispositions en matière d'assurance-maladie. Selon l'art. 34 al. 2, 1ère phrase, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger

pour des raisons médicales. Cette dernière notion doit être interprétée restrictivement (ATF 134 V 330

- 14 - consid. 2.4). Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 de l'ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102), intitulé "Prestations à l'étranger". Selon l'alinéa 1er de cette disposition, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 de la LAMal dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse (une liste de ces prestations n'a cependant pas été établie ; cf. ATF 131 V 271 consid. 3.1 ; 128 V 75). Une exception au principe de la territorialité selon l'art. 36 al. 1 OAMal, en corrélation avec l'art. 34 al. 2 LAMal, n'est admissible que dans deux éventualités du point de vue de la LAMal. Ou bien il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse ; ou bien il est établi, dans un cas particulier, qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, comporte pour le patient des risques importants et notablement plus élevés. Il s'agira, en règle ordinaire, de traitements qui requièrent une technique hautement spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante. En revanche, quand des traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et qu'ils correspondent à des protocoles largement reconnus, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge d'un traitement à l'étranger en vertu de l'art. 34 al. 2 LAMal. C'est pourquoi les avantages minimes, difficiles à estimer ou encore contestés d'une prestation fournie à l'étranger, ne constituent pas des raisons médicales au sens de cette disposition ; il en va de même du fait qu'une clinique à l'étranger dispose d'une plus grande expérience dans le domaine considéré (ATF 134 V 330 consid. 2.3 ; 131 V 271 consid. 3.2 et les références ; TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.1 ; RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2). Dans ces circonstances, l'assuré n'a également pas droit au remboursement d'un montant équivalent aux frais qui auraient été occasionnés si le traitement avait eu lieu en Suisse (pas de droit à la substitution de la prestation ; ATF 131 V 271 consid. 3.2 ; 126 V 330 consid. 1b).

- 15 - c) Conformément à l'art. 71 al. 2 OLAA, les assureurs remboursent les médicaments, les spécialités pharmaceutiques et les analyses de laboratoire d'après les listes qui ont été établies conformément à l'art. 52 al. 1 LAMal. Tant la liste des analyses (LA ; art. 52 al. 1 let. a ch. 1 LAMal ; art. 34 et art. 60 à 62 OAMal ; art. 28 de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins [OPAS ; RS 832.112.31] ; annexe 3 à l'OPAS) que la liste des médicaments avec tarifs (LMT ; art. 52 al. 1 let. a ch. 2 LAMal ; art. 34 et 63 OAMal ; art. 29 OPAS ; annexe 4 à l'OPAS), la liste des spécialités (LS ; art. 52 al. 1 let. b LAMal ; art. 34 et art. 64 à 75 OAMal ; art. 30 à 38 OPAS) et la liste des appareils et moyens (LiMA ; art. 52 al. 1 let. a ch. 3 LAMal ; art. 33 let. e OAMal ; art. 20 à 24 OPAS ; annexe 2 à l'OPAS) constituent des listes positives de prestations. Celles-ci ont pour caractéristique d'être à la fois exhaustives et contraignantes, parce que les assureurs-maladie ne peuvent, en vertu de l'art. 34 al. 1 LAMal, prendre en charge que les prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal. En d'autres termes, le système légal exclut la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une prestation sous forme d'analyse, de médicament ou encore d'appareil ou de moyen, qui n'est pas mentionnée dans la LA, respectivement la LMT, la LS ou la LiMA (pour les analyses : TFA K 55/05 du 24 octobre

2005 consid. 1.3 ; pour les médicaments : ATF 136 V 395 consid. 5.1 ; 134 V 83 consid. 4.1 ; 131 V 349 consid. 2.2 ; 130 V 532 consid. 3.4 ; voir également TFA K 156/01 du 30 octobre 2003 consid. 3.2.1, in RAMA 2004 n° KV 272 p. 109, et K 63/02 du 1er septembre 2003 consid. 3.2, in RAMA 2003 n° KV 260 p. 299 ; pour les appareils et moyens : ATF 136 V 84 consid. 2.2 ; voir également TF 9C_216/2012 du 18 décembre 2012 consid. 2.2, in SVR 2013 KV n° 12 p. 60 ; TF 9C_92/2012 du 12 avril 2012 consid. 4.1, in SVR 2012 KV n° 19 p. 69 ; TFA K 157/00 du 5 novembre 2001 consid. 3b, in RAMA 2002 n° KV 196 p. 7). Le principe de territorialité est applicable dans le domaine des analyses médicales en laboratoire. La prise en charge par l'assurance

- 16 - obligatoire des soins des coûts d'une analyse réalisée à l'étranger n'est possible que si cette dernière figure dans la liste des analyses, avec une annotation correspondante concernant sa réalisation à l'étranger. Si tel n'est pas le cas, l'analyse ne représente pas une prestation obligatoire de l'assurance obligatoire des soins (cf. la prise de position de l'OFAS [Office fédéral des assurances sociales] du 19 décembre 2003 relative à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des analyses de laboratoire effectuées à l'étranger ; la lettre-circulaire de l'OFSP [Office fédéral de la santé publique] du 24 juillet 2013 relative à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des analyses de laboratoire effectuées à l'étranger ; la réponse du Conseil fédéral à une interpellation du Conseiller national Grüter du 25 septembre 2018 [18.3831 – Analyses effectuées par les grands laboratoires. Tarifs selon la LAMal et liste des analyses]). 8. a) A titre liminaire, il y a lieu de constater qu'il n'est pas nécessaire d'examiner la question de la prise en charge du traitement et des analyses de manière séparée, dès lors que la réalisation des analyses était indissociable du traitement mis en œuvre au sein de la Clinique L._____ et s'inscrivait dans une solution thérapeutique globale. Au contraire, il se justifie dans le cas d'espèce d'examiner la problématique à la seule lumière des principes développés en matière de traitement médical subi à l'étranger. Ce constat a pour corollaire que la question de savoir si tout ou partie des analyses mises en œuvre en [...] sont validées ou non par la communauté scientifique (cf. rapport du Dr Z._____ du

E. 13

septembre 2021, a indiqué que le traitement admis pour traiter les symptômes liés à la borréliose de Lyme consistait principalement en de la physiothérapie, de la psychothérapie et des médicaments antalgiques. Il a expliqué que le traitement proposé à la Clinique L._____ (traitement antibiotique prolongé, couplé ou non avec de la médecine douce) n'était pas reconnu par la communauté scientifique et médicale, au motif qu'il n'y avait pas d'étude randomisée évaluant l'efficacité de ce traitement sur des cas prouvés et bien documentés avec une(des) mesure(s) objective(s) de l'efficacité du traitement. L'absence de prise en charge par la sécurité sociale allemande vient d'ailleurs confirmer ce point. Pour sa part, le Dr X._____ se contente d'affirmer qu'en Suisse, il n'existerait pas de consensus sur la manière de diagnostiquer, respectivement de traiter la maladie de Lyme et qu'il n'y aurait pas de spécialiste pouvant s'occuper exclusivement de cette maladie (cf. rapports des 12 mars 2018 et 10 octobre 2019). Les sources auxquelles se réfère ce médecin (« plusieurs collègues spécialistes sur le sujet », « différents colloques et conférences » auxquels il avait participé et des « émissions TV de large public » ; voir les rapports des 19 juillet 2017 et 10 octobre 2019) ne permettent pas d'exclure l'existence en Suisse de solutions thérapeutiques adaptées. D'ailleurs, la Dre S._____, si elle a relevé les diversités des pratiques nationales, n'a aucunement conclu à l'absence de possibilités de traitement ou de

spécialistes en la matière en Suisse (cf. rapports des 27 février 2020 et 2 octobre 2021). Quant au fait que le traitement ait produit des résultats positifs chez le recourant, il ne saurait suffire à justifier sa prise en charge par l'assureur-accidents (cf. rapports des 19 juillet et 2 octobre 2017 du Dr X._____).

- 18 - c) Force est donc de constater que les conditions posées à la prise en charge des traitements et analyses effectués à l'étranger par le recourant ne sont pas remplies en l'espèce. 9. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises, soit notamment l'audition des médecins traitants du recourant, la mise en œuvre d'une expertise et la production par l'intimée de données relatives aux coûts des traitements de la maladie de Lyme en Suisse (appréciation anticipée des preuves ; TF 8C_253/2020 du 12 novembre 2020 consid. 3.2 et les références citées). En outre, on voit mal en quoi une expertise permettrait la mise en œuvre de mesures qui n'auraient pas déjà été réalisées par les médecins consultés, respectivement d'établir la preuve de la morsure de tique invoquée par le recourant. 10. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 17 février 2020 confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, le juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 17 février 2020 par Q._____, est confirmée.

- 19 - III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens. Le juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Me Guillaume Etier (pour P._____), - Q._____, - 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 :

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