

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 juin 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Donoso Moreta

* * * * *

Cause pendante entre :

H._____, à Pully, recourant,

et

ASSURANCE L._____, à Berne, intimée, représentée par Me Bernard Geller, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. **a)** H. _____ (ci-après: le recourant), de nationalité suédoise, né en 1972, est employé d'une société d' [...] depuis le 1^{er} mai 2006. A ce titre, il est assuré auprès de assurance L. _____, pour les accidents professionnels et non professionnels.

b) Le 25 avril 2007, alors qu'il se trouvait en Grèce, le recourant a glissé dans les escaliers d'un hôtel et s'est blessé à la cheville gauche. Il a consulté sur place un médecin qui a attesté d'une lésion post-traumatique de la cheville gauche et ordonné un traitement à base d'anti-inflammatoires.

De retour en Suisse, le recourant a été pris en charge par le service de traumatologie de l'Hôpital cantonal Y. _____, entre le 27 avril et le 7 juin 2007. Dans le certificat médical LAA du 27 avril 2007, le médecin responsable de ce service a constaté une distorsion de la cheville gauche avec lésion ligamentaire. Il a fait poser, après dégonflement, un plâtre non rigide (softcast) en vue d'immobiliser la cheville blessée. Ce médecin a attesté d'une incapacité totale de travail entre le 27 et le 30 avril 2007. La assurance L. _____ a pris en charge le sinistre et a versé des indemnités journalières.

c) Souffrant toujours de sa cheville, le recourant a consulté le Dr T. _____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine du sport, le 30 juillet 2007. Ce médecin a diagnostiqué une entorse de la cheville gauche avec petit arrachement sous-malléolaire et ordonné un traitement à base d'AINS (anti-inflammatoire non stéroïdien) et de physiothérapie.

Une IRM effectuée le 6 août 2007 a mis en évidence un aspect compatible avec un arrachement sous-malléolaire interne, une chondropathie tibio-astragalienne de grade II, ainsi que des remaniements post-traumatiques du faisceau tibio-talaire postérieur du ligament

deltoïde. Un examen par échographie effectué le 20 août 2007 a révélé la présence de névromes de Morton au niveau de l'avant-pied gauche.

Le 21 janvier 2008, le Dr T._____, constatant la persistance de douleurs au pied gauche du recourant, a préconisé le port de semelles orthopédiques et a suggéré de pratiquer une infiltration de la cheville auprès du Dr J._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Un nouvel examen IRM a été effectué le 29 janvier 2008. Les clichés n'ont pas confirmé les névromes mais un aspect compatible avec une bursite sous la tête des 2^e et 3^e métatarsiens. Une opération a été agendée pour le début du mois de février 2008 mais le recourant y a renoncé.

Le 20 février 2008, un nouvel examen échographique a été pratiqué sur la cheville du recourant. Cet examen a révélé un conflit métatarsien au détriment des 2^e et 3^e espaces, ainsi que la présence d'une bursite et a confirmé l'existence d'un névrome de Morton comblant la 3^e commissure. Dans un certificat médical LAA du 28 mai 2008, le Dr J._____ a posé le diagnostic d'arthropathie tibia-astragale et d'une névralgie de l'avant-pied. Dans ce même certificat, ce médecin a précisé que les atteintes présentées par le recourant ne résultaient pas de maladie ou d'accidents.

d) La assurance L._____ a soumis le dossier médical du recourant au Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour appréciation. Le 10 juin 2008, le Dr N._____ a établi un rapport, duquel il ressortait notamment ce qui suit:

« Ces deux pathologies, soit les névromes de Morton et les bursites plantaires des têtes métatarsiennes, sont des affections malades, fréquemment associées à des troubles statiques de l'avant-pied.

Quant à la distorsion de la cheville, elle ne semble pas avoir été très importante, selon les constatations de l'IRM d'août 2007 et le fait que l'assuré n'a pas été mis au bénéfice d'un arrêt de travail. Une telle distorsion guérit en quelques mois, selon la pratique médicale.

Je considère donc qu'une corrélation peut être admise jusqu'à fin août 2007, entre l'accident et la clinique, soit jusqu'au moment où les

investigations entreprises ont permis de confirmer l'affection malade de l'avant-pied.

Après fin août 2007, soit quatre mois après l'accident, ce n'est plus la distorsion qui intervient, mais l'état antérieur, à savoir les bursites plantaires et les névromes de Morton ».

B. a) Sur la base de cet avis médical, l'intimée a refusé, par décision du 24 juin 2008, de prendre en charge le cas après le 31 août 2007, mettant un terme aux indemnités journalières dès cette date.

Par courrier du 10 juillet 2008, le recourant a contesté la prise de position de l'intimée, soutenant que c'était l'immobilisation due au plâtre qui était à l'origine de ses problèmes de névralgie et que, dès lors, il appartenait à l'intimée de prendre en charge son cas.

Par décision du 31 juillet 2008, l'intimée a confirmé la fin des prestations au 31 août 2007.

b) Le 6 septembre 2008, le recourant a fait opposition à la décision de l'intimée et a produit une attestation médicale du 28 août 2008 du Dr J._____. Selon ce dernier, il convient de retenir, après étude du dossier médical fourni par l'Hôpital cantonal d'Y._____, qui contient un descriptif d'un important hématome et d'une tuméfaction de l'avant-pied, ainsi que la nécessité d'immobilisation plâtrée pendant quelques semaines par une botte jambièrre, que le conflit intermétatarsien et l'évolution d'une névralgie de Morton est en liaison directe avec le traumatisme subi par le recourant.

Par courrier du 8 octobre 2008, le recourant a complété son opposition en précisant qu'il contestait l'avis médical du 10 juin 2008 du Dr N._____, car ce dernier n'avait pas tenu compte du fait qu'il avait dû être plâtré pendant 6 semaines et que cette immobilisation était à l'origine de ses problèmes de névralgies, comme le confirmait le Dr J._____ dans son attestation du 28 août 2008.

Par courrier du 2 décembre 2008, assurance L._____ a soumis le courrier du 8 octobre 2008 du recourant, ainsi que l'attestation du 28 août 2008 du Dr J._____, au Dr N._____, en lui demandant si les éléments évoqués dans ces documents étaient de nature à modifier ses conclusions du 10 juin 2008.

Dans un rapport complémentaire du 17 décembre 2008, le Dr N._____ a répondu notamment ce qui suit:

« Les deux rapports d'Y._____ ne mentionnent qu'une lésion ligamentaire de la cheville et aucune lésion de l'avant-pied. On y mentionne certes une enflure du pied, qui accompagne toute lésion de la cheville, mais on précise qu'on a attendu le dégonflement ("Abschwellung") avant de poser un plâtre non rigide ("Softcast").

Ces précautions prises, il est tout à fait impossible qu'il ait pu se produire une "compression" notable de l'avant-pied. Les compressions importantes dans un plâtre sont très douloureuses: elles obligent à l'ablation ou à l'ouverture du plâtre. Les complications qu'elles provoquent sont des escarres, des syndromes de loge ou des thromboses.

Ni dans mon expérience personnelle, ni dans la littérature que j'ai consultée, je n'ai vu que la pose d'un plâtre sur un avant-pied sans lésion, puisse conduire à un conflit intermétatarsien et une névralgie de Morton.

L'étiologie des bursites métatarsiennes et de la névralgie de Morton n'est pas clairement établie. On connaît des fractures favorisant notamment les troubles statiques de l'avant-pied. Une origine traumatique est parfois évoquée en cas de lésion de l'avant-pied.

Mais M. H._____ n'a subi aucune lésion au niveau de son avant-pied, mais au niveau de sa cheville. Je ne vois pas quelle corrélation établir entre une distorsion de la cheville et une pathologie de l'avant-pied ».

c) Sur cette base, l'intimée a rendu, le 10 février 2009, une décision sur opposition, par laquelle elle a rejeté l'opposition du recourant, formée le 6 septembre 2008, et confirmé sa décision du 31 juillet 2008 mettant un terme au versement d'indemnités journalières au 31 août 2007.

C. a) Par acte du 10 mars 2009, H._____, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 10 février 2009. Après avoir souligné que l'intimée a rendu la décision entreprise en se basant uniquement sur les rapports de du Dr N._____, qui ne l'a pas personnellement examiné, il soutient que ces expertises ne devraient pas être prises en considération, en raison d'erreurs et d'approximations sur des points essentiels. Il considère que sa situation n'a pas fait l'objet d'un examen objectif de la part de l'intimée.

Le recourant s'appuie sur le certificat médical du Dr J._____ du 28 août 2008, selon lequel les troubles du recourant sont en liaison directe avec le traumatisme subi le 25 avril 2007, pour établir une causalité entre cet événement et l'atteinte à sa santé. Il déclare que ce médecin a diagnostiqué que la pose du plâtre avait gravement endommagé les nerfs de son pied. A son sens, la prise en charge de l'Hôpital cantonal d'Y._____ a laissé à désirer. Il considère qu'il appartient à la assurance L._____ d'en prendre en charge les conséquences et conclut en ce sens.

Par courrier du 16 mars 2009, le recourant, représenté par Me F._____, a précisé ses conclusions.

b) Dans sa réponse du 6 mai 2009, l'intimée, représentée par Me D._____, soutient, en se référant à la jurisprudence, que les rapports du Dr N._____ sont conformes aux exigences de la jurisprudence et ne sauraient être écartés sans preuve contraire pertinente. Elle souligne en outre que l'examen personnel du recourant n'était pas nécessaire, compte tenu du fait que le Dr N._____ s'était fondé sur l'étude du dossier, les documents radiologiques et les rapports des divers médecins qui avaient examiné le recourant.

En revanche, le recourant s'appuie sur l'avis du Dr J._____, que l'intimée considère comme non motivé, puisqu'il n'évoquerait qu'une hypothèse. L'intimée souligne par ailleurs que le dernier avis de ce médecin est en contradiction avec son premier avis, selon lequel les

lésions n'étaient pas la conséquence d'un accident. En outre, le Dr J._____ étant le médecin traitant du recourant, son opinion doit, selon l'intimée, être admise avec réserve.

Au vu de ces circonstances, l'intimée estime que les éléments médicaux invoqués par le recourant sont insuffisants pour remettre en question l'opinion du Dr N._____.

L'intimée souligne également que le recourant s'est blessé à la cheville et non au pied, de telle sorte que les douleurs qu'il a commencé à ressentir au pied, une année après l'accident ne proviennent manifestement pas de l'accident. Elle rappelle en outre que le Dr N._____ a réfuté la thèse, soutenue par le Dr J._____, selon laquelle les lésions présentées par le recourant auraient été causées par la pose du plâtre. En effet, compte tenu de son expérience et de la littérature consultée, le Dr N._____ a estimé qu'une telle lésion ne pouvait pas être due à la pose du plâtre.

L'intimée a alors conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente

jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; 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) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud ; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme ; il est donc recevable.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c ; 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

En l'occurrence, est litigieuse la question de la causalité entre l'accident du 25 avril 2007 et les troubles au pied gauche présentés par le recourant.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, 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 réputée 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.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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 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 ou, 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 l'assurance sociale. 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 ; 402, consid. 4.3.1 ; 119 V 335, consid. 1 ; 118 V 286, consid. 1b, et les références).

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 ; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références).

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées).

Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 125 V 351, consid. 3a, et les références citées).

4. En l'espèce, le recourant soutient que les expertises du Dr N._____ sont entachées d'erreurs et d'approximations, de sorte qu'elles ne devraient pas être prises en compte. Il considère en outre que sa situation n'a pas fait l'objet d'un examen objectif. Afin de fonder son droit à des prestations de la part de l'intimée, il s'appuie sur un certificat médical du 28 août 2008 du Dr J._____, lequel atteste que les troubles présentés à l'avant-pied par le recourant sont en liaison directe avec le traumatisme subi le 25 avril 2007.

a) S'agissant des reproches à l'encontre des expertises du Dr N._____, le recourant ne fait que les énoncer, sans les motiver; il n'en donne par ailleurs aucun exemple. Or, ces expertises étudient de manière circonstanciée les points litigieux importants et se fondent sur des examens complets. Certes, le Dr N._____ n'a jamais examiné personnellement le recourant, mais il s'est basé sur l'étude du dossier de celui-ci, les documents radiologiques et les rapports des divers médecins qui l'avaient examiné. Par ailleurs, ces expertises décrivent le contexte médical ; l'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions sont bien motivées.

b) Les rapports du Dr N._____ et du Dr J._____ sont contradictoires. En effet, le premier retient l'absence de causalité entre le traumatisme subi le 25 avril 2007 par le recourant et la pathologie à l'avant-pied de celui-ci, alors que le second admet une telle causalité. Le recourant s'appuie sur le certificat médical du Dr J._____ pour établir une causalité entre la pathologie à son avant-pied gauche et la pose du plâtre – rendue nécessaire en raison du traumatisme subi le 25 avril 2007. Or, il convient de constater que le Dr J._____ n'établit pas clairement une causalité entre la pose du plâtre et cette pathologie. En effet, il relève uniquement que le dossier fourni par l'Hôpital d'Y._____ décrit un important hématome et tuméfaction de l'avant-pied et rapporte la nécessité d'une immobilisation plâtrée pendant quelques semaines par une botte jambièrè. Ce médecin affirme qu'il est certain que le conflit

intermétatarsien et l'évolution d'une névralgie de Morton sont en liaison directe avec le traumatisme subi par le patient. Il ne motive toutefois pas son affirmation. Au vu des circonstances et compte tenu des exigences de la jurisprudence, le certificat médical du 28 août 2008 du Dr J._____ ne saurait, à la différence des expertises du Dr N._____, emporter valeur probante.

S'agissant du Dr N._____, il considère que les troubles présentés à l'avant-pied par le recourant correspondent à des atteintes maladiques qui ne sont pas en lien de causalité avec le traumatisme subi le 25 avril 2007. En effet, dans sa discussion, il rappelle que ce traumatisme a porté atteinte à la cheville du recourant, et non à son avant-pied – par ailleurs, les deux rapports de l'Hôpital cantonal d'Y._____ ne mentionnent qu'une lésion ligamentaire de la cheville et aucune lésion de l'avant-pied – et, considérant qu'aucune corrélation entre une distorsion de la cheville et une pathologie de l'avant-pied ne peut être établie, estime que le traumatisme du 25 avril 2007 et la pathologie de l'avant-pied du recourant ne sont pas dans un rapport de causalité. Au demeurant, il réfute la thèse selon laquelle cette pathologie résulterait de la pose du plâtre. En effet, il ressort des rapports de l'Hôpital cantonal d'Y._____ que les médecins ont attendu le dégonflement de la cheville avant de poser le plâtre et qu'au vu des précautions prises, il était tout à fait impossible qu'il ait pu se produire une "compression" notable de l'avant-pied. Par ailleurs, une telle compression aurait été douloureuse et aurait requis l'ablation ou l'ouverture du plâtre. De telles complications auraient en outre provoqué des escarres, des syndromes de loge ou des thromboses. Or, il ressort des pièces que le recourant n'a pas subi de telles complications et que son plâtre n'a pas dû être ouvert ni retiré en raison de douleurs. Le Dr N._____ précise encore qu'au vu de son expérience et de la littérature qu'il a consultée, la pose d'un plâtre sur un avant-pied sans lésion, comme cela a été le cas en l'espèce, ne peut pas entraîner un conflit intermétatarsien ni une névralgie de Morton.

Selon la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci

aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé. Ces conditions sont réunies en l'espèce, en ce qui concerne les expertises du Dr N._____ - qui, au demeurant, n'est pas un médecin employé par l'intimée, mais s'est vu confier un mandat par cette dernière -, le recourant n'ayant pas su rendre vraisemblable un quelconque doute à ce sujet (cf. consid. 4a supra).

c) Dès lors, se fondant sur les rapports du Dr N._____, la Cour retient que la pathologie présentée à l'avant-pied gauche par le recourant correspond à des atteintes malades et n'est pas en lien de causalité avec le traumatisme subi le 25 avril 2007. Dans ces circonstances, aucune prestation ne peut être accordée par l'intimée au recourant. C'est donc à bon droit que l'intimée a refusé de considérer cette pathologie comme relevant d'un événement assuré par l'assurance-accidents.

5. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision attaquée est confirmée.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- H. _____,
- Me Bernard Geller (pour assurance L. _____),
- 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 :