

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 février 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante, représentée par Me François Gillard, avocat à Bex,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait depuis le [...] auprès de l'entreprise individuelle J._____ - dont elle était titulaire - et exerçait la profession de « direction-peinture-décoratrice ». A ce titre, elle était assurée auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels.

B. Par déclaration de sinistre LAA du 7 février 2016, J._____ a annoncé un accident dont a été victime l'assurée en date du 5 février 2016 lors duquel elle s'était blessée au genou droit (lésion du ménisque interne) et au coude gauche (contusion). Son travail avait été interrompu à la suite de l'accident dès le 5 février 2016. Les circonstances de l'événement étaient décrites comme suit (sic) :

« Bricolage / travaux d'entretien : j'effectuer de la peinture en haut d'une échelle dans la nouvelle chambre de ma fille lorsque cette dernière ma surpris en venant derrière mon échelle et a commencer a m'appeler lorsque je me suis retourner par peur quelle grimpe sur celle-ci j'ai perdu mon équilibre et j'ai effectuer une chute en tapant mon épaule et bras gauche sur l'armoire de ma fille et ma jambe droite et rester coincée entre les marche de l'échelle et je me suis par ailleurs taper légèrement a l'arrière de la tête suite a cela je me suis fais conduire a l'hôpital de [...] pour faire un contrôle a la suite de mes douleurs qui persister il ma été diagnostiquer (Lésion ménisque interne du genou droite et contusion du coude droite). »

Dans un rapport médical du 5 février 2016 au médecin traitant, les Drs U._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et B._____, chef de clinique, et la Dresse S._____, médecin assistant, tous médecins à l'Hôpital V._____ (ci-après : V._____), ont posé les diagnostics de lésion ménisque interne du genou droit et de contusion du coude gauche. Sous la rubrique « Examens complémentaires », ils ont relevé, sur la base de radiographies, qu'il n'y avait pas de fracture ni d'épanchement au niveau

du genou droit et qu'il n'y avait également pas de fracture au niveau du coude gauche.

A la suite d'un scanner du thorax debout de face, du coude gauche et du genou droit face et profil du 5 février 2016, le Dr R._____, spécialiste en radiologie auprès du V._____, a décrit, dans un rapport daté du 8 février 2016 et reçu par la CNA le 10 mars 2016, ce qui suit : « Scoliose dorsolombaire en S, qui semble compensée. Pas de lésion osseuse traumatique ni d'épanchement radiologiquement décelable ».

Par certificat médical du 13 février 2016, le Dr P._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assurée, a attesté une incapacité totale de travail du 13 au 29 février 2016, pour cause d'accident. Il a par la suite prolongé à plusieurs reprises cette incapacité de travail et ce, jusqu'au 4 septembre 2016.

Par lettre du 17 février 2016, la CNA a informé l'assurée qu'elle lui allouait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident du 5 février 2016, l'indemnité journalière se montant à 138 fr. 10 par jour calendaire dès le 6 mars 2016.

Par rapport médical intermédiaire du 19 février 2016, le Dr P._____ a posé les diagnostics de contusion du coude à droite et d'entorse du genou gauche. Il a estimé que le pronostic ainsi que la date de reprise du travail étaient indéterminés. Il a répondu par la négative aux questions de savoir s'il fallait intervenir auprès de l'employeur pour une affectation à un poste de travail approprié ou s'il fallait s'attendre à la persistance d'un problème.

Par rapport médical du 30 juin 2016 consécutif à un examen du même jour, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a apprécié la situation de la manière suivante :

« L'assurée, peintre décoratrice [...] indépendante chute d'une échelle le 05.02.2016. Sa jambe D [droite] reste coincée entre les

échelons et la patiente heurte son épaule G [gauche] sur une armoire.

Des radiographies effectuées le même jour aux urgences ne montrent pas de lésion osseuse puis la patiente est suivie par le Dr P. _____ qui nous rapporte une contusion du coude D et une entorse du genou G alors qu'il s'agit en fait du genou D et de l'épaule G...

Subjectivement, l'assuré [sic] ne concède que peu d'amélioration. Son genou D gonfle au moindre effort et le périmètre de marche n'excède pas 10 à 15 minutes. Des pseudo-blocages du genou D sont mentionnés et la patiente ne peut faire aucun effort.

En ce qui concerne l'épaule G, Mme T. _____ admet que l'articulation va mieux. Elle a des difficultés à porter des objets lourds.

Objectivement, la patiente marche avec une importante boiterie d'épargne du membre inférieur D lequel est maintenu en extension. En valgus forcé, on observe un battement du ligament latéral interne du genou D. L'examen neurologique succinct laisse suspecter une atteinte du nerf sciatique poplité externe D se manifestant pas [sic] une parésie du releveur du gros orteil D.

Les investigations nécessaires, soit un examen neurologique et une IRM [imagerie par résonance magnétique] du genou D n'ont pas été conduites par le Dr P. _____.

En conséquence, la patiente est annoncée à la secrétaire du Dr F. _____ pour un assessment qui aura lieu dans un délai de 2 à 3 semaines. »

L'assurée a séjourné à la Clinique X. _____ (ci-après : X. _____) du 18 au 20 juillet 2016. A cette occasion, elle a été examinée par plusieurs médecins et professionnels de la santé, lesquels ont établi les documents médicaux suivants : un rapport du 20 juillet 2016 ensuite d'une évaluation psychiatrique du même jour, un rapport consécutif à une évaluation des capacités fonctionnelles effectuée le 20 juillet 2016 et un rapport du 21 juillet 2016 faisant suite à un examen neurologique du 18 juillet 2016. En outre, au terme de ce séjour et par rapport d'évaluation interdisciplinaire du 21 juillet 2016, les Drs Q. _____ et F. _____, spécialiste en neurologie, respectivement spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie à la X. _____, ont notamment relevé ce qui suit :

« [...]

DIAGNOSTICS PRIMAIRES

- *Entorse interne du genou droit et contusion de l'épaule gauche le 5 février 2016*

CO-MORBIDITES

- *Dysthymie F34.1*
- *Scoliose lombaire*

[...]

DOCUMENTS D'IMAGERIE

IRM et radiographies standards du genou droit du 20 juillet 2016 : aucune anomalie décelée, en particulier pas de lésion traumatique.

APPRECIATION ET DISCUSSION

T. _____ est une jeune femme de [...] ans, en excellente santé habituelle. Elle a pour seul antécédent des lombalgies qu'on a mises en lien avec une scoliose structurale. D'origine [...], mariée en [...], elle émigre en Suisse la même année et accouche de son premier enfant deux ans plus tard. Elle s'investit alors dans l'entreprise de rénovation de bâtiments qu'elle a fondée avec son mari, s'occupant à titre personnel de la décoration et de la peinture.

Le **5 février 2016**, alors qu'elle est sur une échelle, elle glisse et subit une entorse de son genou droit entre deux échelons. Elle se réceptionne sur l'épaule gauche. A ce dernier niveau, la situation s'améliore rapidement et, actuellement, la patiente ne formule pratiquement aucune plainte. Au niveau du genou droit en revanche, la douleur est si vive qu'elle impose l'utilisation de cannes anglaises durant les deux premiers mois.

L'évolution est marquée par une amélioration progressive, insuffisante cependant comme l'atteste la cotation de la douleur à l'EVA [échelle visuelle analogique] (60 mm). Cette douleur est de topographie peu claire ; elle semble migrer du cul-de-sac supéro-externe à la face interne du genou et irradie parfois jusqu'au gros orteil. Elle est de recrudescence mécanique nette, disparaissant la nuit, se manifestant dès la mise en charge. Il n'y a pas de lâchage ni d'épanchement.

Au cours de l'**examen physique** la patiente se soumet sans rechigner aux tests à effectuer sur ordre. Elle collabore correctement, sauf à préciser des manifestations douloureuses un peu exagérées à l'examen de l'épaule gauche et du genou droit (rictus, expressions verbales). Il n'y a pas de limitations fonctionnelles du genou mais on retient une instabilité latérale interne avec un battement très modeste. Pour le reste, l'examen de l'appareil locomoteur ne révèle rien de particulier en-dehors de la scoliose connue. Sur le plan neurologique, on retient une légère hypoesthésie tacto-algique à la face médiale du gros orteil droit avec une force conservée. Cette constatation ouvre l'hypothèse

d'une irritation du ramus inter-digitalis dorsal et plantaire du 1er orteil (névrome de Joplin).

Le **bilan d'imagerie** pratiqué au cours de la présente évaluation (radiographies standards et IRM du genou droit) est parfaitement rassurant, ne révélant aucune lésion.

A ce stade, on retient une entorse interne du genou droit et une contusion de l'épaule gauche.

Mme T. _____ collabore moins bien à **l'évaluation des capacités fonctionnelles** qu'elle ne l'a fait au cours de l'approche médicale. Le score de 89 atteint au PACT [performance assessment & capability testing] donne à penser qu'elle ne peut s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des résultats obtenus au cours des tests proprement dits et des activités qu'elle déploie dans la vie courante (autonomie pour toutes les tâches, y compris ménagères), on doit admettre qu'elle sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. Elle est en effet capable de manutentionner des charges de 7,5 kg. Et encore s'auto-limite-t-elle systématiquement, à savoir qu'elle met fin à la tâche avant que l'évaluateur n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. La volonté de donner le maximum aux différents tests est incertaine et le niveau de cohérence est faible. L'ECF [évaluation des capacités fonctionnelles] ne reflète finalement que l'effort auquel Mme T. _____ a bien voulu consentir et non pas le niveau réel de ses performances.

L'évaluation psychiatrique nous met face à une patiente peu épanouie. Mme T. _____ décrit un mariage difficile, troublé par une infidélité du mari et l'accumulation de dettes (pour un montant de Fr. 50'000.-). C'est dans ce contexte défavorable qu'elle met au monde sa fille, naissance suivie d'un "baby blues", voire d'une dépression plus importante dans la période du post-partum. Cette "dépressivité", plus ou moins latente, n'a toutefois pas été reconnue ou traitée. Depuis lors, la patiente décrit une humeur triste, avec une anhédonie, une image dévalorisée d'elle-même, des troubles du sommeil et une fatigabilité. Pour des raisons probablement culturelles, elle n'accepte pas "l'étiquette" de dépression, contre laquelle elle lutte. Sur une échelle psychométrique de dépression, les symptômes sont modestes, compatibles avec un état dysthymique plutôt qu'un état dépressif constitué.

Le **pronostic**, si l'on se base sur les seules données médicales, est excellent. Il n'existe objectivement qu'un petit battement interne du genou droit, sans aucune séquelle dans l'articulation proprement dite. Ce qui ternit le pronostic d'une reprise professionnelle, c'est le cumul de facteurs psychosociaux défavorables : difficultés à établir des repères identitaires avec, en corollaire, peine à s'investir dans un projet de vie en Suisse ou dans un éventuel retour en [...], difficultés financières et conjugales, cotation de la douleur démesurée en regard des données objectives, auto-limitation systématique, comportement douloureux...

Dans ce contexte, il ne serait pas inutile de proposer, si les symptômes dysthymiques persistaient, un suivi psychologique ou

éventuellement psychiatrique, sans qu'une médication psychotrope ne soit indispensable, au vu des faibles scores sur une échelle psychométrique. Pour le genou, on peut se contenter d'un renforcement musculaire à visée stabilisatrice. Aucun autre **traitement** ne s'impose. A 6 mois du traumatisme, rien sur le plan médical ne s'oppose à un retour sur la place de travail. »

Le 8 août 2016, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a estimé qu'une capacité de 100 % pouvait être reconnue sur le plan somatique dès six mois à dater de l'accident, soit dès le 6 août 2016, si l'on se fondait sur les conclusions ressortant de l'évaluation approfondie effectuée à la X._____.

Par courrier du 9 août 2016, la CNA a indiqué à l'assurée que sa capacité de travail avait été fixée à 100 %, et ce à compter du 15 août 2016, et que son indemnité journalière serait versée en conséquence.

Dans un rapport du 20 juillet 2016 faisant suite à une IRM et des radiographies du genou droit, le Dr L._____, spécialiste en radiologie, a retenu que le genou droit de l'assurée était dans les limites de la norme et qu'il n'y avait pas de lésion de nature traumatique.

Par décision du 14 octobre 2016, la CNA a informé l'assurée qu'elle allait mettre fin à ses prestations pour soin dès le 1^{er} octobre 2016. En effet, il ressortait des pièces au dossier médical qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement dommageable du 5 février 2016 et les troubles actuels à l'épaule droite et au genou gauche de l'intéressée. Elle a en outre confirmé son courrier du 9 août 2016 dans lequel la capacité de travail de l'assurée avait été attestée à 100 % dès le 15 août 2016, les indemnités journalières ayant été versées en conséquence.

Le 11 novembre 2016, la CNA a reçu les documents suivants :

- un rapport du 30 août 2016 consécutif à une consultation du 26 août 2016, par lequel le Dr M._____, spécialiste en

chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a évoqué un point douloureux méniscal interne segment moyen et corne postérieure ainsi que des douleurs en fin de flexion au niveau du comportement interne. Il a diagnostiqué une possible désinsertion ménisco-ligamentaire interne du genou droit et a sollicité une arthro-IRM du genou droit afin de rechercher la lésion susmentionnée.

- un rapport du 4 octobre 2016 faisant suite à une consultation du 30 septembre 2016, par lequel le Dr M. _____ a décrit à nouveau un point douloureux méniscal interne segment moyen et corne postérieure ainsi que des douleurs en fin de flexion au niveau du comportement interne. Il a posé le diagnostic d'entorse du ligament latéral interne du genou droit et a par ailleurs attesté une incapacité de travail de 100 % du 1^{er} au 16 octobre 2016, puis de 50 % du 17 au 28 octobre 2016.
- un rapport du 25 octobre 2016 consécutif à une consultation du 7 octobre 2016, par lequel le Dr M. _____ a indiqué que l'assurée allait mieux, qu'elle ne boitait plus et qu'il n'y avait pas de douleur méniscale interne et externe, évoquant toujours un point douloureux méniscal interne segment moyen et corne postérieure. Il a réitéré son diagnostic d'entorse du ligament latéral interne du genou droit et a attesté la « poursuite » de l'arrêt de travail à 50 %.

En date du 14 novembre 2016, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision du 14 octobre 2016, sollicitant le versement d'indemnités journalières « depuis le 15 aout au 15 octobre a 100% et des le 15 octobre a 50 % (sic) ». En substance, elle a fait valoir que ses douleurs étaient toujours présentes, même si leur intensité était moins forte. En outre, plusieurs médecins spécialistes, soit les Dr P. _____ et

M._____, avaient attesté une capacité de travail de 50 % dès le 15 octobre 2016 et non de 100 % dès le 15 août 2016 comme retenu dans la décision contestée.

Par rapport médical du 27 septembre 2016 consécutif à une arthro-IRM du genou droit du 26 septembre 2016 et reçu par la CNA le 20 décembre 2016, le Dr G._____, spécialiste en radiologie, a constaté que la membrane synoviale n'était pas épaissie et qu'il n'y avait pas de kyste poplité. Il a conclu à l'absence d'anomalie notable, notamment à l'absence de désinsertion capsulo-méniscale ou ménisco-ligamentaire interne.

Par appréciation médicale du 6 avril 2017, la Dresse Z._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a apprécié la situation de l'assurée comme suit :

« [...]

Subjectivement, l'assurée se plaint toujours de douleurs, d'un gonflement du genou après un effort ou après une marche prolongée, de difficultés à plier le genou et de ne pas pouvoir reprendre une activité à plus de 50 %.

Objectivement, les radiographies effectuées le jour du traumatisme n'ont pas mis en évidence de lésion structurelle. L'assurée a été vue et évaluée par le Dr H._____, qui a proposé qu'une IRM du genou soit effectuée et que l'assurée soit évaluée à la X._____, auprès Dr F._____.

L'IRM effectuée le 20.07.2016, comme les radiographies à nouveau refaites le même jour, n'ont mis en évidence aucune lésion structurelle.

Lors de l'évaluation effectuée du 18.07.2016 au 20.07.2016, il a été retenu que l'assurée présentait une entorse interne du genou D et une contusion de l'épaule G, cette dernière ayant évolué favorablement. En ce qui concerne le genou D, et en l'absence de séquelles de cette entorse du ligament latéral interne notamment avec persistance d'un petit battement interne du genou D et une absence de séquelles à l'intérieur du genou, il a été préconisé qu'à 6 mois du traumatisme, l'assurée pouvait reprendre son activité habituelle à 100 %.

L'assurée conteste cette reprise, tout comme ses médecins traitants qui ont attesté uniquement une reprise à 50 % depuis le 17.10.2016. L'assurée a été présentée au Dr M._____, orthopédiste, qui a suspecté une lésion capsulo-méniscale ou ménisco-ligamentaire, et

ce malgré les avis précédents et l'IRM du mois de juillet, a proposé une arthro-IRM. Celle-ci a été effectuée le 26.09.2016 et n'a pas mis en évidence d'anomalie au sein de l'articulation du genou D et notamment une absence de désinsertion capsulo-méniscale ou ménisco-ligamentaire interne. Les médecins traitants tout comme l'assurée s'opposent à la décision du 14.10.2016, l'assurée mentionnant la persistance de douleurs et, quant aux médecins traitants, le Dr P._____ ne s'est pas prononcé quant au Dr M._____, celui-ci n'a pas justifié les raisons pour lesquelles il maintenait une incapacité de travail de 50 %. Il a tout au plus retenu une entorse du ligament latéral interne connue avec la présence de douleurs persistantes mais aucune atteinte structurelle pouvant justifier le tel maintien d'une incapacité de travail.

Au vu de ce qui précède, nous ne pouvons que confirmer que cette assurée a présenté, suite à une chute le 05.02.2016, une entorse bénigne du ligament latéral interne du genou D, d'évolution favorable, et une contusion de l'épaule G très rapidement régressive. En l'absence de lésion structurelle intra-articulaire au niveau du genou D, le maintien d'une incapacité de travail même partielle ne se justifie pas. Par ailleurs, lors de l'évaluation interdisciplinaire effectuée en juillet 2016 à la X._____ par les Drs F._____ et Q._____ avec consultation psychiatrique du Dr [...], il a été mis en évidence des facteurs extra-médicaux qui expliquaient un pronostic défavorable de reprise d'activité. A noter également la présence d'une dysthymie retenue par le psychiatre, qui n'est pas en lien de causalité avec l'événement du 05.02.2016.

Par conséquent, nous pouvons donc retenir que les plaintes actuelles de l'assurée ne sont plus à mettre en lien de causalité avec l'événement du 05.02.2016, mais sont totalement liées à des facteurs non médicaux. Ainsi, l'assurée aurait pu reprendre une pleine capacité de travail sur le plan somatique dès 6 mois à dater de l'événement du 05.02.2016, soit au plus tard dès le 06.08.2016. »

Par décision sur opposition du 21 avril 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée. En substance, elle a considéré que les certificats d'incapacité de travail établis par les Drs P._____ et M._____ ne résistaient pas aux rapports des médecins de la X._____ et de la Dresse Z._____, lesquels avaient expliqué d'une manière claire et convaincante pour quelle raison l'assurée ne présentait pas de troubles organiques voire des troubles organiques justifiant une incapacité de travail au-delà du 6 août 2016. Elle a en particulier souligné que le diagnostic retenu par le Dr M._____ n'avait pas été confirmé par l'arthro-IRM du 26 septembre 2016, laquelle avait confirmé l'absence d'anomalie notable.

C. Par acte du 22 mai 2017, T._____ recourt auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, sollicitant que l'intimée « [l']aide à [se] soigner et retrouver l'entier de [son] état médical ». En substance, elle fait valoir que ses douleurs sont réelles et toujours présentes, ce que confirment plusieurs spécialistes, sa situation personnelle n'ayant rien à voir là-dedans. Elle ajoute que le traitement de ses troubles sera long et estime être victime d'une décision abusive et injuste. Elle indique en outre se tenir à disposition pour effectuer des tests et analyses auprès d'un expert médecin ou tout autre service afin de prouver son état de santé.

Par réponse du 19 juin 2017, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse, observant que la recourante ne fait valoir aucun élément nouveau.

Par réplique du 17 août 2017, la recourante sollicite l'annulation de la décision litigieuse qui a prononcé « la fin de droit au 15 août 2015 et que le droit soit repousser a juin 2017 ». Si un refus devait être prononcé, elle sollicite qu'une contre-expertise soit effectuée sur les plans physique comme psychiatrique afin de faire valoir ses droits. En substance, se référant au rapport du 21 juillet 2016 des Drs Q._____ et F._____, elle indique être surprise et choquée qu'on l'a fasse passer pour une femme dépressive, non épanouie ou encore qui a une image dévalorisée d'elle-même. Tel n'est pas le cas. Ses ennuis personnels ne sont en outre aucunement la cause de ses douleurs. Par ailleurs, elle comprend du rapport précité que les Drs Q._____ et F._____ ont estimé que la « douleur du genoux coté (sic) gauche » n'est pas un réel handicap dans sa vie de tous les jours compte tenu du fait qu'elle est droitrière. Or, elle conteste cette appréciation. Elle ajoute que les spécialistes qui la suivent sont d'avis que ses douleurs persistent, car il y a un problème interne à la suite de l'accident du 5 février 2016. A l'appui de sa réplique, elle produit un lot de pièces déjà présentes au dossier de l'intimée, à l'exception des documents suivants :

- un rapport ensuite d'une échographie de l'épaule droite du 5 janvier 2016, par lequel le Dr W._____, spécialiste en radiologie, a conclu à une tendinopathie du supra-épineux associée à une bursite et a indiqué que, si le traitement médical n'était pas efficace, une infiltration sous échographie pouvait être utile ;
- un rapport consécutif à une IRM du genou droit du 7 mars 2016, par lequel le Dr LC._____, spécialiste en radiologie, a conclu à l'absence de lésion ménisco-ligamentaire et d'autre lésion décelable.

Par écritures du 18 août 2017, Me François Gillard, désormais conseil de la recourante, indique partir de l'idée que les conclusions de l'intéressée sont en l'état suffisamment claires. Cela étant et en substance, il précise que sa cliente conclut, sous suite de frais et dépens, à l'admission de son recours, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi en sa faveur d'indemnités pertes de gains à 100 % jusqu'au 17 octobre 2016, puis encore à 50 % jusqu'au 1^{er} juin 2017. En outre et à titre complémentaire à la motivation adressée par l'intéressée à l'appui de son recours, Me Gillard requiert formellement la mise en œuvre d'une expertise médicale destinée à lever les contradictions très importantes qui existent encore actuellement entre, d'une part, les constatations médicales du médecin de l'intimée et, d'autre part, celles du Dr M._____.

Par duplique du 11 septembre 2017, l'intimée conclut au rejet de la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale. En effet, les différents examens réalisés n'ont pas permis d'objectiver de lésion structurelle intra-articulaire au niveau du genou droit, ce que des examens complémentaires ne feraient que confirmer. Par conséquent, en présence d'une entorse bénigne du ligament latéral interne du genou droit, d'évolution favorable, et d'une contusion de l'épaule gauche très rapidement régressive, c'est à juste titre que son médecin d'arrondissement a estimé que la recourante était en mesure de

reprendre le travail à plein temps dès six mois à dater de l'événement du 5 février 2016. Dans ces conditions, l'intimée confirme ses conclusions en rejet du recours et en confirmation de la décision litigieuse.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'applique 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 al. 1 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir 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) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (notamment art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante au versement d'indemnités journalières au-delà du 15 août 2016 et aux prestations pour soin au-delà du 1^{er} octobre 2016.

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. 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 (art. 4 LPGGA).

L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

b) Le droit aux prestations suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de

vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et réf. cit.).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF [Tribunal fédéral] 8C_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2 et réf. cit.).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine* ; TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2 ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (non-application du raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne

peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer leur propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

c) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique 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 et 125 V 456 consid.5a et réf. cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle et qu'il n'y a pas lieu d'examiner séparément ces deux liens de causalité (ATF 138 V 248 consid. 4 ; 127 V 102 consid. 5b/bb ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3 ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

d) D'après l'art. 36 al. 1 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du

lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206).

Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPGa) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 124 V 372 consid. 3 *in fine* ; TFA U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 1b). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b *in fine* ; TF 9C_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3 ; 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4 ; U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34). Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies (all. : « *anspruchsbegründende Tatfrage* »). Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas à l'assuré (all. : « *anspruchsaufhebende Tatfrage* » ; TF U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34 ; U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

Dans le cadre d'une suppression du droit aux prestations, la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être

apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2 et réf. cit.).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 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 134 V 231 consid. 5.1 et la référence citée ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

Même en tenant compte de la jurisprudence rendue par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance, lorsqu'il ne subsiste pas de doutes, mêmes faibles, quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4 ; TF 8C_372/2014 consid. 4.3).

Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid.3.3 ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps que le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et ee ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) En l'espèce, il ressort du dossier que les investigations mises en œuvre n'ont pas permis d'objectiver une lésion traumatique au niveau du coude gauche et du genou droit de la recourante. En particulier, on ne voit pas en quoi les rapports de consultation du Dr M._____, concluant à une incapacité totale de travail dès le 1^{er} octobre 2016, puis à 50 % dès le 17 octobre 2016, et les certificats médicaux du Dr P._____, attestant une incapacité totale de travail jusqu'au 4 septembre 2016, contredisent les constatations des médecins de la X._____ et de l'intimée, selon lesquelles dits troubles n'ont pas de substrat organique objectivable, la recourante ayant présenté uniquement, suite à l'accident du 5 février 2016, une entorse bénigne du ligament latéral interne du genou droit, d'évolution favorable, et une contusion de l'épaule gauche très rapidement régressive.

En effet, les radiographies, scanners et IRM effectués n'ont pas permis de mettre en évidence une lésion structurelle au niveau du coude gauche ou du genou droit (cf. rapport du 5 février 2016 du Dr R._____, rapport du 7 mars 2016 du Dr LC._____, rapport du 20 juillet 2016 du Dr L._____ et rapport du 27 septembre 2016 du Dr G._____), étant précisé que le rapport du Dr W._____ du 5 janvier 2016, produit par la recourante en annexe à sa réplique, doit être écarté, dès lors qu'il est antérieur à l'accident du 5 février 2016 et qu'il fait suite à une échographie de l'épaule droite, et non gauche.

Or, force est de constater que le Dr P._____, médecin traitant de la recourante, n'a aucunement expliqué pour quelles raisons il a prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 4 septembre 2016. Celui-ci a en effet uniquement posé les diagnostics de contusion du coude droit (alors qu'il s'agit du coude gauche) et d'entorse du genou gauche (alors qu'il s'agit du genou droit) par son seul rapport médical du 19 février 2016. Il y a d'ailleurs indiqué qu'il ne fallait pas s'attendre à la persistance d'un problème. Le Dr P._____ ne justifie ainsi aucunement l'incapacité de travail, en particulier par un substrat organique objectivable qui serait cas échéant en rapport de causalité avec l'accident du 5 février 2016.

Quant au Dr M._____, celui-ci a certes suspecté une lésion capsulo-méniscale ou ménisco-ligamentaire par rapport du 30 août 2016. L'arthro-IRM effectuée le 26 septembre 2016 par le Dr G._____ a cependant permis d'exclure définitivement une telle lésion. Dans son dernier rapport du 25 octobre 2016, le Dr M._____ pose uniquement le diagnostic d'entorse du ligament latéral interne du genou droit, mais ne relève aucune atteinte structurelle découlant de l'accident du 5 février 2016 pouvant justifier une incapacité totale de travail.

Partant, aucun élément au dossier ne justifie de s'écarter des constatations de la Dresse Z._____ du 6 avril 2017, ainsi que des Drs Q._____ et F._____ de la X._____ du 21 juillet 2016, considérant qu'en l'absence de lésion structurelle constatée, les plaintes de la recourante n'étaient plus à mettre en lien de causalité avec l'accident du 5 février 2016, de sorte qu'il convenait de reconnaître une pleine capacité de travail sur le plan somatique dès six mois à dater de l'accident, soit au plus tard dès le 6 août 2016.

On relèvera en outre que, dans son rapport du 30 juin 2016, le Dr H._____ avait suspecté une atteinte du nerf sciatique poplité externe droit se manifestant par une parésie du releveur du gros orteil droit et avait estimé que les investigations rendues ainsi nécessaires étaient un examen neurologique et une IRM du genou droit. Ces deux examens ont été effectués lors du séjour de la recourante à la X._____ et n'ont rien fait ressortir qui justifierait des prestations de l'intimée (cf. rapport des Drs Q._____ et F._____ du 21 juillet 2016).

Ainsi, il convient de constater que, conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 4 *supra*), le rapport de la Dresse Z._____ du 6 avril 2017, sur lequel l'intimée s'est fondée pour rendre la décision litigieuse, doit se voir attribuer pleine valeur probante. En effet, ce médecin a pris en considération l'ensemble des constatations objectives pertinentes. Ses conclusions sont claires et motivées et ne souffrent pas de contradictions. Le résultat auquel elle aboutit est convaincant. Il n'existe aucun indice concret, ni aucun élément que ce

médecin aurait ignoré et qui remettrait sérieusement en question ses conclusions.

b) Au surplus et pour répondre aux griefs de la recourante, il y a lieu de rappeler que la preuve de la disparition du lien de causalité ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident (cf. consid. 3d *supra*). Il n'est ainsi d'aucune utilité de déterminer si les plaintes de la recourante sont liées à des facteurs psychosociaux défavorables (cf. rapport des Drs Q. _____ et F. _____ du 21 juillet 2016 et rapport de la Dresse Z. _____ du 6 avril 2017), ce qu'elle conteste.

Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux se seraient aggravés après la survenance de l'accident du 5 février 2016 ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (non-application du raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; cf. consid. 3b *supra*).

Le fait que la recourante se prévale de douleurs multiples et le fait qu'une incapacité de travail lui ait été reconnue ne saurait lui donner droit à des prestations de l'intimée dans la mesure où il n'est pas question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (cf. consid. 3d *supra*).

Les différents examens mis en œuvre n'ont au contraire pas permis d'objectiver une atteinte, découlant de l'événement du 5 février 2016, qui entraînerait les douleurs exprimées par la recourante et son incapacité de travail. Aucun document médical au dossier ne permet de retenir le contraire, de sorte que l'on ne saurait retenir qu'un doute subsiste quant aux constatations médicales de la Dresse Z. _____.

c) Partant, force est en définitive de considérer qu'il est établi, au stade de la vraisemblance prépondérante, que les plaintes de la recourante ne peuvent plus être mises en relation de causalité avec l'accident du 5 février 2016, au plus tard dès le 6 août 2016. L'intimée

était ainsi légitimée a supprimé le versement d'indemnités journalières à compter du 15 août 2016 et à mettre fin à ses prestations pour soin dès le 1^{er} octobre 2016.

6. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b).

En l'occurrence, les examens effectués n'ont pas permis d'objectiver de lésion structurelle intra-articulaire au niveau du genou droit. Il ne fait aucun doute que des examens complémentaires ne feraient que confirmer cela. Le dossier est ainsi complet du point de vue médical et ne souffre d'aucune contradiction. Il permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, telle que requise par la recourante.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 21 avril 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me François Gillard (pour la recourante),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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).

Le greffier :